

Studentes en keuzehulp-anticonceptie: breed palet belangrijker dan eenvoud

Joyce Molenaar
2504658

3 maart – 30 mei 2014
Bachelorstage Gezondheidswetenschappen (18 ECTS)
Vrije Universiteit Amsterdam

Studentengezondheidszorg Bureau Studentenartsen
Sectie Onderzoek, Ontwikkeling en Preventie
Universiteit van Amsterdam

Begeleiders:
dr. F.J. Meijman (VU docent)
drs. C.M. van der Heijde
P. Vonk

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Introductie	5
Theorie	7
Gebruik anticonceptie door vrouwen in Nederland	7
Besluitvormingsproces rondom de keuze voor anticonceptie	8
Dynamiek van de besluitvorming rondom anticonceptie	8
Factoren die de anticonceptiekeuze beïnvloeden	9
Beïnvloeding keuze (personen en informatiebronnen)	12
(On)tevredenheid anticonceptie	13
Ondersteuning keuze anticonceptie	13
Keuzehulpen	13
Opbouw keuzehulpen	14
Effecten keuzehulpen(anticonceptie)	15
Ontwikkeling keuzehulp-anticonceptie voor vrouwelijke studenten	16
Methode	17
Studieopzet	17
Literatuuronderzoek en documentenanalyse	17
Bevraging deskundigen	17
Vraaggesprekken	17
Resultaten	20
Bevraging deskundigen en documentanalyse ontwikkeling keuzehulp	20
Karakteristieken respondenten vraaggesprekken	20
Analyse vraaggesprekken	21
Anticonceptiemethoden	21
Keuzemoment	22
Verantwoordelijkheid anticonceptiekeuze	23
Personen en informatiebronnen anticonceptiekeuze	24
Gebruik keuzehulp	25
Oordeel opbouw keuzehulpen	25
Oordeel inhoud keuzehulpen	26
Oordeel uitstraling keuzehulpen	27
Discussie	28
Belangrijke bevindingen en vergelijking literatuur	28
Sterke punten en beperkingen onderzoek	29
Aanbevelingen ontwikkeling keuzehulp anticonceptie	29
Praktische en wetenschappelijke aanbevelingen	31

Conclusie	32
Literatuur	34
Bijlagen	46
Bijlage 1: Reflectie	40
Bijlage 2: Nederlands anticonceptiegebruik in vergelijking met andere landen	41
Bijlage 3: Overzicht anticonceptiemethoden	42
Bijlage 4: De ontwikkeling van de competenties rondom de besluitvorming gedurende de adolescentie	52
Bijlage 5: Overzicht online keuzehulpen	53
Bijlage 6: Kwaliteitscriteria keuzehulpen volgens de IPDAS Collaboration	66
Bijlage 7: Informatiebrief studenten	71
Bijlage 8: Informed consent verklaring	72
Bijlage 9: Lijst met aandachtspunten vraaggesprekken	73
Bijlage 10: Verantwoording keuzehulpen in vraaggesprekken	76
Bijlage 11: Codeboom	77
Bijlage 12: Belangrijkste bevindingen contact deskundigen ontwikkeling keuzehulp	101
Bijlage 13: Overwegingen studenten verschillende kenmerken anticonceptiemethoden	106
Bijlage 14: Overwegingen studenten per anticonceptiemethode	111
Bijlage 15: Overzicht verwachting informatie bij huisarts	117
Bijlage 16: Overzicht nieuwe ideeën keuzehulp	118
Bijlage 17: Ervaringen en wensen inhoud keuzehulp	120
Bijlage 18: Manier besluiten nemen en fijne elementen keuzehulp per respondent	122
Bijlage 19: Persbericht	125

Samenvatting

Context: 21% van de vrouwelijke studenten is niet geheel tevreden met haar huidige anticonceptiemethode. Een online keuzehulp zou studenten kunnen helpen bij het maken van een (beter passende) keuze.

Doel: Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de factoren die de keuze voor een anticonceptiemethode bij vrouwelijke studenten beïnvloeden en het doen van aanbevelingen voor de ontwikkeling van een online keuzehulp-anticonceptie voor vrouwelijke studenten.

Methode: Informatie is verkregen door middel van literatuuronderzoek en documentanalyse. Tevens is contact gezocht met deskundigen op het gebied van keuzehulp-ontwikkeling. Daarnaast heeft kwalitatief onderzoek plaatsgevonden door middel van semigestructureerde individuele vraaggesprekken. Studentes zijn bevraagd over hun anticonceptiekeuze en de betrokken factoren. Daarnaast zijn enkele keuzehulpen voorgelegd waarbij de studenten gevraagd is hun gedachten uit te spreken.

Resultaten: Met name betrouwbaarheid, gebruiksgemak, bijwerkingen, de hoeveelheid hormonen, de invloed op de menstruatie en de invloed op de vruchtbaarheid bleken belangrijke factoren te zijn waarop de anticonceptiekeuze gebaseerd werd. Vriendinnen speelden voornamelijk een rol bij de anticonceptiekeuze door ervaringen te delen. Veelal waren studenten niet bekend met keuzehulpen. Zij dachten hun keuze niet volledig op een keuzehulp te kunnen baseren, maar een keuzehulp zou gebruikt kunnen worden om zich gericht voor te bereiden op het anticonceptieconsult bij de huisarts. Als anticonceptie-advies vanuit een keuzehulp werd door de studenten meerdere methoden verwacht. De beoordeling van de betrouwbaarheid van de keuzehulpen werd sterk beïnvloed door de hoeveelheid informatie en factoren die meegenomen werden. Een keuzehulp dient niet simpel te zijn en niet enkelvoudig in zijn uitgangspunten. Niet alleen informatie over de anticonceptie, maar ook informatie over andere factoren hieromheen, zoals seksueel overdraagbare aandoeningen, vruchtbaarheid en thema's zoals acne en pijnlijke menstruatie, dienen meegenomen te worden.

Conclusie: Eenvoud en aantrekkelijkheid van een keuzehulp-anticonceptie lijken voor vrouwelijke studenten minder belangrijk dan de breedte en de diepte van het keuzeproces. Voor de doelgroep studentes is het belangrijk om meerdere keuzestappen, opties en overwegingen te leveren en uitgebreide informatie te geven in een keuzehulp.

Introductie

Bureau Studentenartsen / Huisartsen Oude Turfmarkt is een huisartsenpraktijk in Amsterdam die streeft naar het vergroten van de kwaliteit van zorg en het efficiënter maken van de uitvoering daarvan. Onderdeel van Bureau studentenartsen is de sectie onderzoek, ontwikkeling en preventie. Deze sectie richt zich op onderzoek naar gezondheid en de gezondheidszorg rondom studenten, het grootste aandeel van de patiëntenpopulatie. De sectie ziet kansen om via het internet patiënten te helpen bij het vergroten van de autonomie met betrekking tot de keuze voor een anticonceptiemethode.

Op dit moment zijn er meer dan dertien verschillende methoden waaruit studenten kunnen kiezen (Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014; NHG anticonceptiestandaard, 2011). De keuze voor een anticonceptiemethode kan leiden tot onzekerheid en verwarring (Chambers & Rue, 2003). 37% van de vrouwelijke studenten vindt/vond het kiezen van een anticonceptiemethode moeilijk en 21% van de studentes is niet geheel tevreden met haar huidige anticonceptiemethode (Collard, Meijman, Van der Heijde & Vonk, 2013).

Een online keuzehulp zou studenten kunnen helpen bij het maken van een (beter passende) keuze. Keuzehulpen kunnen gebruikt worden wanneer er meerdere opties zijn en waarbij geen enkele optie duidelijke voordelen in gezondheidsuitkomsten heeft, zoals bij anticonceptie (Stacey et al., 2014). De beste keuze hangt af van de voorkeuren van de patiënt (Barry et al., 1999; Stacey et al., 2014).

Keuzehulpen worden vaak gebruikt om de patiënt-begeleiding door de arts aan te vullen (Barry, 2002). De online keuzehulp zou studenten gerichter kunnen laten voorbereiden op het anticonceptie-consult met de huisarts. Patiënten kunnen namelijk beter participeren in het besluitvormingsproces wanneer zij een beter beeld hebben van de verschillende opties en hun eigen voorkeuren (Stacey et al., 2014). Daarnaast bestaat wellicht de mogelijkheid dat een keuzehulp op de website van Bureau Studentenartsen het anticonceptie-consult kan vervangen.

De manier waarop een keuzehulp met betrekking tot anticonceptie er voor studenten uit moet komen te zien is onbekend, net als de specifieke factoren op basis waarvan studenten een keuze voor een anticonceptiemethode maken en de waarde die zij hier aan toekennen. De verschillende factoren die voor volwassen vrouwen en jongeren belangrijk zijn, zijn reeds onderzocht (Picavet, Van der Leest & Wijsen, 2011; Picavet, 2012; Wyatt et al., 2014). Specifiek naar vrouwelijke studenten is echter nog weinig onderzoek gedaan, terwijl deze groep wel degelijk verschilt van andere jongeren in deze leeftijdscategorie (Collard et al, 2013). Studenten zijn nog bezig met hun opleiding en hebben veelal een uitgestelde kinderwens (Collard et al., 2013; Meijman, Nemere, Van de Vaal & Ketting, 1983).

Het doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te doen voor de ontwikkeling voor een op maat gemaakte keuzehulp-anticonceptie voor studenten. Deze aanbevelingen zullen gedaan worden op basis van twee aspecten, namelijk de opbouw en de inhoud. De opbouw van verschillende bestaande keuzehulpen zal worden geanalyseerd en er zal worden onderzocht welke specifieke elementen voor studenten belangrijk zijn bij het maken van een anticonceptiekeuze. Daarnaast zal in dit onderzoek inzicht verkregen worden in de factoren die de keuze voor een anticonceptiemethode

bij studenten beïnvloeden, waaruit aanbevelingen gedaan kunnen worden voor de inhoud van de keuzehulp.

Deze aanbevelingen zullen een aanleiding zijn voor de ontwikkeling van een student-specifieke keuzehulp. Met deze aanbevelingen kan Bureau Studentenartsen in de toekomst een keuzehulp op haar website aanbieden, hetgeen de begeleiding omtrent anticonceptie verbetert en de keuze voor een anticonceptiemethode voor studenten vergemakkelijkt. Uiteindelijk kan hiermee de patiënttevredenheid en autonomie worden verhoogd.

Theorie

Gebruik anticonceptie door vrouwen in Nederland

Onderzoek naar de seksuele gezondheid in Nederland in 2011 laat zien dat 59,6% van de vrouwen in de leeftijdscategorie vijftien tot vijftig jaar anticonceptie gebruikt (Picavet, 2012). De meest gebruikte anticonceptiemethode is momenteel de gecombineerde orale anticonceptiepil. Deze anticonceptiemethode (al dan niet in combinatie met het condoom¹) wordt door 31,6% van de Nederlandse vrouwen gebruikt (Picavet, 2012). Eerder, in 2005 en 2009, was dit tevens de meest gebruikte anticonceptiemethode (Bakker & Vanwesenbeeck, 2007; Bakker et al., 2009).

Tabel 1

Huidig gebruik anticonceptiemethoden bij vrouwen in Nederland in 2011.

Anticonceptiemethode	15-19 jaar (N = 340)	20-29 jaar (N = 656)	30-39 jaar (N = 720)	40-49 jaar (N = 866)	Totaal (N = 2582)
Anticonceptiepil of minipil	30,6	39,5	26,1	17,9	27,3
Condoom	3,5	6,6	7,6	5,7	6,2
Anticonceptiepil en condoom tegelijk	10,6	7,8	2,2	0,9	4,3
Prikpil	1,5	1,4	1,8	1,0	1,4
Anticonceptiering	0,6	1,7	1,1	0,2	0,9
Implantatiestaafje (Implanon)	0,0	0,5	0,6	0,0	0,3
Hormoonspiraaltje (Mirena)	0,9	4,4	10,4	9,4	7,3
Koperspiraaltje	0,0	1,1	1,4	1,0	1,0
Partner is gesterilliseerd	0,0	0,6	6,0	13,0	6,2
Ik ben zelf gesterilliseerd	0,0	0,0	2,6	7,3	3,2
Anders (pessarium, periodieke onthouding, terugtrekken)	0,0	2,0	1,8	1,4	1,5
Totaal anticonceptie	47,6	65,7	61,7	58,0	59,6
Geen seks	46,3	17,8	13,2	2,0	7,0
Zwanger (aan het worden)	0,6	10,3	13,2	2,0	7,0
Zwangerschapswens	0,6	7,7	5,4	6,2	4,0
Alleen seks met vrouwen	0	0,4	0,4	0,8	0,5
Overig	5,0	4,4	6,1	16,0	8,8
Totaal geen anticonceptie	52,4	34,3	38,3	42,0	40,4

Getallen in procenten, naar leeftijd. Overgenomen uit "Zwangerschap en anticonceptie in Nederland," door Picavet, 2012, Tijdschrift voor seksuologie, 36-2, 124.

De groep studenten die in dit onderzoek centraal staat komt het meest overeen met de groep 20 tot 29 jarigen (Picavet, 2012). In deze leeftijdscategorie gebruikt 65,7% anticonceptie. Binnen deze groep is de gecombineerde orale anticonceptiepil (al dan niet in combinatie met het condoom) tevens veruit de meest populaire anticonceptiemethode (47,3%). In totaal maakt 7,8% gebruik van zowel de anticonceptiepil als het condoom. 6,6% gebruikt alleen het condoom en 4,4% de hormonale spiraal (de Mirena). Andere anticonceptiemethoden, zoals de anticonceptiering (1,7%), de prikpil (1,4%), het koperspiraaltje (1,1%) en het implantatiestaafje (het Implanon)(0,5%) worden in mindere mate gebruikt. 34,3% van de vrouwen tussen de 20 en 29 jaar gebruikt geen anticonceptie.

