

Het eerste anticonceptieconsult bij de huisarts

Tevredenheid, verwachtingen, en ervaringen van jonge vrouwen

Utrecht, maart 2021

Auteurs: Jenneke van Ditzhuijzen, Sanne Olofsen, Roos Knibbeler en Ineke van der Vlugt

© Rutgers 2021

Samenvatting

Wanneer jonge vrouwen¹ voor het eerst naar de huisarts gaan voor een anticonceptieconsult, is dit vaak in de periode waarin zij ook voor het eerst seksueel actief worden. Niet alle jongeren beschikken over voldoende kennis over anticonceptiemethoden, en daarom is het belangrijk dat zij goed geïnformeerd worden als zij eraan beginnen. Maar wat verwachten jonge vrouwen eigenlijk van het eerste anticonceptieconsult bij de huisarts, wat zijn hun ervaringen, wat vinden ze belangrijk, over welke onderwerpen krijgen ze informatie en wanneer zijn ze tevreden? Rutgers deed kwantitatief en kwalitatief onderzoek om hierin meer inzicht te krijgen.

Achtergrond

82% van de jongeren tot 25 jaar gaat bij een eerste anticonceptie consult naar de huisarts. In 2020 is de NHG-standaard Anticonceptie voor huisartsen herzien. Hierin zijn meer handvatten gegeven voor gedeelde besluitvorming. Rutgers juicht dit toe, omdat gebleken is uit onderzoek dat deze vorm van counseling in de medische besluitvorming over het algemeen de voorkeur heeft in vergelijking met andere vormen waarbij uiteindelijk alleen de arts of alleen de patiënt beslist.^{1,2} Toch weten we eigenlijk nog niet wat jonge vrouwen in Nederland van het eerste anticonceptieconsult verwachten, hoe zij het ervaren, en of zij er tevreden mee zijn. Ook weten we niet welke kenmerken van het consult, de arts of de patiënt nu echt belangrijk zijn voor algehele tevredenheid. Dit is wel belangrijk, omdat tevredenheid met het anticonceptieconsult sterk kan bijdragen aan effectief en consistent anticonceptiegebruik,³⁻⁵ en daarmee ook ongeplande zwangerschappen kan voorkomen.⁶

Kwantitatief en kwalitatief onderzoek

Om hierin meer inzicht te krijgen, heeft Rutgers zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek gedaan onder jonge vrouwen. De vragenlijst werd ingevuld door 516 jonge vrouwen in de leeftijd van 16 tot 25 jaar die tot maximaal 2 jaar geleden het eerste anticonceptieconsult bij de huisarts hadden gehad. In Tabel 1 staan de demografische gegevens. Daarnaast werden er 14 diepte-interviews gehouden met vrouwen van 18 tot 25 jaar. Hiervan volgden vijf een mbo-opleiding, vijf een hbo, en vier de universiteit.

Tabel 1 Beschrijvende gegevens van respondenten in het kwantitatieve onderzoek (n=516)

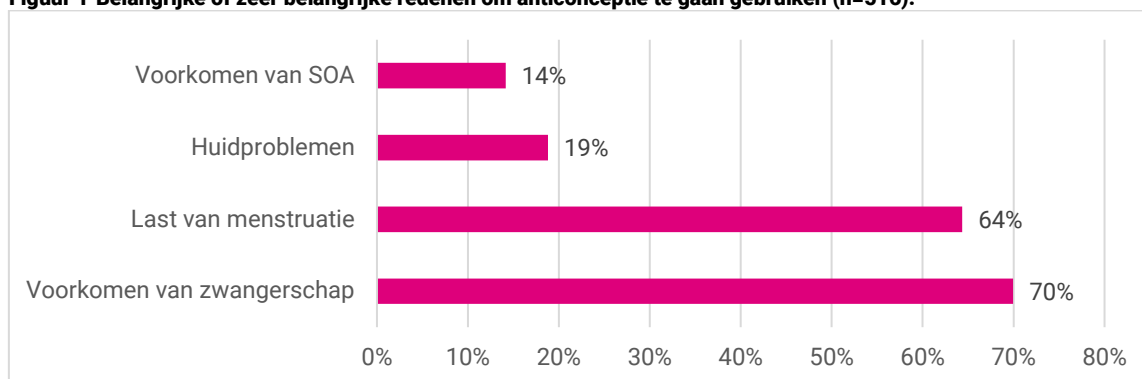
Gemiddelde leeftijd (SD)	19,26 (2,35)	
Gemiddelde leeftijd ten tijde van anticonceptieconsult (SD)	17,95 (2,39)	
Migratie-achtergrond, n (%)	Geen	434 (84%)
	Westerse migratieachtergrond	27 (5%)
	Niet-westerse migratieachtergrond	51 (10%)
Opleidingsniveau, n (%)	lagere school/praktijkonderwijs/vmbo/mbo	182 (35%)
	havo/hbo	170 (33%)
	vwo/universitair	164 (32%)