¹ Double Dutch genoemd. Biedt zowel bescherming tegen zwangerschap als tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.

Wanneer jongeren een eerste keuze maken rondom anticonceptie, beginnen zij vaak met het condoom en/of de anticonceptiepil (Picavet & Van der Vlugt, 2011). Nadat vrouwen de 20, 25 jaar gepasseerd zijn, wordt vooral vaker het (hormoon)spiraaltje gekozen. De anticonceptiering en de prikpil worden dan ook populairder (Picavet & Van der Vlugt, 2011).

In Nederland zijn de abortuscijfers en het aantal zwangerschappen in vergelijking met andere landen laag. Er worden in Nederland minder fouten gemaakt in het gebruik van anticonceptie en er worden vaker betrouwbare vormen van anticonceptie toegepast (Van Lunsen & Wijsen, 2009). Meer informatie hierover staat in bijlage 2.

Om een beeld te krijgen van de verschillende methoden die beschikbaar zijn in Nederland is in bijlage 3 een overzicht gegeven van de werking en betrouwbaarheid van de verschillende methoden, de relatieve/absolute contra-indicaties, mogelijke bijwerkingen en extra informatie voor de patiënt.

Besluitvormingsproces rondom de keuze voor anticonceptie

Er bestaan verschillende theorieën rondom het keuzeproces van anticonceptie (Pignone, 2012). Eén van deze theorieën is 'The conflict model of decision making' (Janis & Mann, 1977; Chambers & Rew, 2003). Volgens dit model is alerte besluitvorming een proces van zeven stappen. Degene die een keuze rondom anticonceptie dient te maken onderneemt achtereenvolgens de volgende stappen:

1. Het onderzoeken van alle mogelijkheden.
2. Het verduidelijken van relevante doelstellingen en waarden die gerelateerd zijn aan de te maken keuze.
3. Het zorgvuldig afwegen van de positieve en negatieve consequenties van elke mogelijkheid.
4. Het intensief zoeken naar nieuwe informatie om iedere mogelijkheid te evalueren.
5. Het in aanmerking nemen van nieuwe informatie, zelfs als dit niet de geprefereerde keuze is.
6. Het opnieuw in overweging nemen van de positieve en negatieve consequenties van elke mogelijkheid.
7. Het maken van gedetailleerde plannen om de gekozen mogelijkheid tot uitvoer te brengen.

Bovengenoemde stappen zullen echter niet allemaal en altijd doorlopen worden (French, Cowan, Wellings & Dowie 2013). Dit geldt specifiek voor studenten doordat gedurende de adolescentie en jongvolwassenheid competenties rondom de besluitvorming nog worden ontwikkeld (Halpern-Felsher, 2009). Een uitgebreide uitleg hierover staat in bijlage 4.

Dynamiek van de besluitvorming rondom anticonceptiemethode

De anticonceptiekeuze hangt onder andere af van de levensfase waarin iemand zich bevindt, de situatie, eerdere ervaringen, kennis en nieuwe informatie (Free, Ogden & Lee, 2005; Wyatt et al., 2014). Uit onderzoeken naar de anticonceptiekeuze van Nederlandse vrouwen kwam naar voren dat de keuze sterk afhankelijk is van leeftijd en andere demografische kenmerken zoals het type en duur van de relatie, het aantal kinderen, kinderwens en andere ambities (Bakker, 2009; Picavet et al., 2011). Daarnaast blijken uit onderzoeken naar de seksuele gezondheid van Nederlandse meisjes en vrouwen ook opleidingsniveau en religie te zijn aan de keuze voor een anticonceptiemethode en aan

(in)consistent anticonceptiegebruik (Bakker, 2009; De Graaf, Kruijer, Van Acker & Meijer, 2012; Picavet et al., 2011).

Ook de karakteristieken van degene die de keuze dient te maken kunnen de keuze beïnvloeden. De 'General Decision Making Style (GDMS) scale' is een betrouwbare en valide schaal om te beoordelen hoe individuen besluitvormingssituaties benaderen (Scott & Bruce, 1995). De GDMS scale maakt onderscheid tussen vijf beslisstijlen. Deze staan in tabel 2 uitgelegd. De verschillende beslisstijlen sluiten elkaar niet uit en individuen zijn niet afhankelijk van één stijl. Vaak is er bij het nemen van moeilijke beslissingen sprake van een combinatie van beslisstijlen.

Tabel 2
Beslisstijlen

Beslisstijl	Uitleg
Rationeel	Grondig onderzoek naar alternatieven en een logische evaluatie daarvan
Vermijdend	Uitstellen en vermijden van beslissingen, waarbij beslissingen vermeden worden tot er sprake is van hoge druk
Afhankelijk	Zoeken van advies en begeleiding van anderen
Intuïtief	Vertrouwen op intuïtief en gevoel
Spontaan	Gevoel van urgentie en verlangen om zo snel mogelijk door het besluitvormingsproces te gaan

Overgenomen uit "Decision-making style: The development and assessment of a new measure. Educational and Psychological Measurement," door Scott & Bruce, 1995. Educational and Psychological Measurement, 55(5), 818-831.

Aan het onderzoek van Scott & Bruce (1995) hebben vier verschillende populaties deelgenomen: mannelijke militaire officieren, deeltijd studenten met een voltijd baan, voltijd studenten en ingenieurs/technici. In vergelijking met de andere groepen hadden de studenten gemiddeld een lagere score op de rationele schaal en een hogere score op de intuïtieve en vermijdende schaal.

Voor de ontwikkeling van een keuzehulp kan het belangrijk zijn om er rekening te houden met de verschillende beslisstijlen. Individen maken op een verschillende manier een keuze, en keuzehulpen zouden hier dus ook op verschillende manieren ondersteuning in kunnen bieden.

Factoren die de anticonceptiekeuze beïnvloeden

Om een goede keuze te maken rondom anticonceptie dient een vrouw volgens 'The conflict theory of decision making' haar doelstellingen en waarden rondom de anticonceptiekeuze te bepalen (Chambers & Rue, 2003). Hieronder zal een overzicht gegeven worden van de verschillende factoren die een anticonceptiekeuze kunnen beïnvloeden. De genoemde onderzoeken zijn niet allemaal gericht op jonge Nederlandse vrouwen, maar kunnen wel een beeld geven van alle mogelijke factoren die ook voor studenten gelden bij de keuze voor een anticonceptiemethode.

Met als doel om de ontwikkeling van toekomstige keuzehulpen voor anticonceptie te ondersteunen, hebben Wyatt et al. (2014) een systematische review uitgevoerd om de eigenschappen van anticonceptiemethoden die vrouwen belangrijk vinden bij het besluitvormingsproces te identificeren. Kenmerken die in huidige keuzehulpen, interviews en vragenlijst naar voren komen zijn meegenomen. Per categorie staat in tabel 3 een overzicht van de verschillende kenmerken.

Tabel 3

Overkoepelende categorieën en kenmerken die de anticonceptiekeuze beïnvloeden.

Kenmerk	Geïnccludeerde termen, soortgelijke kenmerken
Mechanisch	
Gebruiksgemak	Inspanning, comfort
Mogelijkheid tot nalatigheid	Foutbestendig, dagelijkse inname vereist
Hoe het gebruikt dient te worden	Instructies voor gebruik, mechanische uitleg
Frequentie in gebruik	Timing, gebruikspatroon (dus 3 van de 4 weken bijvoorbeeld)
Terugkeren naar vruchtbaarheid	Omkeerbaarheid, permanent, controle over methode, kinderwens
Vertraging in effect	Wanneer met methode gestart kan worden, planning vooraf nodig, werkt meteen.
Afkeer voor vreemde aanrakingen/ voorwerpen	Comfort met aanraking geslachtsorganen/ genitaal contact/ dragen pleister
Afkeer van naalden	
Gebruik hormonen	Hormoonniveaus
Vereiste van huisartsbezoek	Voor het starten met methode of terugkomen/controle
Na de geslachtsgemeenschap	Werkt na de geslachtsgemeenschap
Voorbereiden voor geslachtsgemeenschap	Vereist maatregelen voorafgaand aan elke keer geslachtsgemeenschap
Effect methode	
Werkzaamheid	Voorkomen zwangerschap, 'perfect gebruik', 'typisch gebruik'
Maximaliseren werkzaamheid	Factoren die de werkzaamheid verminderen of maximaliseren, acties die ondernomen dienen te worden wanneer methode faalt of wanneer het gebruik niet goed is
Voorkomen seksueel overdraagbare aandoeningen	
Bijwerkingen/ gezondheidsrisico's	Veiligheid, contra-indicaties, interacties met medicijnen, latex allergie
Voordelen naast de anticonceptieve werking	Gezondheidsvoordelen
Menstruele veranderingen	Bloeding, kramp, onregelmatige menstruatie, onvoorspelbare menstruatie, uitblijven menstruatie
Verenigbaarheid na bevalling	Verenigbaar met borstvoeding
Alarmsignalen	Redenen om terug te gaan naar huisarts, serieuze bijwerkingen
Sociaal/Normatief	
Ondersteuning partner	Overeenstemming met partner, betrokkenheid partner, acceptabel voor partner, houding partner
Eerdere ervaring(en)	Eerder gebruikte methode(s)
Indirecte ervaring(en)	Ervaring/advies van anderen, inbreng van huisarts, media, acceptabel voor familie/anderen
Verwachtingen	Opvattingen of mythen over methoden en complicaties
Religie/morele overwegingen	
Vermogen tot verhullen methode	Discretie, privé (voor partner of anderen)
Reputatie	Populariteit, kunstmatig, natuurlijk
Vereist toestemming ouders	
Praktisch	
Kosten(financieel)	Mogelijkheid om te betalen, verdeling kosten over de tijd
Effect op seksueel plezier	Effect op intimiteit/spontaniteit/libido
Beschikbaarheid	Waar te verkrijgen
Mate van seksuele activiteit	Frequentie van seksueel contact

Overgenomen uit 'Women's values in contraceptive choice: a systematic review of relevant attributes included in decision aids.' door Wyatt, Anderson, Creedon, Montori, Bachman & Erwin, 2014. BMC Women's Health, 14, 28.

De belangrijkste kenmerken die zowel in keuzehulp als in vragenlijsten en interviews naar voren komen zijn de werkzaamheid, de bijwerkingen en het gebruiksgemak van de anticonceptiemethoden (Wyatt et al., 2014).

Het gebruiksgemak wordt ook door Nederlandse vrouwen belangrijk bevonden (Picavet et al., 2011). Het onderzoek van Rutgers WPF uit 2011 heeft plaatsgevonden onder 1280 Nederlandse meisjes en vrouwen tussen de 13 en 50 jaar oud. In tabel 4 staan per anticonceptiemethode de gemiddelde scores voor de verschillende factoren weergegeven. Gemiddeld, voor alle methoden samen, kreeg gebruikersgemak de hoogste score. De verschillen in de beoordeling blijken min of meer consistent te zijn met de karakteristieken van de anticonceptiemethoden (Picavet et al., 2011). Zo blijken vrouwen die gebruikersgemak belangrijk vinden vaker een anticonceptiemiddel te gebruiken waar zij weinig aan hoeven te denken, zoals het spiraaltje.

Tabel 4

Wat Nederlandse vrouwen belangrijk vinden aan anticonceptie (op een schaal van 1 tot 5, waarbij 5 heel belangrijk is) op het moment van hun keuze en het vermogen om een weloverwogen keuze te maken.

Methode	Menstruele controle	Impact	Gezondheid	Gebruiksgemak	Seksualiteit	Delen verantwoordelijkheid
Pil	3.9	2.8	3.2	3.4	3.2	3.3
Prikkpil	3.8	3.7	3.2	4.3	3.1	3.5
Ring	3.3	2.6	3.4	4.4	3.6	3.1
Implantaat	3.4	2.5	3.1	4.5	3.5	3.4
Hormoon-spiraal	3.6	2.5	3.2	4.2	3.4	3.1
Koperspiraal	2.6	2.5	3.3	4.1	3.2	2.8
Sterilisatie V	2.7	2.2	3.0	4.1	3.4	2.9
Sterilisatie M	2.5	2.3	2.7	4.0	3.2	3.8
Condoom	2.9	2.8	3.4	3.6	3.2	3.6
Periodieke Onthouding	2.4	2.6	3.6	3.2	3.7	4.0
Terugtrekken	2.5	3.0	3.2	3.6	3.6	3.7
Totaal	3.4	2.7	3.2	3.9	3.3	3.3

Overgenomen uit 'Contraceptive decision-making. Background and outcomes of contraceptive methods.', door Picavet, Van der Leest & Wijsen, 2011. Utrecht: Rutgers WPF.

In een ander onderzoek van Picavet (2012) is onderzoek gedaan naar de factoren die belangrijk zijn voor de anticonceptiekeuze voor Nederlandse meisjes en vrouwen tot 25 jaar. Betrouwbaarheid van de anticonceptiemethode blijkt de belangrijkste reden om voor een bepaalde methode te kiezen, genoemd door 56% van de meisjes. Eerder onderzoek bij Bureau Studentenartsen onder 375 vrouwelijke studenten laat ook zien dat betrouwbaarheid (86%) belangrijk is, zoals te zien in tabel 5 (Collard et al., 2013). Daarnaast zijn gebruiksgemak (80%) en een lage kans op fysieke bijwerkingen (67%) belangrijke factoren.