¹ We gebruiken hier de term 'vrouwen', maar het kan ook om mensen met een andere genderidentiteit gaan, die anticonceptie wensen te gebruiken.

Redenen om anticonceptie te gebruiken

Vrouwen gaven meerdere redenen om anticonceptie te gaan gebruiken (zie Figuur 1). De meeste vrouwen kozen voor anticonceptie om een zwangerschap te voorkomen (70%). Voor 46% was deze reden belangrijker dan andere genoemde redenen. Een tweede veelgenoemde reden was last van menstruatie (64%).

Figuur 1 Belangrijke of zeer belangrijke redenen om anticonceptie te gaan gebruiken (n=516).



Vorbereiding en bezoek aan de huisarts

Van de vrouwen had 83% van tevoren al informatie opgezocht over anticonceptie. Dit was minder vaak het geval bij de jongste groep 14 – 19 jarigen. Ongeveer een kwart van de vrouwen (27%) had al een goede band met hun huisarts. Meer dan de helft van de vrouwen (54%) vond het vooraf spannend om anticonceptie te gaan bespreken met de huisarts.

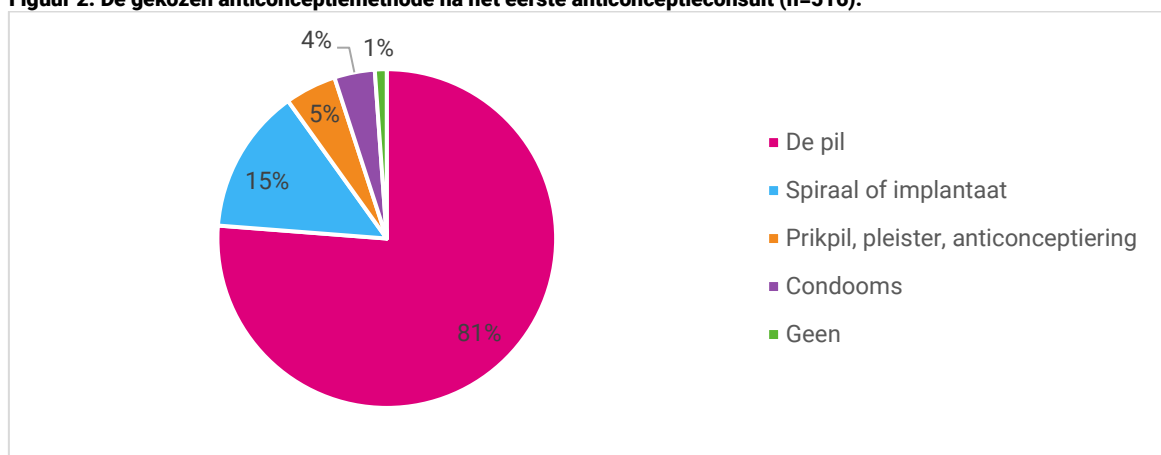
Bij de vraag welke methoden men voorafgaand aan het consult serieus had overwogen, was dit vooral (88%) de pil. Minder dan een kwart overwoog ook andere methoden zoals het hormoonspiraal (24%), condoms (21%), of het koperspiraal (18%).

Gesprek over anticonceptie en keuze

Bijna 40% van de vrouwen heeft een gesprek gehad over één anticonceptiemethode. Dit lijkt sterk samen te hangen met het feit dat een groot deel van de vrouwen (bijna 70%) voorafgaand aan het bezoek aan de huisarts al een keuze had gemaakt voor een methode.

Veruit de meeste vrouwen (81%) kozen na het eerste anticonceptieconsult voor de anticonceptiepil (zie Figuur 2), en 15% voor langwerkende anticonceptie zoals een hormoonspiraal, koperspiraal of implantaat.

Figuur 2. De gekozen anticonceptiemethode na het eerste anticonceptieconsult (n=516).

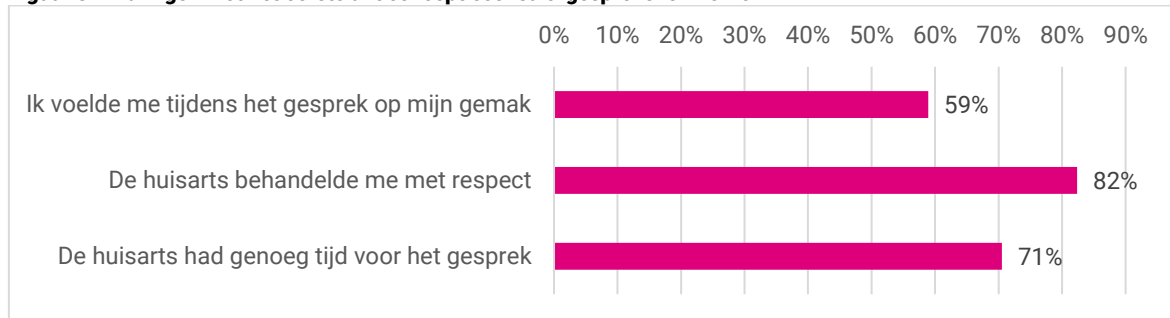


Ervaring met het anticonceptie consult

Van alle respondenten gaf 59% aan zich op haar gemak te voelen tijdens het consult, maar 17% had dit gevoel niet. De huisarts vroeg bij de meerderheid (81%) naar de reden om te starten met anticonceptie. De meeste vrouwen (81%) gaven aan dat ze de informatie hadden begrepen. Laag opgeleide vrouwen gaven dit vaker aan dan hoogopgeleide vrouwen (74% versus 91%). 61% van de

respondenten had het gevoel alle vragen aan de huisarts te kunnen stellen, 18% had dit gevoel niet. 82% voelde zich gerespecteerd door de huisarts en slechts een klein gedeelte niet. 71% was van mening dat de huisarts voldoende tijd nam voor het gesprek en 14% vond dit niet het geval. De gesprekskenmerken respect, voldoende tijd en op je gemak voelen, zijn significant voor het algehele gevoel van tevredenheid.

Figuur 3 Ervaringen met het eerste anticonceptieconsult: gesprekskenmerken



Tevredenheid met het eerste anticonceptieconsult

Het eerste anticonceptieconsult werd gemiddeld met een rapportcijfer 7,1 beoordeeld. Dit cijfer bleek sterk samen te hangen met a) algemene gesprekskenmerken van gedeelde besluitvorming, en b) verschillen tussen het belang dat men hechtte aan informatie over een aspect van de anticonceptie enerzijds, en de tevredenheid over de ontvangen informatie over dat aspect anderzijds. Andere factoren, zoals het geslacht van de huisarts of opleidingsniveau van de patiënt, deden er niet significant toe. Uit het onderzoek bleek ook dat vrouwen met een niet-Westerse migratie-achtergrond (10% van de steekproef) minder tevreden waren met het anticonceptieconsult; zij beoordeelden het consult gemiddeld met een 6,8. De groep is echter relatief klein en de associatie met tevredenheid was precies op de grens van significant ($p=.05$). Dit verdient nader onderzoek.

Er is ook gekeken of de tevredenheid met het consult samen hing met continuatie van gebruik van de methode waarmee men startte na het eerste consult. Vrouwen die de anticonceptie nog gebruikten laten een grotere tevredenheid zien met het eerste anticonceptieconsult ($p<.001$), waarbij gecontroleerd is voor hoe lang het consult geleden was.