Tabel 5

Factoren die de anticonceptiekeuze beïnvloeden onder vrouwelijke studenten.

Factoren die de anticonceptiekeuze beïnvloeden	Percentage
Betrouwbaarheid	86
Gebruiksgemak	80
Lichamelijke bijwerkingen	67
Psychologische bijwerkingen	42
Hormoongehalte	33
Het hebben van een relatie	29
Andere gunstige effecten op mijn lichaam (naast de huid)	20
Prijs	17
Gunstig effect op de huid (acne)	15
Werkingsduur	14
Gunstige psychologische effecten	6
Mening partner	6

Overgenomen uit 'To be or not to become a mother: the female student's paradox.' door Collard, Van der Heijde, Vonk & Meijman (2013). Studentgezondheidszorg Bureau Studentenartsen. Universiteit van Amsterdam.

Beïnvloeding keuze (personen en informatiebronnen)

De keuze voor een anticonceptiemiddel is niet alleen een individuele keuze. Picavet beschrijft dat bij Nederlandse jongeren ook etnische achtergrond en sociaal economische status van belang zijn bij de anticonceptiekeuze en juiste gebruik van de anticonceptiemethode (Picavet, 2011). In een ander onderzoek van Picavet (2012) wordt beschreven dat de keuze voor een anticonceptiemiddel ook beïnvloed wordt door andere personen. Dit onderzoek is uitgevoerd onder 8000 vrouwen en mannen in Nederland. In de leeftijdscategorieën 15 tot en met 19 jaar en 20 tot en met 29 jaar gaven de vrouwen vaak aan dat achtereenvolgens de partner, familie, de huisarts, vriendinnen en de media invloed hebben op de keuze voor de anticonceptiemethode (tabel 6)(Picavet, 2012).

Tabel 6

Beïnvloeding keuze anticonceptie onder vrouwen van 15 tot 19 jaar en vrouwen van 20 tot 29 jaar.

Leeftijd	Partner	Familie	Huisarts	Vriendinnen	Media
15 tot 19 jaar	34,4%	28,6%	22,5%	11,8%	6,2%
20 tot 29 jaar	24,1%	15,3%	17,3%	5,8%	3,0%

Getallen in procenten. Overgenomen uit 'Zwangerschap en anticonceptie', door Picavet, 2012. Tijdschrift voor seksuologie, 36-2, 121-128.

Eerder onderzoek onder vrouwelijke studenten heeft aangetoond dat voornamelijk de huisarts een belangrijke bron speelt bij de informatievoorziening rondom anticonceptie (Collard et al., 2013). 69% van de vrouwelijke studenten noemt deze informatiebron. Daarnaast zijn achtereenvolgens vrienden (61%), moeder (59%), televisie (59%) en het internet (58%) veelgenoemde informatiebronnen. Interessant is om te onderzoeken welke waarde de studenten toekennen aan de verschillende bronnen van informatie en welke informatie zij bij deze bronnen verkrijgen.

(On)tevredenheid anticonceptie

Nationaal onderzoek uit 2011 en 2009 laat zien dat de meeste vrouwen tussen de 15 en 49 jaar tevreden zijn over hun huidige anticonceptiemethode (Bakker et al., 2009; Picavet, 2011). In beide jaren gaf ongeveer 85% aan tevreden of heel tevreden te zijn. In 2009 was 10,1% niet zeker of zij tevreden was en 4,7% was ontevreden. Met name voor deze laatste twee groepen kan een keuzehulp behulpzaam zijn.

Onderzoek onder vrouwelijke studenten in 2013 laat zien dat 21% van de vrouwelijke studenten niet geheel tevreden is met hun huidige anticonceptiemethode. Van de 398 studenten was 15% helemaal niet tevreden en 6% wist niet of zij tevreden was (Collard et al., 2013). Ter vergelijking: resultaten uit de Studentengezondheidstest in het cohort 2013 - 2014 laten zien dat 4,6% van de vrouwelijke studenten (heel) ontevreden is met haar studiekeuze, 4,5% met haar relatie, 10,1% met haar woonsituatie en 13,5% met haar seksuele ervaringen en seksuele beleving (of het ontbreken daarvan)(Van der Heijde, Vonk & Meijman, in voorbereiding).

De ontevredenheid kan wellicht verklaard worden doordat een op de drie vrouwen de anticonceptiemethode niet makkelijk te gebruiken vinden (Bakker et al., 2009). 10% van de vrouwen vindt het goed toepassen van anticonceptie zelfs heel moeilijk. Andere redenen die aan de ontevredenheid ten grondslag liggen, kunnen verschillen per anticonceptiemethode. Bij de pil worden de bijwerkingen genoemd, evenals de moeilijkheid om de pil goed te gebruiken (Bakker et al., 2009). Bij het condoom wordt aangegeven dat de geslachtsgemeenschap minder fijn is en dat de onderbreking vervelend is (Bakker et al., 2009).

Ondersteuning keuze anticonceptie

Bakker stelt na onderzoek naar de seksuele gezondheid van Nederlandse vrouwen in 2009 dat anticonceptie op maat en ondersteuning bij effectief anticonceptiegebruik meer aandacht nodig hebben, aangezien dit kan bijdragen aan meer tevredenheid en minder risico op onbedoelde zwangerschap. Het is goed om aandacht te besteden aan informatievoorziening en verhelderen van wat men belangrijk vindt aan anticonceptie (Picavet, 2012). Informatie dient aangepast te worden aan het individu en de context (De Neef & Van Dijk, 2010). Een huisarts kan gedurende het consult bij zowel de informatievoorziening als de aanpassing hiervan aan het individu een rol spelen (Lopez-del Burgo et al., 2012; Picavet, 2012). Tevens bestaan er folders en informatieve websites om vrouwen te ondersteunen bij een anticonceptiekeuze (Picavet, 2011). Daarnaast zijn er op het internet keuzehulpen beschikbaar.

Keuzehulpen

Keuzehulpen kunnen gebruikt worden wanneer er meerdere opties zijn en waarbij geen enkele optie duidelijke voordelen in gezondheidsuitkomsten heeft (Stacey et al., 2014). De beste keuze hangt af van de voorkeuren van de patiënt, er is in dat geval geen algemene 'beste keuze' (Barry et al., 1999; Stacey et al., 2014). Keuzehulpen kunnen gebruikt worden om beslissingen expliciet te maken, verschillende opties (met voor- en nadelen) te beschrijven en mensen te helpen bij de beoordeling van deze informatie tegen hun eigen voorkeuren en waarden (French, Wellings & Cowan, 2009; Stacey et al., 2014).

De keuzehulp kan de patiënt helpen bij het maken van de beslissing in samenwerking met de huisarts. Keuzehulpen worden over het algemeen gebruikt om het traditionele proces van patiënt-begeleiding door de arts aan te vullen, niet om dit proces te vervangen (Barry, 2002; Stacey et al., 2014). Een keuzehulp zorgt ervoor dat de patiënt beter voorbereid is op het consult. Keuzehulpen worden vaak gebruikt in het proces van gedeelde besluitvorming (Stacey et al., 2014; Volk, 2013).

Opbouw keuzehulpen

De International Patiënt Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration is een groep onderzoekers, patiënten, huisartsen en beleidsmakers die standaarden hebben opgesteld om keuzehulpen te kunnen evalueren (Stacey et al., 2014). Het doel van de IPDAS Collaboration is het verhogen van de kwaliteit en de effectiviteit van keuzehulpen door het opstellen van standaarden op het gebied van inhoud, ontwikkeling, implementatie en evaluatie (Volk, 2013). Er zijn verschillende kwaliteitscriteria opgesteld op twaalf verschillende gebieden.

Volgens de IPDAS Collaboration dient een keuzehulp ten eerste op een systematische manier ontwikkeld te worden (Coulter et al., 2012). Daarnaast dient er informatie geleverd te worden rondom de verschillende opties (Feldman-Steward et al., 2012). Het gebruik van waarde-verklarende methoden kan patiënten helpen na te denken over de wenselijkheid van (de gevolgen van) opties, zodat zij kunnen bepalen waar zij de voorkeur aan geven (Pignone et al., 2012). Om de waarden en doelstellingen van een patiënt te verduidelijken kan een keuzehulp bestaan uit de volgende elementen:

- Het uiteenzetten van de verschillende opties en/of alle kenmerken van deze opties.
- Het identificeren van kenmerken van de situatie en/of kenmerken van alle opties die uiteindelijk invloed hebben op de voorkeur van de patiënt.
- Het uiteenzetten van verschillende opties, door:
 - o Het versmallen van de verschillende opties.
 - o Het genereren van meerdere opties gedurende het proces. Dit zijn dus opties die niet meteen bij het begin duidelijk waren.
- Het integreren/samengaan van de kenmerken van verschillende opties met behulp van:
 - o Compenserende beslisregels, waarbij afwegingen gemaakt worden om uiteindelijk het alternatief met de hoogste algehele evaluatie van een reeks keuzecriteria te selecteren.
 - o Niet- compenserende beslisregels, waarbij onaanvaardbare mogelijkheden worden geëlimineerd.
 - o Een combinatie van compenserende beslisregels en niet-compenserende beslisregels, waarbij eerst de onaanvaardbare opties worden geëlimineerd en daarna een afweging wordt gemaakt tussen de overgebleven verschillende opties.
- Het maken van een holistische vergelijking.

Enkele Nederlandse keuzehulpen-anticonceptie zijn reeds beschikbaar. Deze staan, inclusief de manier van waarde-verduidelijking, in bijlage 5.

Andere kwaliteitscriteria waar een keuzehulp volgens de IPDAS Collaboration aan dient te voldoen zijn als volgt:

- Het presenteren van kansen (Treventa et al., 2012).
- Het gebruik van patiënt verhalen (Bekker et al., 2012).
- Het coachen en begeleiden (Stacey et al., 2012).
- Het openbaar maken van belangenverstrengeling (Barry et al., 2012).
- Het beschikbaar stellen van de keuzehulp via internet (Hoffman et al., 2012)
- Een gebalanceerde presentatie van de verschillende opties (Stalmeier et al., 2012).
- Het gebruik van duidelijke taal, rekening houdend met de (gezondheids-)geletterdheid van de populatie (McCaffery et al., 2012)
- Het baseren van informatie op volledig, kritisch geëvalueerd en actueel bewijs (Montori et al., 2012)
- Het vaststellen van de effectiviteit (Sepucha et al., 2012).

Een uitgebreidere toelichting op deze kwaliteitscriteria staat in bijlage 6.

De inhoud, het patroon en leveringsmethode van de keuzehulp hangt af van de aard van de beslissing, de behoefte van de gebruikers, de haalbaarheid en de doelen van de keuzehulp (Stacey et al., 2014).

Effecten keuzehulpen (anticonceptie)

Een review naar de effecten van keuzehulpen in het algemeen laat zien dat keuzehulpen het besluitvormingsproces kunnen verbeteren (Stacey et al., 2014). De kennis van patiënten over de verschillende opties wordt vergroot. Patiënten hebben betere verwachtingen van mogelijke voor- en nadelen, voelen zich beter geïnformeerd, minder onzeker en weten beter wat voor hen het meest belangrijk is. Het besluitvormingsproces wordt tevens verbeterd doordat er een betere afstemming tussen deze persoonlijke waarden en keuzes blijkt te zijn. De keuzehulpen zorgen voor een betere communicatie tussen arts en patiënt en patiënten blijken meer in het besluitvormingsproces te participeren (Stacey et al., 2014).

Met betrekking tot anticonceptie lijken dezelfde effecten te bestaan (French, Cowan, Wellings & Dowie, 2013; French et al., 2009). In enkele van de observationele onderzoeken die door French et al. (2009) worden genoemd is de effectiviteit echter onderzocht van keuzehulpen die gebruikt worden in samenwerking met de arts (Kim, Davila, Tellez & Kols, 2007; Kim et al., 2005; Chin-Quee, Jaonwitz & Otterness, 2007). Onderzoek dat zich richtte op een online keuzehulp voor de patiënt alleen toont inderdaad wel dat het gebruiken van de keuzehulp zorgt voor grotere kennis en een groter vertrouwen in de anticonceptiekeuze (Chewning et al., 1999). Dit onderzoek laat tevens zien dat er minder ongewenste zwangerschappen ontstaan bij gebruik van keuzehulpen. Het onderzoek is echter uitgevoerd in Amerika, en het is de vraag of hetzelfde effect kan plaatsvinden in Nederland waar het aantal ongewenste zwangerschappen veel lager ligt (Picavet, 2012).

Keuzehulpen die in Nederland zijn ontwikkeld zijn nog niet geëvalueerd (Coulter et al., 2012). De werking van deze keuzehulpen in het Nederlandse zorgsysteem is dus nog onbekend. Het belang van dergelijke keuzehulpen lijkt, in het bijzonder met betrekking tot het richten op gedeelde besluitvorming, in Nederland wel steeds meer erkend (Van der Weijden & Sanders-Van Lennep, 2012; Van Veenendaal et al., 2013).