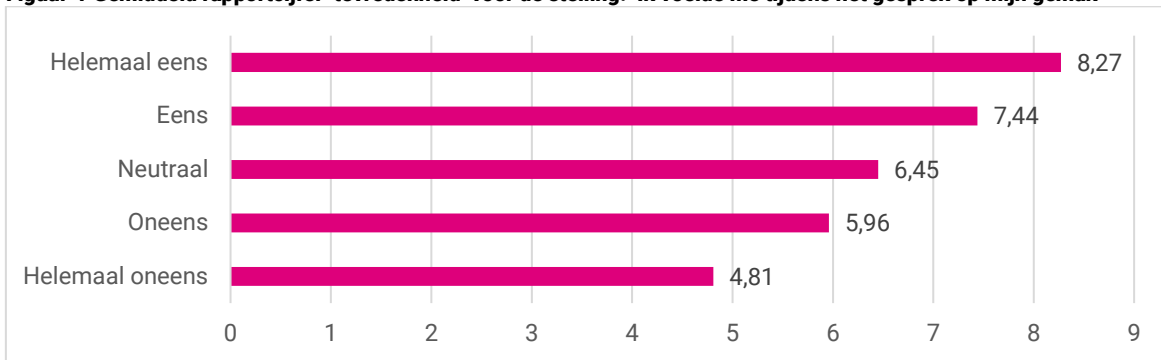
Het keuzeproces en gedeelde besluitvorming

De helft van alle vrouwen (50%) had al voorafgaand aan het gesprek met de huisarts besloten welke anticonceptie zij wilde, 32% had al wel een idee, maar wilde dit nog van het gesprek met de arts af laten hangen, en 17% had helemaal nog geen idee voor welke methode zij zou kiezen.

De vorm van counseling die het meest gewenst bleek, was gedeelde besluitvorming over de anticonceptiemethode (shared decision making): 58% gaf hier de voorkeur aan. Toch gaf slechts 17% van de vrouwen aan dit ook daadwerkelijk te hebben ontvangen. Bij bijna de helft van de consulten (45%) gaf de huisarts informatie over de methode waar door de vrouw naar werd gevraagd of de huisarts stelde zelf een methode voor (foreclosed method).

Vrouwen die aangaven dat er wel sprake was geweest van gedeelde besluitvorming, waren significant meer tevreden over het anticonceptieconsult dan vrouwen die te maken hadden met een gesloten methode. Dit verband bleek echter volledig verklaard te worden door de gesprekskenmerken 1) op je gemak voelen, 2) respect ervaren, en 3) dat de huisarts voldoende tijd had (zie Figuur 3). De meeste vrouwen vonden dat de huisarts hen met respect behandelde (82%), dat er genoeg tijd voor het gesprek was (71%), en een kleine meerderheid voelde zich op haar gemak (58%). Naarmate hier minder sprake van was, daalde de tevredenheid significant. Zo is in Figuur 4 te zien hoe het rapportcijfer voor tevredenheid steeg, naarmate de vrouw zich meer op haar gemak voelde.

Figuur 4 Gemiddeld rapportcijfer 'tevredenheid' voor de stelling: 'Ik voelde me tijdens het gesprek op mijn gemak'

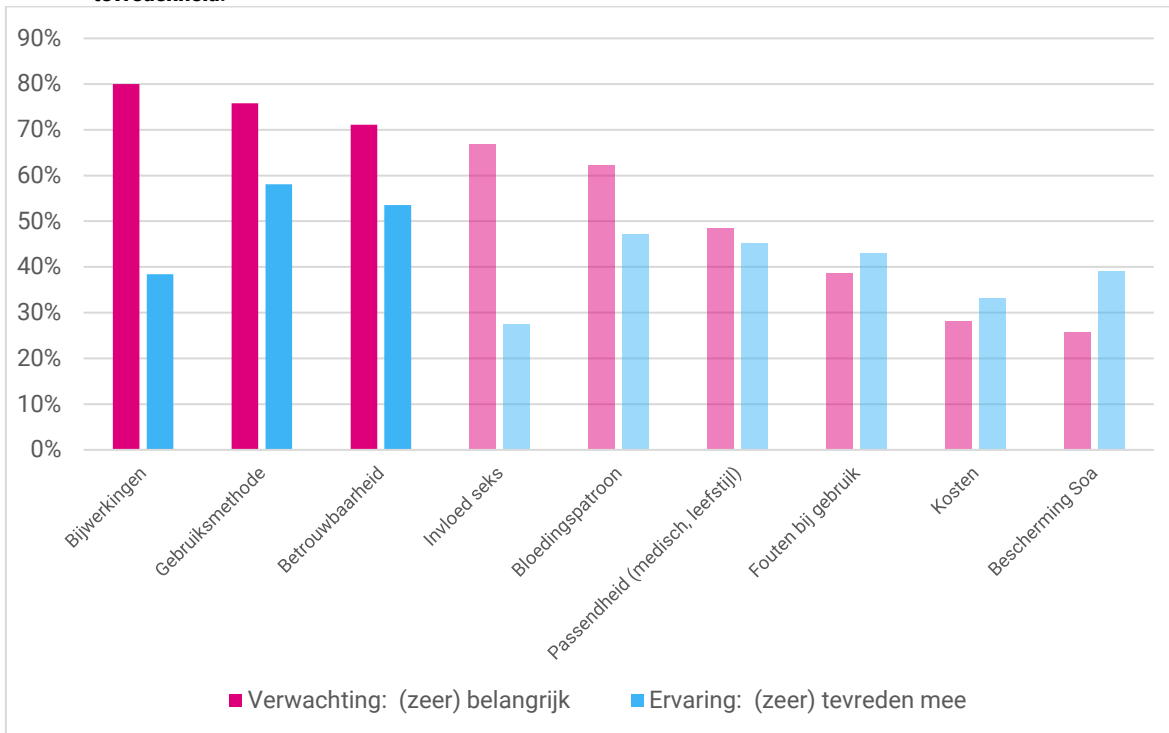


Verwachtingen versus ontvangen informatie

De meerderheid van de vrouwen (81%) gaf aan dat ze alle ontvangen informatie hadden begrepen. Hierin was wel een verschil te zien in opleidingsniveau. Vrouwen met een lager opleidingsniveau hadden minder vaak de informatie begrepen. De overgrote meerderheid (70-80%) van de vrouwen vond vooral informatie over bijwerkingen, betrouwbaarheid, gebruiksmethode belangrijk, zie Figuur 5. Het bleek nog belangrijker dat de informatie die gegeven werd, goed aansloot bij de behoefte aan informatie.

Uit het vragenlijstonderzoek bleek dat naarmate het verschil groter werd tussen hoe belangrijk men het vond om informatie te krijgen (verwachting) en hoe minder men tevreden was met de ontvangen informatie (ervaring), de tevredenheid met het consult afnam. Het verschil tussen deze twee was het grootst en significant voor informatie over bijwerkingen. De verschillen in gewenste en ervaren hoeveelheid informatie wat betreft 1) bijwerkingen, 2) gebruiksmethode, en 3) betrouwbaarheid hingen zeer sterk samen met algehele tevredenheid met het consult, ook wanneer gecorrigeerd werd voor andere variabelen. Alhoewel er ook een verschil is in belangrijkheid en tevredenheid over ontvangen informatie bij invloed op seks en bloedingen, had dit geen significant effect op algehele tevredenheid.

Figuur 5. Proportie vrouwen (n=516) die informatie over genoemde onderwerpen belangrijk vindt (verwachting; roze) en er tevreden mee is (ervaring; blauw). In licht roze en licht blauw geen significant effect op algehele tevredenheid.



Dieper inzicht: hoe zit het met die veranderende informatiebehoefte?

In de 14 diepte-interviews is verder doorgevraagd op de informatiebehoefte. Hieruit bleek dat de meeste vrouwen graag veel informatie willen en in gesprek willen over welke anticonceptie het beste past, maar dat er ook een specifieke groep vrouwen is voor wie dit juist niet geldt. Het gaat hierbij met name om jonge vrouwen die het de eerste keer spannend vinden om met de huisarts te praten over anticonceptie of seksualiteit. Deze jonge starters hebben vaak al een keuze gemaakt op basis van gesprekken met vriendinnen (en soms ouders) als primaire bron van informatie, en staan op dat moment niet erg open voor een uitgebreid gesprek over anticonceptie en alternatieven.

Leeftijd, schaamte, ongemak, ik was op m'n vijftiende helemaal niet bezig met of iets een soort van goed voor mij is of goede zorg is of een fijne huisarts, maar ik was toen alleen maar bezig met dit is wat ik wil. Ik wilde er met zo min mogelijk ongemakkelijkheid vanaf komen.