Ontwikkeling keuzehulp-anticonceptie voor vrouwelijke studenten

De manier waarop een keuzehulp met betrekking tot anticonceptie er specifiek voor studenten uit moet komen te zien is onbekend, net als de specifieke factoren op basis waarvan studenten een keuze voor een anticonceptiemethode maken en de waarde die zij hier aan toekennen. De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal staat is daarom als volgt:

Wat is de huidige situatie omtrent factoren die een rol spelen bij een (veranderde) keuze voor een anticonceptiemethode onder vrouwelijke studenten en hoe kan de begeleiding omtrent deze keuze door middel van een online keuzehulp het beste ingericht worden?

De deelvragen die hieruit voortvloeien zijn als volgt:

- *Welke factoren spelen een rol bij de keuze voor een anticonceptiemethode?*
- *Welke waarde wordt toegekend aan personen en andere informatiebronnen die een rol spelen bij de keuze voor een anticonceptiemethode?*
- *Welke behoefte bestaat er voor studenten rond de advisering/begeleiding van de huisarts rondom de (verandering van) keuze voor een anticonceptiemethode en in hoeverre kan een online keuzehulp hieraan bijdragen?*
- *Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden met betrekking tot de opbouw van een keuzehulp voor anticonceptie voor vrouwelijke studenten?*
- *Welke aanbevelingen kunnen gedaan worden met betrekking tot de inhoud van een keuzehulp voor anticonceptie voor vrouwelijke studenten?*
- *Hoe kun je er achter komen welke voorkeuren studenten hebben ten aanzien van de vorm van de keuzehulp?*

Methode

Studieopzet

Het onderzoek bij Bureau Studentenartsen werd gestart op 3 maart en duurde tot 31 mei. Om het doel van het onderzoek te kunnen verwezenlijken, is gebruik gemaakt van meerdere databronnen. Informatie is verkregen door middel van literatuuronderzoek en documentanalyse (Maso, 1989). Tevens is contact gezocht met deskundigen op het gebied van keuzehulp-ontwikkeling. Daarnaast heeft kwalitatief onderzoek plaatsgevonden door middel van semigestructureerde individuele vraaggesprekken.

Literatuuronderzoek en documentanalyse

Literatuuronderzoek heeft voornamelijk plaatsgevonden in Pubmed en Google Scholar. In Pubmed zijn verschillende MeSH termen gebruikt, namelijk 'contraception', 'contraception behavior', 'choice behavior', 'influencing factors' en 'decision making' voor de besluitvorming rondom anticonceptie. Voor studenten zijn de termen 'student' en 'young adult' gebruikt. Voor de keuzehulpen zijn de termen 'decision support techniques' en 'decision support systems' gebruikt.

In Google Scholar zijn dezelfde zoektermen als in Pubmed gebruikt. Aanvullend literatuuronderzoek werd daarnaast gedaan door gebruik te maken van de Nederlandse zoektermen 'anticonceptie', 'anticonceptiekeuze', 'kenmerken anticonceptie', 'studenten', 'jongvolwassenen', 'beïnvloedende factoren', 'keuzehulp(en)' en 'beslisbo(o)m(en)'.

Naast wetenschappelijke literatuur is tevens gezocht naar relevante documenten rondom keuzehulp-ontwikkeling (voor anticonceptie) door deskundigen te e-mailen en door op Google gebruik te maken van de zoektermen 'keuzehulp', 'anticonceptie', 'ontwikkeling' en 'handleiding'.

Bevraging deskundigen

Om de deskundigen op het gebied van keuzehulp-ontwikkeling te bereiken is een e-mail gestuurd naar de makers van Nederlandse keuzehulpen. Met dr. T. Drenthen is een gesprek gevoerd over de ontwikkeling van de keuzehulp van kiesbeter.nl. Verder zijn via de e-mail vragen gesteld over de ontwikkeling van de keuzehulp van anticonceptievoorjou.nl aan mevrouw M. De Neef. Van beide keuzehulpen zijn documenten rondom de keuzehulp-ontwikkeling verkregen en bekeken (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009; Rutgers WPF, 2011; Van Veenendaal et al., 2013). Daarnaast zijn relevante documenten aangereikt door prof. dr. D. Timmermans, een specialist op het gebied van keuzehulp-ontwikkeling (Volk, Llewellyn-Thomas, Stacey & Elwyn, 2013).

Vraaggesprekken

Werving en samenstelling studiepopulatie

Voor de vraaggesprekken zijn per e-mail vrouwelijke studenten benaderd die in een eerder onderzoek van Bureau Studentenartsen hebben aangegeven bereid te zijn tot een gesprek over anticonceptie (Collard et al., 2013). De e-mail is verzonden naar 55 studentes. De eerste keer nadat

de e-mail verstuurd is, is een afspraak gemaakt met alle studentes die hebben gereageerd. De uitnodiging tot deelname aan het onderzoek werd na enkele weken herhaald. Hierbij is doelgericht gezocht naar studentes wiens opleidingsniveau en studierichting zo veel mogelijk verschilde van de studenten waarmee reeds een vraaggesprek gevoerd was, om zo breed mogelijk te kunnen oriënteren. Daarnaast is er bewust voor gekozen om een student te bevragen die aangaf net een keuze rondom anticonceptie te hebben gemaakt.

Voorbereiding en uitvoering dataverzameling

Nadat de respondenten hebben ingestemd met het maken van een afspraak voor het vraaggesprek hebben zij een e-mail ontvangen met uitgebreidere informatie over de onderzoeker, het doel van het onderzoek en de opzet van het vraaggesprek. Deze informatiebrief staat in bijlage 7. Aan het begin van het vraaggesprek is gevraagd of de studenten een informed consent verklaring wilden ondertekenen, waarmee zij aangaven voldoende informatie te hebben ontvangen en waarmee zij er mee instemden dat de gegevens worden gebruikt voor het onderzoek (bijlage 8).

Gedurende de vraaggesprekken is gebruik gemaakt van een lijst met aandachtspunten. Er zijn voornamelijk open en niet-suggestieve vragen gesteld en er is zoveel mogelijk doorgevraagd. De lijst met aandachtspunten en expliciete voorbeelden om door te vragen per deelonderwerp staat in bijlage 9. De lijst is opgesteld door middel van literatuuronderzoek en de bestudering van de opzet van eerdere onderzoeken. In de loop van het onderzoek is de lijst aangevuld met relevante onderwerpen die in eerdere vraaggesprekken naar voren kwamen.

Respondenten zijn niet alleen bevraagd, maar hebben in aanwezigheid van de onderzoeker ook ieder vijf online keuzehulpen-anticonceptie ingevuld. Deze zijn te zien in tabel 7. Een verantwoording van de keuzehulpen die zijn bevraagd staat in bijlage 10. Bij deze keuze is rekening gehouden met de manieren waarop de keuzehulpen een vrouw naar de best passende anticonceptiemethode leiden. De manieren waarop de keuzehulpen dit doen, inclusief de waarde-verklarende methode volgens de indeling van de IPDAS Collaboration, staan tevens weergegeven in tabel 7 (Pignone et al., 2012).

Tabel 7

Keuzehulpen meegenomen in vraaggesprekken, inclusief manier ondersteuning in keuze en waarde-verklarende methode

Keuzehulp	Ondersteuning in keuze, waarde-verklarende methode
http://www.anticonceptievoorjou.nl/site/	Stellingen Compenserende beslisregels
http://anticonceptiekompas.nl/	Vragen Niet-compenserende beslisregels, versmallen opties
http://www.anticonceptiemethoden.nl/test.htm	Vragen Niet compenserende beslisregels, versmallen opties
www.anticonceptie.nl	Overzicht opties en kenmerken Opties gedurende proces gegenereerd
http://www.fpa.org.uk/contraception-help/my-contraception-tool	Overzicht kenmerken Holistische vergelijking, combinatie niet-compenserende en compenserende beslisregels

Door middel van de hardop-denkmethode zijn de keuzehulpen besproken (Ericsson & Simon, 1993). Gedurende het invullen is gevraagd of de studenten alles wilden zeggen wat zij dachten en vonden rondom onder andere de indeling, vragen, antwoorden en lay-out van de keuzehulp. Tevens is gevraagd naar de overwegingen die zij maakten bij het invullen van de vragen.

Op het moment van de vraaggesprekken met de studenten waren geen andere personen aanwezig. De vraaggesprekken zijn afgenomen op de hogeschool, bij Bureau Studentenartsen en bij een respondent thuis. De vraaggesprekken duurden ongeveer een uur en twintig minuten tot twee uur. Aan de respondenten werd toestemming gevraagd voor het opnemen van het gesprek. De vraaggesprekken zijn opgenomen met een dictafoon en letterlijk getranscribeerd. Deze transcripten dienen als data, bij de transcriptie zijn namen en persoonlijke informatie verwijderd.

Analyse

De transcripten van de vraaggesprekken zijn gebruikt voor de kwalitatieve analyse. De transcripten zijn eerst grondig gelezen en vervolgens zijn zij gefragmenteerd en geanalyseerd. Om subjectiviteit te verminderen en de validiteit te vergroten is een stap gezet richting interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Baarda, De Goede & Teunissen, 2009). Dit is gedaan door een medestudente, onafhankelijk van de onderzoekster, tevens een transcript te laten lezen, fragmenteren en analyseren. De werkwijzen zijn vervolgens naast elkaar gelegd. Er heeft uitgebreid overleg en discussie plaatsgevonden, totdat overeenstemming werd bereikt.

De analyse bestond uit een aantal stappen (Boeije, 2005). Allereerst zijn inhoudsrelevante fragmenten geïdentificeerd. Hierbij werd gestreefd naar zo klein mogelijke fragmenten, welke een logische eenheid vormden. Aan deze fragmenten is vervolgens een typering gegeven, welke bestond uit meerdere termen, zo dicht mogelijk bij de tekst. Verschillende typeringen samen hebben geleid tot een koepelterm. Hierbij is een iets hoger abstractieniveau gebruikt waar het fragment over gaat, de koepelterm geeft in enkele woorden de inhoud van het geïdentificeerde fragment weer. Verschillende koepeltermen hebben geleid tot een clustering, welke hebben geleid tot de superclusters 'anticonceptiekeuze' en 'keuzehulpen'. Door middel van bovenstaande analyse is een codeboom gevormd, welke de fragmenten, typeringen, koepeltermen, clusters en superclusters inzichtelijk maakt. De codeboom is gemaakt met behulp van Word SmartArt. Deze codeboom staat in bijlage 11.

Tevens is per respondent een samenvatting gemaakt van de manier van besluitvorming rondom anticonceptie en de prettigste keuzehulp(en), om uitspraken te kunnen doen over de (eventuele) relatie tussen de beslisstijl en 'beste' keuzehulp. Aan de hand van de samenvatting zijn de studenten ingedeeld in een of meerdere van de beslisstijlen. Om subjectiviteit te verminderen is de indeling in een van deze beslisstijlen tevens onafhankelijk van de onderzoekster door een medestudente gedaan. Overleg en discussie heeft plaatsgevonden, totdat overeenstemming werd bereikt.

Resultaten

Bevraging deskundigen en documentanalyse ontwikkeling keuzehulp

Meneer T. Drenten en mevrouw M. De Neef zijn vragen gesteld over respectievelijk de ontwikkeling van de keuzehulp-anticonceptie op kiesbeter.nl en de keuzehulp-anticonceptie op anticonceptievoorjou.nl. Een uitgebreid overzicht van de bevindingen hiervan staat in bijlage 12. De belangrijkste bevindingen uit deze gesprekken en uit de relevante documenten rondom keuzehulp-ontwikkeling welke van hen en van mevrouw D. Timmermans verkregen zijn, zijn als volgt (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009; Rutgers WPF, 2011; Van Veenendaal et al., 2013; Volk, Llewellyn-Thomas, Stacey & Elwyn, 2013):

- Formuleer een doel en doelgroep voor de keuzehulp.
- Ontwikkel de keuzehulp in samenspraak met patiënten en professionals (artsen, beleidsmakers, mensen met verstand van gedeelde besluitvorming).
- Identificeer de informatiebehoeften van de doelgroep (door literatuuronderzoek, vraaggesprekken, observaties, vragenlijsten of focusgroepen).
- Ontwikkel de keuzehulp, rekening houdend met de behoeften van de doelgroep en de technische mogelijkheden van de website.
- Let op de gelaagdheid van de informatie. Sommige mensen willen steekwoorden, andere willen meer. Zo moet de informatie ook opgebouwd. Begin met eenvoudige informatie puntsgewijs en laat mensen doorlezen voor meer.
- Presenteer de (inhoud van de) keuzehulp op een manier waarop de doelgroep het begrijpt.
- Baseer de inhoud op volledige en betrouwbare informatie. Houd de informatie actueel, pas deze aan nieuwe cijfers en richtlijnen.
- Stel iemand verantwoordelijk voor de keuzehulp.
- Houd rekening met de documenten van de IPDAS Collaboration (Volk, Llewellyn-Thomas, Stacey & Elwyn, 2013). Deze kwaliteitscriteria waaraan een keuzehulp dient te voldoen zijn eerder kort genoemd in de theorie en zijn uitgebreid te vinden in bijlage 6.

Karakteristieken respondenten vraaggesprekken

Er hebben gedurende het onderzoek acht gesprekken met vrouwelijke studenten plaatsgevonden. Dit waren zes wo-studenten en twee hbo-studenten in de leeftijd van 21 tot 25 jaar. De studenten gebruikten verschillende anticonceptiemethoden, namelijk het hormoonspiraal, de anticonceptiepil, de Nuvaring, de prikpil of het Implanon. De studenten hadden allemaal (eerder) gebruik gemaakt van de anticonceptiepil. Tevens werd het condoom door een aantal studenten genoemd als gebruikte anticonceptiemethode. Een overzicht van de belangrijkste persoonskenmerken met betrekking tot dit onderzoek staat in tabel 8.