Opvallend was dat deze jonge vrouwen achteraf allemaal zeiden dat ze de informatie eigenlijk toch wel gehad hadden willen hebben. Er was sprake van een tegenstelling: voorafgaand aan het gesprek wilden ze zo min mogelijk praten en 'gewoon een recept voor de pil', maar achteraf hadden ze toch meer informatie gewild, en kwamen ze er soms bijvoorbeeld achter dat de pil niet goed bij hun levensstijl paste. De vraag is of de informatie deze vrouwen bij het eerste consult wel bereikt. Voor deze vrouwen kan het beter werken om wat minder uitgebreid alle alternatieven te bespreken, maar wel een vervolgspraak te plannen om de anticonceptiekeuze en hun ervaring te evalueren. Als de druk om beschermd te zijn tegen een zwangerschap er eenmaal af is, staan deze vrouwen wellicht meer open voor een gesprek. De informatiebehoefte lijkt niet zozeer ongelijk, als wel veranderend over tijd, want uiteindelijk willen alle vrouwen achteraf wel goed geïnformeerd zijn. Uit het vragenlijstonderzoek bleek ook dat meer dan de helft van de vrouwen behoefte heeft aan een vervolgesprek na het starten met anticonceptie.

Figuur 6. Veranderende informatiebehoefte over tijd bij specifieke groep jonge starters (uit gesprekken met vrouwen)



Welke factoren zijn belangrijk voor de tevredenheid met het anticonceptieconsult?

Uit een multivariate regressie-analyse bleek dat een aantal factoren significant geassocieerd was met tevredenheid met het eerste anticonceptieconsult bij de huisarts. Deze factoren zijn in te delen in 1) gesprekskenmerken en 2) aansluitende informatiebehoefte, zie Figuur 7. Verder bleek dat naarmate respondenten meer tevreden zijn over het eerste anticonceptieconsult, de kans groter is dat ze nog steeds dezelfde vorm van anticonceptie gebruiken ($p < .001$). Ook vond 54% het belangrijk dat er een vervolgspraak komt.

Figuur 7. Overzicht van factoren die sterk samenhangen met tevredenheid met het anticonceptieconsult



Conclusies en aanbevelingen

Uit het onderzoek blijkt dat de tevredenheid met het eerste anticonceptieconsult een belangrijke rol speelt bij de voortzetting van het gebruik van de gekozen anticonceptiemethode. Men is over het algemeen redelijk tevreden met het eerste anticonceptieconsult, het wordt met een 7,1 beoordeeld. Wel is er nog ruimte voor verbetering.

Ten eerste dragen kenmerken van het anticonceptieconsult bij aan een hogere tevredenheid met het eerste anticonceptieconsult. Hierbij gaat het niet zozeer om of sprake was van gedeelde besluitvorming, maar veeleer om of de patiënt zich op haar gemak voelt, respectvol bejegend, en of er genoeg tijd voor haar genomen wordt. Ten tweede is het van belang dat de informatie die gegeven wordt over betrouwbaarheid, gebruiksmethode en bijwerkingen, aansluit bij de behoefte. Ook informatie over bloedingspatronen en invloed op seks, kan gewenst zijn. Wanneer men geen behoefte lijkt te hebben aan een uitgebreid gesprek over verschillende anticonceptiemethoden, kan het zijn dat deze behoefte na het consult later wel ontstaat, wanneer eenmaal met anticonceptie is gestart.

Om de tevredenheid met het anticonceptieconsult en consistent anticonceptiegebruik te bevorderen, kunnen huisartsen aan het begin of voorafgaand aan een eerste anticonceptieconsult de verwachtingen, behoeften bij het keuzeproces en eventuele spanning peilen. Heeft de patiënt behoefte aan uitgebreide informatie? Vindt zij het lastig om over dit onderwerp te praten met de huisarts? Wil ze 'gewoon snel aan de pil'? Het verdient aanbeveling om verwachtingen te expliciteren. Wanneer men geen behoefte heeft aan een uitgebreid gesprek, kan het zinvol zijn om niet op dat moment, maar wel op een later moment, in gesprek te gaan over zaken als bijwerkingen, gebruiksmethode, betrouwbaarheid, invloed op seks en bloedingen. Een vervolgsconsult verdient over het algemeen aanbeveling, aangezien meer dan de helft van de respondenten dit wenst.

Literatuur

1. Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient education and counseling*. 2007;65(2):189-96.
2. Coulter A, Härter M, Moumjid-Ferdjaoui N, Perestelo-Perez L, Van Der Weijden T. European experience with shared decision making. 2015.
3. Frost JJ, Singh S, Finer LB. Factors associated with contraceptive use and nonuse, United States, 2004. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2007;39(2):90-9.
4. Moreau C, Bouyer J, Gilbert F, Bajos N. Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2006;38(4):190-6.
5. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. 2013;88(2):250-6.
6. Black KI, Gupta S, Rassi A, Kubba A. Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2010;24(4):443-55.