Tabel 8
Gegevens respondenten

Respondent	Leeftijd	Opleidings-niveau	Relatie, relatieduur	Huidige anticonceptiemethode, leeftijd bij starten	Eerdere anticonceptiemethode(n), leeftijd bij starten
1	23	wo	Ja, 2 jaar Deels samenwonend	Nuvaring, 18 jaar	Condoom Anticonceptiepil, 18 jaar
2	24	wo	Nee	Hormoonspiraal, 22 jaar	Anticonceptiepil, 15 jaar
3	25	wo	Ja, half jaar	Hormoonspiraal, 23 jaar	Anticonceptiepil, 13 jaar Condoom, 23 jaar
4	21	wo	Ja, 1 jaar	Anticonceptiepil, 15 jaar	Condoom
5	23	wo	Ja, 3 jaar	Hormoonspiraal, 21 jaar	Anticonceptiepil, 15 jaar Nuvaring, 21 jaar
6	21	hbo	Nee	Anticonceptiepil, 16 jaar	Condoom
7	23	hbo	Ja, 2,5 jaar Samenwonend	Prikpil, 18 jaar	Anticonceptiepil, 15 jaar Condoom, 22 jaar
8	23	wo	Nee	Implanon, 23 jaar	Anticonceptiepil, 15 jaar Condoom

Vijf van de acht studenten had op het moment van het vraaggesprek een relatie, variërend van een half jaar tot drie jaar. Twee van hen woonde (gedeeltelijk) samen met haar vriend. De studenten gaven allen aan alleen de Nederlandse nationaliteit te bezitten. Eén van de studentes was Joods, een andere studente is Katholiek opgevoed. De rest was niet gelovig. De studenten woonden, op twee studenten na, allemaal (in de nabije omgeving van) Amsterdam, waar zij studeren aan de Hogeschool van Amsterdam, Universiteit van Amsterdam of Vrije Universiteit.

Analyse vraaggesprekken

Binnen de data zijn twee superclusters te onderscheiden: anticonceptiekeuze en keuzehulpen. De volgende categorieën vormen clustertermen: anticonceptiemethoden, keuzemoment, verantwoordelijkheid anticonceptiekeuze, personen en informatiebronnen anticonceptiekeuze, gebruik keuzehulp, oordeel opbouw keuzehulpen, oordeel inhoud keuzehulpen, oordeel uitstraling keuzehulpen.

Anticonceptiemethoden

De bevraagde studentes zijn allen ooit begonnen met de anticonceptiepil, al dan niet na eerder gebruik van het condoom als anticonceptiemethode. De reden hiervoor was niet altijd alleen de bescherming tegen zwangerschap.

“Niet perse omdat ik een vriendje had of voor de seks ofzo maar meer gewoon voor m’n ongesteldheid om dat te kunnen regelen.” (Respondent 4, anticonceptiepil)

Rondom de menstruatie werd tevens genoemd dat zij niet meer zo vaak en heftig ongesteld wilden zijn. De positieve effecten op acne, gezichtsbeharig en migraine werden tevens als redenen genoemd.

Drie studenten wilden geen anticonceptiepil meer gebruiken uit angst om deze te vergeten. Bijwerkingen, mogelijke risico's voor de gezondheid of niet meer zoveel hormonen willen, waren andere genoemde redenen om met de anticonceptiepil te stoppen. Door alle studenten werd dan gezocht naar een methode waar minder vaak aan gedachte hoefde te worden. De mate van vruchtbaarheid na het stoppen met de methode was voor vier van de studenten ook een belangrijke overweging.

“Dat was ook een van de eisen die ik had. Dat je als je er mee stopt dat je dan vlak erna wel een normale vruchtbaarheid had.” (Respondent 8, Implanon)

Vaak wilden de studenten een methode met zo min mogelijk hormonen. Deze keuze was soms lastig, vanwege de zowel positieve als negatieve effecten van hormonen. Een uitgebreid overzicht van de overwegingen rondom hormonen en andere kenmerken van anticonceptiemethoden staat in bijlage 13. Een uiteenzetting van de overwegingen rondom de verschillende anticonceptiemethoden staat in bijlage 14.

Ideale anticonceptiemethode

Een ideale methode diende betrouwbaar te zijn, gemakkelijk te gebruiken en niet te zorgen voor bijwerkingen. Alle studenten gaven allen het niet erg te vinden om naar de huisarts/apotheek te moeten om de anticonceptiemethode te verkrijgen. Gezien de veiligheid werd dit door twee studenten als zeer belangrijk aangemerkt. De helft van de studenten wilde het liefst nooit meer menstrueren. Niet iedereen had deze wens.

“Het lijkt me aan de ene kant heel fijn want ik vind ongesteld zijn echt verschrikkelijk. Maar ik vind het toch wel fijn een soort van check.” (Respondent 4, anticonceptiepil)

Keuzemoment

Eerste anticonceptiemethode en wijzigen anticonceptiemethode

De studenten kozen allen eerst voor de anticonceptiepil. De anticonceptiepil was de meest gebruikte en gehoorde methode en er werd geen informatie over andere methoden gezocht. Daarnaast werd volledig op de dokter vertrouwd. Studenten gaven aan dat zij, nu ze ouder zijn en meer ervaring hebben, zich bewuster zijn geworden van de invloed van anticonceptie op hun lichaam en de mogelijke consequenties.

“Ja toen was het wel echt een betere keuze. Een meer overwogen keuze. Dat je nou ook meer bezig bent met wat nou goed voor je is. En op je 16^e was het gewoon hormonen door je lijfje, nouja allemaal dat soort dingen.” (Respondent 8, Implanon)

Situationele factoren

Verschillende factoren maakten het lastig om iedere dag aan de anticonceptiepil te denken: een nacht doorhalen, ergens anders slapen, chaotische leefstijl en een druk leven. Het heen en weer reizen naar ouders werd ook genoemd, net als dat sommige studenten op reis gaan (studeren in het buitenland). Rondom de menstruatie werd genoemd dat het soms fijn is om de menstruatie te kunnen plannen.

"[...] je ongesteldheid zegmaar plant op basis van je tentamens zegmaar. Of als je een deadline moet halen of weet ik veel naar een feestje gaat. Dan heb je misschien niet zoveel zin om ongesteld te zijn." (Respondent 3, hormoonspiraal)

Tevredenheid anticonceptiekeuze

Alle studenten gaven aan tevreden te zijn met hun huidige anticonceptiemethode, uiteenlopend van heel tevreden tot redelijk tevreden. Door iedere student, op één na, werd echter een 'maar' genoemd. Redenen hiervoor waren bijwerkingen, of het niet geheel (meer) voldoen aan de verwachtingen.

"Alleen ja, negentig, tenminste dat zei m'n huisarts hoor maar negentig procent zou zegmaar niet meer ongesteld worden. Maar dat word ik dan nog wel maar ook echt heel onregelmatig en dat vind ik wel eens irritant. Maar voordereest werkt het echt prima, dus." (Respondent 2, hormoonspiraal)

Verantwoordelijkheid anticonceptiekeuze

Delen anticonceptiekeuze

Alle studenten zeiden dat de anticonceptiekeuze voelde als hun eigen verantwoordelijkheid. De partner had veelal geen inspraak in de keuze, al gaven enkele studenten aan dat de partner wel enige invloed had doordat de partner bijvoorbeeld geen condooms wilde. Drie studenten zeiden dat zij niet dachten dat hun partner er veel van wist. Door drie studenten werd hardop nagedacht over het betrekken van de partner in de (toekomstige) keuze met het oog op toekomstige kinderen.

"Misschien komen er ooit kindjes en ik denk wel dat hij daar dan inspraak in mag hebben. Als ik nu misschien een andere keuze moet gaan maken, dan mag hij daar wel over meedenken. Ja, zeker." (Respondent 7, prikpil)

Belang anticonceptiekeuze

De anticonceptiekeuze werd als belangrijk gezien, om de redenen dat je lichaam belangrijk is, dat je niet voor de keuze abortus wilt staan en dat een verkeerde keuze verstreckende gevolgen kan hebben.

"Het gaat over zorg, het gaat over gezondheid. Anticonceptie is in dermate belangrijk dat het verstreckende gevolgen kan hebben als het niet goed gaat. Als je de verkeerde keuze maakt dat het ook wel effect kan hebben op hoe je op dat moment leeft. Dus, dat als je heel veel bijwerkingen krijgt, dat je dat niet wist voor je begon. [...] Ik vind dat daar best wel even serieus over gedacht kan worden." (Respondent 8, Implanon)

Personen en informatiebronnen anticonceptiekeuze

Vriendinnen en moeder

Een van de deelvragen van het onderzoek betrof de waarde die wordt toegekend aan verschillende personen of informatiebronnen bij de anticonceptiekeuze. Drie studenten hebben gekozen voor een methode die hun moeder ook (heeft) gebruikt. Hun moeder werd ook geraadpleegd voor advies bij het vergeten van een pil of negatieve berichten in de media. Tevens kwam naar voren dat vriendinnen een belangrijke rol spelen bij de anticonceptiekeuze, voornamelijk door hun ervaringen.

Internet en media

Internet werd ook aangegeven als informatiebron, al werd wel getwijfeld aan de betrouwbaarheid. Drie studenten noemden dat op internet vooral enge/negatieve verhalen staan. Veelal werd meer waarde gehecht aan informatie van de huisarts of vriendinnen.

De studenten vertelden dat zij niet bewust op zoek gingen naar negatieve verhalen in de media, maar wel meer wilden weten wanneer het hun eigen anticonceptiemethode betrof. Eén studente gebruikte een anticonceptiemethode die negatief in het nieuws kwam.

“Dit jaar is Yasmin nog op het nieuws geweest volgens mij dat het gevaarlijk kon zijn, dus toen ben ik er wel even over na gaan denken moet ik een andere nemen. Maar dat was ook niet heel duidelijk allemaal. [...] Een vriendinnetje van mij die studeert ook bij de VU hier, VU mc en die zei het valt allemaal wel mee. [...] Maar toen ben ik er wel een beetje bewust van geworden van is het wel een goede pil. Maar het werkte bij mij gewoon prima.” (Respondent 4, anticonceptiepil)

Huisarts

Over het algemeen hadden de studenten vertrouwen in de huisarts. Ondanks dat informatie van vriendinnen belangrijk werd geacht, werd genoemd dat de arts een beter zicht heeft op (het lichaam van) iemand persoonlijk en dat de arts meer weet.

“Ook al heb ik dan zogenaamde ervaringsverhalen van mensen om me heen zoals m’n vriendinnetjes en m’n moeder en uhm m’n zusje en dergelijke. Dan nog is de arts eigenlijk degene die daartoe opgeleid is en m’n moeder kan wel zeggen dat het geen pijn doet maar dat is subjectief [...] Maar uiteindelijk gaat het om mij en mijn lichaam is anders dan die van hen.” (Respondent 3, hormoonspiraal)

Een aantal studenten had een negatieve ervaring bij de huisarts, wat inhield dat de anticonceptiemethode niet goed geplaatst was of zij niet waren ingelicht over bijwerkingen. De meeste studenten waren echter positief: de huisarts legde alles met aandacht en rust uit, luisterde goed, dacht mee, gaf waarschuwingen en keek naar de persoonlijke situatie.

Een overzicht van de informatie die de studenten verwachten bij de huisarts staat in bijlage 15. De verwachtingen rondom hulp van de huisarts bij de anticonceptiekeuze liepen uiteen van het samen maken van de beslissing tot het verzoek van een methode, waarbij voornamelijk medische informatie en bevestiging werd verwacht.

Gebruik keuzehulp

Gebruiken keuzehulp

De studenten gaven allen aan niet bekend te zijn met online keuzehulpen, met uitzondering van één studente. Studenten hadden keuzehulpen nooit gezien of gebruikt. Twee studenten hadden nooit verder gekeken omdat zij tevreden waren over hun huidige anticonceptiemethode. De studente die wel gebruik gemaakt had van keuzehulpen vond deze flauw en gericht op jonge mensen.

In geen enkel geval werd genoemd dat de keuzehulp definitief de keuze zou kunnen bepalen.

“Ik geloof niet dat je hierop je definitieve keuze zou baseren. [...] Ja dan zou ik toch inderdaad even kijken uh, via internet of iets dergelijks.” (Respondent 5, hormoonspiraal)

Mogelijkheden keuzehulpen

Nadat de studenten keuzehulpen ingevuld hadden, werden keuzehulpen bestempeld als handig, bijvoorbeeld omdat je meer informatie kunt verkrijgen over verschillende methoden. Dit kan helpen bij het huisartsenbezoek.

“Ja het helpt wel. Je kunt meer meedenken met de huisarts. Je hebt minder nieuwe informatie, je hebt er meer zelf over kunnen opzoeken en je kunt het meer gebruiken om samen te verifiëren of te kijken of de conclusie klopt. Dus dat is wel prettig.” (Respondent 1, Nuvaring)

Daarnaast werd aangegeven dat een keuzehulp ervoor kan zorgen dat je een selectie kunt maken om vervolgens meer informatie te verzamelen. Ook noemde een aantal studenten dat keuzehulpen vooral kunnen helpen bij het laten zien van de verschillende factoren die kunnen meespelen bij de keuze.

Oordeel opbouw keuzehulpen

Inzichtelijkheid keuzehulp

Een aantal studenten gaf aan graag de mogelijkheid te willen om op informatie te klikken die zij voor hen van toepassing vonden. Daarnaast bestond er de behoefte aan overzicht binnen de keuzehulp. Wanneer inzicht gegeven werd in hoe de afweging gemaakt werd, waar keuzes toe leidden en wat er afgestreept wordt, werd dit positief beoordeeld.

Anticonceptie-advies

Wanneer studenten hun ideeën gaven rondom het presenteren van het anticonceptie-advies van de keuzehulp, kwam naar voren dat alle studenten behoefte hadden aan meer opties, waarbij inzichtelijk wordt gemaakt in hoeverre opties bij jou passen.

“Niet gewoon dit is het beste maar dat ze wel opties geven. Uhm. Wat ik zelf fijn vind [...] dat je een aantal, zegmaar alle opties krijgt en dat je dan ziet van dit is het beste, en dat je dan kan zien waarom.” (Respondent 6, anticonceptiepil)

Oordeel inhoud keuzehulpen

Volledigheid vragen

Meer uitleg en informatie over de vragen is goed, omdat dit zorgt dat je vragen beter kunt beantwoorden. In bijlage 16 staan meerdere ideeën met betrekking tot de vragen van de keuzehulp, evenals nieuwe ideeën over de antwoordmogelijkheden, opbouw en presentatie van de keuzehulp.

Volledigheid antwoorden

Een keuzehulp waarbij aangegeven kon worden of een stelling wel of helemaal niet belangrijk was, werd verschillend beoordeeld. Twee studenten vonden dit duidelijk. Vijf studenten gaven echter aan dat zij het te zwart wit vonden en dat zij liever een optie ertussenin wilden kiezen. Ook wanneer er geen mogelijkheid was tot het geven van meerdere antwoorden werd dit lastig gevonden. Uiteindelijk beoordeelden deze studenten daardoor ook de uitslag minder betrouwbaar.

“Als je heel erg zwart wit [...] Dan sluit je dingen heel vaak tussendoor al uit. Terwijl het niet noodzakelijkerwijs zo hoeft te zijn, dat je volledig voor of volledig tegen bent.” (Respondent 8, Implanon)

Volledigheid informatie

Wanneer er veel tekst stond gedurende de keuzehulpen werd dit vaak niet (helemaal) gelezen, eerder gescand op belangrijke stukken. De studenten vonden dat een keuzehulp ingewikkelder en langer moet zijn, zodat echt alle factoren die zij belangrijk vinden meegenomen worden.

“Ik denk wel ingewikkelder in elk geval dan die eerste paar keuzehulpen. Die waren echt heel, die waren te simpel. Dan heb je niet het idee van nou die hebben alle factoren meegenomen die ik belangrijk vind.” (Respondent 1, Nuvaring)

Informatievoorziening

Aan het einde van de keuzehulp (bij het advies) of in de loop van de keuzehulp bestond er voor alle studenten de behoefte aan serieuze, feitelijke en uitgebreide informatie.

In bijlage 17 is een overzicht te vinden van de ervaringen en verwachtingen rondom de inhoud en gegeven informatie van de keuzehulpen. Met name de informatie over vruchtbaarheid en seksueel overdraagbare aandoeningen/condoomgebruik werd als positief ervaren, hoewel dit laatste door de meeste studenten wel als logisch en bekend werd gezien.

“Ook heel belangrijk dat er inderdaad wordt neergezet dat anticonceptiemiddelen niet tegen soa's beschermen. Ik kan me niet voorstellen dat mensen dat denken maar oké. Het is zeker wel heel goed dat het wordt gezegd.” (Respondent 3, hormoonspiraal)

Oordeel uitstraling keuzehulpen

Lay-out

Studenten gaven aan dat de keuzehulpen overzichtelijker gemaakt konden worden, bijvoorbeeld door kleuren, lettertype, opmaak, grootte van letters en gebruik van koppen. Plaatjes over hoe de anticonceptiemethode er uit ziet en waar deze zich precies in het lichaam bevindt werden door twee studenten positief beoordeeld.

Beoordeling betrouwbaarheid keuzehulp

De lay-out zorgde ervoor dat keuzehulpen die er serieus en professioneel uitzagen, ook betrouwbaarder en serieuzer beoordeeld werden. Een aantal studenten gaf aan dat zij erop letten of de keuzehulp op een website van een betrouwbare organisatie stond of dat er betrouwbare bronnen waren. Twijfel aan betrouwbaarheid ontstond voornamelijk doordat studenten vonden dat bij de keuze meerdere factoren belangrijk waren.

“Dan twijfel ik er misschien wel een beetje aan of deze wel echt heel betrouwbaar is omdat ie het op zo weinig vragen baseert.” (Respondent 2, hormoonspiraal)

Positieve keuzehulpen

Gedurende de vraaggesprekken kwamen vier keuzehulpen naar voren die door studenten positief beoordeeld zijn: anticonceptievoorjou.nl, anticonceptiekompas.nl, anticonceptie.nl en the my contraceptive tool. Anticonceptiekompas.nl werd te kort en beperkt bevonden om ondersteuning te bieden bij het maken van een keuze. Een van de deelvragen die centraal stond in dit onderzoek was hoe men erachter kan komen welke voorkeuren studenten hebben ten aanzien van de vorm van de keuzehulp. Het is mogelijk dat de beslisstijl van degene die de keuzehulp invult gerelateerd is aan de voor die persoon ‘beste’ keuzehulp. In tabel 9 is per respondent aangegeven wat haar beslisstijl(en) is/zijn en welke keuzehulp zij het beste vond, gebaseerd op de samenvattingen per respondent in bijlage 18. Er lijkt geen relatie te zijn tussen de beslisstijl en ‘beste’ keuzehulp.

Tabel 9
Beslisstijl en beste keuzehulp per respondent

Respondent	Beslisstijl	Beste keuzehulp(en)
1	Rationele stijl	Anticonceptie.nl, My contraceptive tool
2	Afhankelijke stijl	Anticonceptievoorjou.nl
3	Rationele stijl	Anticonceptie.nl, Anticonceptiekompas.nl
4	Afhankelijke stijl	My contraceptive tool
5	Afhankelijke/ rationele stijl	Anticonceptie.nl
6	Intuïtieve/ rationele stijl	Anticonceptiekompas.nl, My contraceptive tool
7	Vermijdende stijl	Anticonceptie.nl, My contraceptive tool
8	Afhankelijke/ rationele stijl	Anticonceptie.nl, My contraceptive tool

Discussie

In dit onderzoek is door middel van literatuuronderzoek, relevante documenten rondom keuzehulp-ontwikkeling, gesprekken met deskundigen en vraaggelassen met vrouwelijke studenten getracht inzicht te krijgen in de elementen waaraan een goede keuzehulp-anticonceptie voor vrouwelijke studenten zou moeten voldoen.

Belangrijke bevindingen en vergelijking literatuur

Veelal waren studenten niet bekend met keuzehulpen, maar zagen zij wel mogelijkheden om de keuzehulp te gebruiken om meer informatie te krijgen over verschillende methoden, waardoor zij zich gericht konden voorbereiden op het huisartsconsult. Dit komt overeen met het beoogde effect van keuzehulpen (Stacey et al., 2014). Uit onderzoek in België naar de effectiviteit van het anticonceptieconsult blijkt dat een voorbereide patiënt de kwaliteit van het anticonceptieconsult kan verbeteren (Peremans, 2010).

Uit de resultaten kwam daarnaast naar voren dat studenten niet dachten dat de definitieve keuze door middel van de keuzehulp gemaakt kon worden. Een huisarts zou verdere ondersteuning kunnen bieden door bevestiging te geven en onzekerheden weg te nemen. Studenten zagen in de huisarts een belangrijke persoon rondom de informatievoorziening, overeenkomstig met eerder onderzoek bij vrouwelijke studenten (Collard et al., 2013). Keuzehulpen worden over het algemeen ook gebruikt om traditionele proces van patiënt-begeleiding door de arts aan te vullen, niet om deze te vervangen (Barry, 2002; Stacey et al., 2014). Het lijkt daarom niet verstandig om de keuzehulp het anticonceptieconsult bij de huisarts te laten vervangen. Een betere optie is om een online keuzehulp het anticonceptieconsult te laten aanvullen (door een gerichtere voorbereiding)

Met name betrouwbaarheid, gebruiksgemak, bijwerkingen, de hoeveelheid hormonen, de invloed op de menstruatie en de invloed op de vruchtbaarheid bleken belangrijke factoren te zijn waarop de anticonceptiekeuze gebaseerd werd, overeenkomstig met eerdere onderzoeken (Collard et al, 2013; Picavet et al., 2011; Picavet, 2012; Wyatt, 2014). Gedurende de keuzehulp zal hier aandacht aan geschonken dienen te worden. Specifiek voor studenten kwam naar voren dat er bij de keuze rekening gehouden werd met factoren zoals het kunnen plannen van de menstruatie rondom feestjes/ tentamens, het sneller vergeten van de anticonceptiepil door een onregelmatig, druk of onvoorspelbaar leven en het reizen (studeren in het buitenland).

Eerder onderzoek van Meijman et al. (1983) en Collard et al. (2013) laat zien dat onder studenten veelal sprake is van een uitgestelde kinderwens. Huidig onderzoek rondom keuzehulpen heeft zich hier niet op gericht, maar de (gevolgen van) uitgestelde kinderwens zouden onderdeel kunnen zijn van de keuzehulp. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat vele vrouwen niet bekend zijn met de effecten van een uitgestelde kinderwens op de vruchtbaarheid (Gossett, Nayak, Bhatt, & Bailey, 2013). Zwangerschappen op latere leeftijd zijn minder succesvol en er zitten meer risico's aan verbonden, zowel voor de moeder als voor het kind (Beets, 2007).

Gedurende de vraaggelassen gaven de studenten niet allen de voorkeur aan één keuzehulp. Volgens de IPDAS Collaboration bestaat er ook geen 'beste' methode waarop de keuzehulp zou

moeten helpen bij het verduidelijken en uiteenzetten van waarden (Pignone et al., 2012). Er kwamen vier keuzehulpen naar voren die door studenten positief beoordeeld werden, namelijk anticonceptievoorjou.nl, anticonceptiekompas.nl, anticonceptie.nl en [the my contraceptive tool](http://the-my-contraceptive-tool.nl). Hoewel niet onderzocht door middel van een betrouwbare en valide vragenlijst zoals de 'General Decision Making Style (GDMS) scale' van Scott en Bruce (1995), lijkt er geen relatie te zijn tussen de beslisstijl en de 'beste' keuzehulp.

De vier geschikte keuzehulpen kunnen (na aanpassingen aan de doelgroep studenten) op de website van Bureau Studentenartsen geplaatst. Daarbij kan gedacht worden aan een soort keuzehulp/vraag om deze persoon de 'beste' keuzehulp aan te bieden. Aan de hand van de beslisstijl lijkt dus niet gezegd te kunnen worden welke het meest geschikt is. Verder onderzoek is nodig om te weten of de meest geschikte keuzehulp wellicht samenhangt andere factoren zoals bijvoorbeeld studierichting, zodat hierop een advies voor de keuzehulp gemaakt kan worden. Wanneer dit niet het geval is, kan gedacht worden aan een vraag waarbij gekeken wordt naar de manier waarop de keuzehulp werkt, dus door middel van vragen, stellingen of een hele lijst factoren.

Sterke punten en beperkingen onderzoek

Er is nog niet eerder kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder studenten met betrekking tot de ervaringen en verwachtingen van online keuzehulpen voor anticonceptie. Dit onderzoek is een eerste inzicht op dat gebied. Een ander sterk punt van het onderzoek betrof dat studentes met verschillende achtergronden en verschillende anticonceptiemethoden zijn bevestigd, wat heeft gezorgd voor meerdere inzichten. Het gebruik van keuzehulpen om andere overwegingen rondom anticonceptiekeuze naar boven te halen blijkt een positieve manier om studenten uit te lokken hun mening rondom bepaalde overwegingen of methoden uit te spreken.

Er zijn enkele beperkingen van dit onderzoek waarmee rekening gehouden dient te worden. Ten eerste kan de werving van de respondenten gezorgd hebben voor selectiebias. Studenten die in eerder onderzoek hebben aangegeven bereid te zijn tot een gesprek, zijn benaderd. Het is mogelijk dat voornamelijk studenten die geïnteresseerd zijn of problemen hebben gehad rondom het onderwerp anticonceptie(keuze) hebben gereageerd. Het doel van kwalitatief onderzoek is echter niet om een representatieve populatie te bevragen, maar om zoveel mogelijk inzichten te verkrijgen. Ten tweede zijn huisartsen niet betrokken gedurende het onderzoek. Voornamelijk over de inhoud zouden huisartsen aanbevelingen kunnen geven. Het betrekken van de huisartsen is dan ook een volgende stap in de keuzehulp-ontwikkeling. Ten derde zijn de beslisstijlen van de studenten niet onderzocht aan de hand van een valide vragenlijst.

Aanbevelingen ontwikkeling keuzehulp-anticonceptie

Rondom de keuzehulp-ontwikkeling kunnen verscheidene aanbevelingen gedaan worden. Ten eerste is het belangrijk om de organisatie, doelgroep en het doel van de keuzehulp te verduidelijken. In dit geval zijn dit respectievelijk Bureau Studentenartsen / Huisartsen Oude Turfmarkt, vrouwelijke studenten en het bieden van ondersteuning bij de keuze voor een anticonceptiemethode.

Wanneer de vier geschikte keuzehulpen op de website van Bureau Studentenartsen komen te staan, dienen zij dus allen aangepast te worden aan studenten. Aanbevelingen kunnen gedaan worden met betrekking tot zowel de opbouw als de inhoud van de keuzehulpen. Hieronder zijn de aanbevelingen rondom de opbouw verdeeld in vier delen: structuur keuzehulp, anticonceptie-advies, leveren informatie keuzehulp en lay-out.

Structuur keuzehulp

- Meerdere factoren meenemen, geen simpele en korte test maar een langere en ingewikkelde test.
- Volledigheid in vragen: volledige informatie over de vraag geven zodat deze goed beantwoord kan worden.
- Volledigheid in antwoorden: mogelijkheid bieden tot aangeven van een middenweg (tussen niet zo belangrijk en heel belangrijk) en mogelijkheid tot aangeven 'maakt mij niet uit'.
- Mogelijkheid bieden tot het geven van meerdere antwoorden.
- Door middel van een balkje kunnen aangeven hoe ver men in de test is.
- Gedurende de test niet te veel uitleg geven. Kort en bondig aangeven wat er gedaan moet worden, geen grote stukken tekst.
- Het gebruiken van koppen om overzicht te creëren.

Anticonceptie-advies

- Meerdere opties aanbieden.
- Inzicht geven over in hoeverre deze methoden bij iemand passen.
- Direct uitgebreide informatie over de verschillende methoden leveren.
- Mogelijkheid geven tot verkrijgen van advies via de e-mail.

Leveren van informatie

- Letten op de gelaagdheid van de informatie. Sommige mensen willen steekwoorden, andere willen meer. Zo moet de informatie ook opgebouwd worden. Beginnen met eenvoudige informatie puntsgewijs en laat studentes voor meer informatie doorlezen.
- Leveren informatie op een manier waarop studenten het begrijpen, rekening houdend met de gezondheidsgelletterdheid.
- Gedurende de test altijd mogelijkheid bieden om informatie over de verschillende methoden te bekijken.
- Niet alleen informatie leveren over de anticonceptiemethoden maar ook over thema's hieromheen: vruchtbaarheid, seksueel overdraagbare aandoeningen, acne, pijnlijke menstruatie (zie ook inhoud).
- Informatie actueel houden en bron van de informatie aangeven.

Lay-out keuzehulp

- Creëren van overzicht door middel van kleuren, lettertype en grootte en opmaak.
- Niet te veel (verschillende) kleuren. Strakke, serieuze, volwassen en professionele lay-out.
- Plaatsjes over hoe de anticonceptiemethode er uit ziet en waar deze zich precies in het lichaam bevindt includeren.

Inhoud keuzehulp

- Informatie baseren op NHG richtlijnen.
- Informatie presenteren op een complete, onpartijdige en neutrale manier, niet sturend.
- De genoemde informatie uit tabel 10 includeren.

Tabel 10

Aanbevelingen inhoud keuzehulp

Categorie	Informatie
Werking	- Precieze werking
Gebruiksgemak	- Hoe vaak je iets moet doen/ hoe vaak er mee bezig zijn - Wat je moet doen. - Hoe je er mee om moet gaan, wat je wel en niet mag doen. - Wat te doen tijdens geslachtsgemeenschap - Of je het voelt/ziet zitten - Gevolgen voor libido
Voordelen	- Voordelen, inclusief waarschijnlijkheid
Invloed anticonceptie	- Invloed op menstruatie (zie hieronder) - Acne - Seksueel overdraagbare aandoeningen - Migraine
Invloed op menstruatie	- Invloed op menstruatiecyclus - Mogelijkheid verschuiven menstruatie - Invloed op buikpijn
Bijwerkingen	- Bijwerkingen en mogelijke schade, inclusief ernst en waarschijnlijkheid - Redenen om anticonceptie niet te mogen gebruiken.
Verkrijgen	- Kosten anticonceptiemethode - Vergoeding anticonceptiemethode - Procedure rondom het inbrengen anticonceptie - Gevoel bij het plaatsen - Zelf inbrengen of naar de arts - Verkrijgen/mee kunnen nemen anticonceptie op reis
Bestanddelen	- De bestanddelen van de anticonceptiemethode - Hoeveelheid hormonen en invloed hormonen
Vruchtbaarheid	- Gevolgen vruchtbaarheid na stoppen methode - Gevolgen vruchtbaarheid na lang gebruiken anticonceptie - Gevolgen vruchtbaarheid bij op latere leeftijd kinderen.
Betrouwbaarheid	- Bescherming, hoe veilig (bij juist gebruik) - Onder welke omstandigheden niet betrouwbaar - Wanneer je kunt weten dat het niet betrouwbaar is, wanneer het niet goed zit - Het juiste moment om te wisselen van anticonceptiemethode

Praktische en wetenschappelijke aanbevelingen

Met betrekking tot de ontwikkeling van een online keuzehulp dienen de volgende stappen ondernomen te worden:

1. Iemand verantwoordelijk stellen voor de keuzehulp.
2. Opzetten van een stuurgroep, waarin zowel studenten als professionals (iemand met verstand van gedeelde besluitvorming, huisarts (en), iemand die volledig op de hoogte is van de richtlijnen, websitemaker) betrokken zijn.
3. Websitemaker gaat aan de slag met het programma van eisen, waarbij de randvoorwaarden voor de anticonceptie-keuzehulp gegeven worden. Deze aanbevelingen/ randvoorwaarden staan hierboven genoemd.
4. Het vooraf controleren en indien nodig aanpassen van de keuzehulp door terugkoppeling te vragen van de huisartsen over de inhoud van de keuzehulp.
5. Terugkoppeling door vrouwelijke studenten door middel van interviews, focusgroepen of observaties. De keuzehulp kan zo onder andere getest worden op informatievoorziening, bruikbaarheid en acceptatie. Eventueel kan de keuzehulp aangepast worden en opnieuw voorgelegd worden aan huisartsen en later wederom aan vrouwelijke studenten.
6. Het plaatsen van de keuzehulp op de website van Bureau Studentenartsen.
7. Evalueren van het proces rondom de ontwikkeling van de keuzehulpen, voor de eventuele ontwikkeling van andere keuzehulpen.

Wanneer de keuzehulp op de website van Bureau Studentenartsen geplaatst is, is het interessant om het effect en de ervaringen met de keuzehulpen te meten (Sepucha et al., 2013). Voorafgaand zou moeten worden onderzocht wat hiervoor de beste manier is en welke uitkomstmaten het meest interessant zijn. Gedacht kan worden aan een beoordelingsformulier op de website.

Met betrekking tot de factoren die de anticonceptiekeuze beïnvloeden lijkt een getalsmatige evaluatie interessant. Met dit huidige onderzoek valt niet in aantallen en percentages te zeggen welke factoren voor vrouwelijke studenten de anticonceptiekeuze (het meest) beïnvloeden. Door middel van een vragenlijst zou dit kunnen worden onderzocht. Daarbij kunnen tevens correlaties tussen de keuze voor een bepaald anticonceptiemiddel en factoren als leeftijd, studierichting, sociaal economische status en gezondheidsstatus worden onderzocht.

Conclusie

Eenvoud en aantrekkelijkheid van een keuzehulp-anticonceptie lijken voor vrouwelijke studenten minder belangrijk dan de breedte en de diepte van het keuzeproces. Voor de doelgroep studentes is het belangrijk om meerdere keuzestappen, opties en overwegingen te leveren en uitgebreide informatie te geven in een keuzehulp.

Een keuzehulp dient dus niet simpel te zijn en daarnaast dient een keuzehulp-anticonceptie niet enkelvoudig in zijn uitgangspunten te zijn. Niet alleen informatie over de anticonceptie, maar ook informatie over andere factoren hieromheen, zoals seksueel overdraagbare aandoeningen, vruchtbaarheid en thema's zoals acne en pijnlijke menstruatie, dienen meegenomen te worden.

Een online keuzehulp-anticonceptie op de website van Bureau Studentenartsen kan het anticonceptieconsult van de huisarts niet vervangen, maar kan wel zorgen voor een gerichtere voorbereiding. De begeleiding omtrent anticonceptie kan op deze manier verbeterd worden en de keuze voor een anticonceptiemethode vergemakkelijkt. Uiteindelijk kan zo de patiënttevredenheid en autonomie worden verhoogd.

Literatuurlijst

- Ali, M.M., Amialchuk, A. & Dwyer D.S. (2011) Social network effects in contraceptive behavior among adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 32, 563-571.
- Baarda, D.B., De Goede & M.P.M., Teunissen, J. (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*, tweede geheel herziende druk. Groningen/Houten: Noordoff Uitgevers.
- Bakker, F., De Graaf, H., De Haas, S., Kedde, H., Kruijer, H. & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Rutgers Nisso Groep.
- Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2007). *Seksuele gezondheid in Nederland 2006*. Rutgers Nisso Groep. Delft: Eburon Uitgeverij.
- Barry, M.J. (2002). Health decision aids to facilitate shared decision making in office practice. *Annals of internal medicine*, 136, 127-135.
- Barry, M., Braddock, C., Chan, E., Moulton, B., Sah, S. & Simmons, M. (2012). Disclosing conflicts of interest. In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). *2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document*. Chapter G.
- Beerthuizen, R.J.C.M. (2003). *Anticonceptie op maat* (tweede editie). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Beets, G. (2007). Twee kinderen als norm: Nederlandse gezinnen kiezen vaker voor de lusten van kinderen dan voor de lasten. *Over bevolking* 3, 27-35.
- Bekker, H.L., Winterbottom, A., Butow, P., Dillard, A., Feldman-Stewart, D., Fowler, J., Jibaja-Weiss, M., Shaffer, V. & Volk, R. (2012). Using personal stories. In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). *2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document*. Chapter E.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Chambers, K. B. & Rew, L. (2003). Safer sexual decision making in adolescent women: perspectives from the conflict theory of decision-making. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 129–143.
- Chewning, B., Mosena, P., Wilson, D., Erdman, H., Potthoff, S., Murphy, A. & Kuhnene, K.K. (1999). Evaluation of a computerized contraceptive decision aid for adolescent patients. *Patient education counseling*, 38, 227–239.
- Chin-Quee D.S., Jaonwitz B & Otterness C. (2007). Counseling tools alone do not improve method of continuation: further evidence from the decision-making tool for family planning clients and providers in Nicaragua. *Contraception*, 76, 377–382.
- Collard, P., Van der Heijde, C. M., Vonk, P., & Meijman, F.J. (2013). To be or not to become a mother: the female student's paradox. *Studentgezondheidszorg Bureau Studentenartsen*. Universiteit van Amsterdam.

Coulter, A., Kryworuchko, J., Mullen, P., Ng, C.J., Stilwell, D. & Van der Weijden, T. (2012). Using a systematic development process. In Volk R. & Llewellyn-Thomas H (editors). 2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document. Chapter A.

De Graaf, H., Kruijer, H., Van Acker, H. & Meijer, S. (2012). Seks onder je 25^e. Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012. Rutgers WPF en Soa Aids Nederland.

De Neef, M. & Van Dijk, L. (2010). Achtergronden van inadequaat anticonceptiegebruik bij jongeren. Rutgers Nisso groep.

Ericsson, K.A. & H.A. Simon (1993). Protocol Analysis: Verbal reports as Data. Revised Edition. Cambridge, MA The MIT press.

Feldman- Steward, D., O'Brien, M.A., Clayman, M., Davison, J., Jimbo, M., Labrecque, M., Martin, R.W. & Shepherd, H. (2012). Providing information about options. In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). 2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document. Chapter B.

Free, C., Ogden, J., & Lee, R. (2005). Young women's contraception use as a contextual and dynamic behaviour: A qualitative study. *Psychology and Health*, 20 (5), 673-690.

French, R.S., Cowan, F.M., Wellings, K. & Dowie, J. (2013). The development of a multi-criteria decision analysis aid to help with contraceptive choices: my contraception tool. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 1-6.

French, R.S., Wellings, K. & Cowan, F.M. (2009). How we can help people to choose a method of contraception? The case for contraception decision aids. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 35, 219–220.

Gossett, D. R., Nayak, S., Bhatt, S., & Bailey, S. C. 2013. What do healthy women know about the consequences of delayed childbearing? *Journal of Health Communication*, 18(1), 118-128.

Halpern-Felsher, B.L. (2009). Adolescent decision making: an overview. *The prevention researcher*, 16(2), 3-7.

Halpern-Felsher, B.L. (2001). Costs and benefits of a decision; Decision-making competence in adolescents and adults. *Journal of Applied Development*, 22(3), 257- 273.

Hoffman, A., Volk, R., Harter, M., Li, L., Llewellyn-Thomas, H., Saarimaki, A. & Stirling, C. (2012). Delivering decision aids on the internet. In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). 2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document. Chapter H.

Inspectie voor de Volksgezondheid. (2013). Jaarrapportage 2011 van de Wet afbreking zwangerschap.

Jacobs, J. (2004) Perceptions of risk and social judgments: biases and motivational factors. In R.J. Bonnie & M.E. O'Connell (Eds.), *Reducing underage drinking: a collective responsibility* (pp. 417-436). Washington, DC: The National Academies Press.

Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision-making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.

Ketting, E. (2000). The effect of oral contraception on society. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 144, 283-286.

Ketting, E. & Visser, A.P. (1994). Contraception in the Netherlands; the low abortion rate explained. *Patient education and counselling*, 23, 161-171.

Kim, Y.M., Davila, C., Tellez, C. & Kols, A. (2007). Evaluation of the World Health Organization's family planning decision-making tool: improving health communication in Nicaragua. *Patient education counseling*, 66, 235-242.

Kim, Y.M., Kols, A., Martin, A., David, S., Rinehart, W., Prammawat, S., Johnson, S. & Church, K. (2005). Promoting informed choice: evaluation a decision-making tool for family planning clients and providers in Mexico. *International family planning perspective*, 31, 162-171.

Kruijer, H. & Wijzen, C. (2009). *Landelijke abortus registratie 2010*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Lopez-del Burgo, C., Mikolajczyk, R. T., Osorio, A., Carlos, S., Errasti, T., & De Irala, J. (2012). Knowledge and beliefs about mechanism of action of birth control methods among European women. *Contraception*, 85, 69-77.

Maso, I. (1987). *Kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.

McCaffery, K., Sheridan, S., Nutbeam, D., Clayman, M., Kelly- Blake, K., Rovner, M., Smith, S. & Wolf, M. (2012) Addressing health literacy. In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). *2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document*. Chapter J.

Meijman, F.J., Nemere, S., Van der Waal, J., & Ketting, E. (1983). Anticonceptie en Kinderwens: Een oriënterend onderzoek naar een paradoxaal verschijnsel. *Huisarts en Wetenschap*, 26, 172- 180.

Montori, V., Leblanc, A., Buchholz, A., Stilwell, D. & Tsapas, A. (2012). Basing information on comprehensive, critically appraised, and up-to-date syntheses of the scientific evidence. In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). *2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document*. Chapter K.

Nederlands Huisartsen Genootschap. (2014). Anticonceptie. Beschikbaar via <http://www.thuisarts.nl/anticonceptie>. Geraadpleegd op 7 maart 2014.

NHG standaard anticonceptie. (2011). Beschikbaar via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-anticonceptie>. Geraadpleegd op 7 maart 2014.

Peremans, L., Rethans, J.J., Verhoeven, V., Coenen, S., Debaene, L., Meulemans, H., Denekens, J. & Van Royen, P. (2010). Empowering patients or general practitioner? A randomised clinical trial to improve quality in reproductive care. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 15(4), 280- 289.

Peyman, N. & Oakley, D. (2009). Effective contraceptive use: An exploration of theory-based influences. *Health Education Research*, 24, 575-585.

Picavet & Van der Vlugt. (2011). Feiten en achtergronden over anticonceptie in Nederland. Rutgers WPF.

Picavet, C., Van der Leest, L. & Wijsen, C. (2011). Contraceptive decision-making. Background and outcomes of contraceptive methods. Utrecht: Rutgers WPF.

Picavet, C. (2012). Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. *Tijdschrift voor seksuologie*, 36-2, 121-128.

Pignone, M., Fagerlin, A., Abhyankar, P., Col, N., Feldman- Stewart, D., Gavuruzzi, T., Kryworuchko, J., Levin, C.A., Pieterse, A., Reyna, V., Scherer, L., Stiggelbout, A., Wills, C. & Witteman, H. (2012). Clarifying and expressing values. In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). 2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document. Chapter D.

Rutgers WPF (2011). Anticonceptievoorjou.nl laat meiden bewust kiezen [Persbericht]. Beschikbaar via <http://www.rutgerswpf.nl/press-release/anticonceptievoorjounl-laait-meiden-bewust-kiezen>. Geraadpleegd op: 31 maart 2014

Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1995). Decision-making style: The development and assessment of a new measure. *Educational and Psychological Measurement*, 55(5), 818-831.

Sensoa. (2011). Feiten en cijfers: jongeren en seksualiteit. 1-7.

Sepucha, K., Thomson, R., Borkhoff, C.M., Lally, J., Levin, C.A., Matlock, D.D., Ng, C.J. Ropka, M., Stacey, D., Joseph-Williams, N. & Wills, C.E. (2012). In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). 2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document. Chapter L.

Stacey, D., Belkora, J., Clay, K., Davison, J., Durand, M.A., Eden, B., Hoffman, A., Koerner, M., Kryworuchko, J., Legare, F., Loiselle, M.C. & Street, R. (2012). Guiding/coaching in deliberation and communication. In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). 2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document. Chapter F.

Stacey, D., Légaré, F., Col, N.F., Bennett, C.L., Barry, M.J., Eden, K.B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., Trevena, L. & Wu, J.H.C. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 , Issue 1.

Stalmeier, P., Volk, R.J., Abhyankar, P., Blumenthal-Barby, J., Bravo, P., Buchholz, A., Col, N., Ozanne, E. & Vidal, D.C. (2012). Balancing the presentation of information and options. In Volk R. & Llewellyn-

Thomas, H. (editors). 2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document. Chapter I.

Trevena, L., Zikmund-Fisher, B., Edwards, A., Gaissmaier, W., Galesic, M., Han, P., King, J., Lawson, M., Linder, S., Lipkus, I., Ozanne, E., Peters, E., Timmermans, D. & Woloshin, S. (2012). Presenting probabilities. In Volk R. & Llewellyn-Thomas, H. (editors). 2012 Update of the International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration's Background Document. Chapter C.

Van Dalen, L., van Lunsen, R., & Rademakers, J. (2004). Anticonceptie en seksuele gezondheid. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & P. Weijnenborg (Ed.), Seksuologie (pp. 247-261). Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.

Van der Heijde, C. M., Vonk, P., & Meijman, F.J. (in voorbereiding). Stoplichten: Studentengezondheidstest UvA en HvA studenten 2013/2014. Amsterdam: Bureau Studentenartsen/UvA.

Van der Weijden, T. & Sanders-van Lennep, A. (2012). Keuzehulpen voor de patiënt. Huisarts Wet, 55(11), 516-521.

Van der Wilk, E.A., Harbers, M.M. & Bakker, F. (2009). Seksueel gedrag: zijn er verschillen tussen Nederland en andere landen? In: Volksgezondheid Toekomst verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Website RIVM. Beschikbaar via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/seksueel-gedrag/verschillen-internationaal/>. Geraadpleegd op 20 maart 2014.

Van Lunsen, L., Arnolds, H.T. & Van Maris, M.G.M. (1994). Choices and changes in contraceptive behaviour: the role of information sources. Patient Education and Counseling, 23, 197-202.

Van Lunsen, R., & Wijsen, C. (2009). De preventie van ongewenste zwangerschap: Randvoorwaarden voor effectief anticonceptiegebruik. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck, & Ph. Weijnenborg (red.), Seksuologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Veenendaal, H., Stalmeier P., Van den Broek, I., Baas-Thijssen, M., Drenthen, T., Hilders C., & Otten, W. (2013). Kwaliteit in zorg, 3, 4-6.

Verkleij, K., Van der Heijde, C. M., Vonk, P., & Meijman, F.J. (2013). Anticonceptie en kinderwens bij studenten in het tertiaire onderwijs. Studentgezondheidszorg Bureau Studentenartsen. Universiteit van Amsterdam.

Volk, R., Llewellyn-Thomas, H., Stacey, D. & Elwyn, G. (2013). The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration's Quality Dimensions: Theoretical Rationales, Current Evidence, and Emerging Issues. BMC Medical Informatics and Decision Making, 13(2).

Website persona.info.nl. Beschikbaar via: <http://www.persona.info.nl/> Geraadpleegd op 19 maart 2014.

Wijsen, C., van Lee, L. & Koolstra, H. (2005). Abortus in Nederland 2001-2005. RNG-studies nr.11. Eburon: Delft.

Wyatt, K., Anderson, R.T. Creedon, D., Montori, V.M., Bachman, J. & Erwin, P. (2014). Women's values in contraceptive choice: a systematic review of relevant attributes included in decision aids. BMC Women's Health, 14, 28

Bijlage 1: Reflectie

Drie maanden terug ben ik begonnen met deze stage bij Bureau Studentenartsen. Wat voordat de stage begon klonk als een redelijk lange periode, is voorbij gevlogen. Ik heb enorm veel geleerd en ik kan met een tevreden gevoel terugkijken op de afgelopen tijd.

Ik vond het leuk om alle fases van het doen van een wetenschappelijk onderzoek nu een keer helemaal te doorlopen. Waar het tijdens de opleiding vaak alleen bleef bij het schrijven van een onderzoeksvoorstel, heb ik nu eindelijk een keer een heel onderzoek zelfstandig mogen uitvoeren. Frans, Peter en Claudia, hartelijk dank voor deze ondersteuning hierbij. Ik heb veel gehad aan jullie kritische blikken, verhelderende inzichten en nieuwe ideeën. Dankzij jullie kon ik steeds weer een stapje vooruit.

Het bevragen van de studenten vond ik erg leuk. Ik vond het voornamelijk bemoedigend om te merken dat de studenten zich vrij voelden om persoonlijke informatie te delen. Meiden, ontzettend bedankt dat jullie uitgebreid de tijd hebben genomen om mij meer inzicht te geven in jullie gedachten en overwegingen. Dit waardeer ik enorm. En ook voor de deskundigen: bedankt dat jullie de moeite hebben genomen om mij weer wat wijzer te maken op het gebied van keuzehulp-ontwikkeling.

Het analyseren van de resultaten was een klein feestje. Waar het transcriberen veel tijd in beslag nam en na een tijdje best vermoeiend werd, was het leuk om te merken hoeveel informatie je uiteindelijk uit de transcripten kunt halen. Het schrijven van de resultaten vond ik leuk, al heb ik minimaal de helft van het stageverslag weer moeten verwijderen om binnen het toegestaan aantal woorden te blijven. Het kunnen onderscheiden van hoofd- en bijzaken is een van de leerdoelen die ik in ieder geval heb nagestreefd gedurende deze stageperiode en ik hoop en denk dat het onderzoeksverslag hier uiteindelijk alleen maar beter van geworden is!

Al ben ik blij en trots met het eindresultaat, ik heb ook mindere momenten gehad. De stage en voornamelijk het doel van de stage is een aantal keer gewijzigd en er is nogal wat onduidelijkheid geweest over de opzet van het onderzoek, wat er ook voor heeft gezorgd dat ik me ook onzeker heb gevoeld tijdens de stage. Ik ben er achter gekomen dat het ook goed is om het los te laten en om de avonden en de weekenden voor jezelf te nemen. Al is dat me bij deze stage niet altijd gelukt, ik neem het wel mee voor de volgende keer.

Ingrid, Pascal en Danuta, jullie hebben het allemaal nog leuker gemaakt! Wat heb ik genoten van de kopjes thee met jullie, het samen eten van heerlijke cupcakes en de gezellige en bemoedigende gesprekken. Ik zal jullie aanwezigheid missen, we zijn een goed team! De sfeer bij Bureau Studentenartsen is ook altijd goed geweest, met alle inspirerende en hulpvaardige mensen die er rondlopen. Bedankt dat ik altijd met vragen bij jullie terecht kon.

Tot slot: lieve Simon, Bo, mama, papa, Mitchel en Mel, heel erg bedankt voor alle hulp rondom het verbeteren van mijn stageverslag en de knuffels en lieve woorden wanneer ik die nodig had.

Bijlage 2: Nederlands anticonceptiegebruik in vergelijking met andere landen

In Nederland worden in vergelijking met andere landen minder fouten gemaakt in het gebruik van anticonceptie en worden in vaker betrouwbare vormen van anticonceptie toegepast (Van Lunsen & Wijsen, 2009). Het gebruik van de anticonceptiepil is in Nederland ten opzicht van andere (Europese) landen hoog (Van der Wilk, Harbers, Bakker, 2009; Van Lunsen & Wijsen, 2009). De verschillen in anticonceptiegebruik komen vooral tot uiting wanneer men kijkt naar de abortuscijfers en het aantal ongewenste zwangerschappen (Ketting, 2000; Picavet, 2012). Het aantal abortussen in Nederland is in vergelijking met andere landen (zoals met name in vergelijking met Engeland, de Verenigde Staten, Zweden en enkele Oost-Europese landen) laag, met een gemiddelde van ongeveer 8,8 abortussen per 1000 vrouwen ieder jaar (Inspectie voor de Volksgezondheid, 2011; Van Lee & Wijsen, 2009). In Engeland zijn dit gemiddeld 17,5 abortussen per 1000 vrouwen en in Zweden zelfs gemiddeld meer dan 20 abortussen per 1000 vrouwen (Inspectie voor de Volksgezondheid, 2011). Uit onderzoek naar de seksuele gezondheid van 3915 meisjes en vrouwen tussen de 12 en 25 jaar in Nederland blijkt dat 2% van de vrouwen van 18 tot 20 jaar in 2009 te maken heeft gehad met een ongeplande zwangerschap, tegenover 2,6 % van de vrouwen van 21 tot 24 jaar (Picavet, 2012). Van de 18 tot 20 jarige meisjes heeft 1,1% een abortus ondergaan. In de leeftijdsgroep van 21 tot 24 jaar is dit 0,5%.

In Nederland ontstaan ongewenste zwangerschappen in de meerderheid van de gevallen niet door het achterwege laten van anticonceptieve maatregelen, maar door het falen van het anticonceptiemiddel of door een gebruiksfout (Van Lunsen & Wijsen, 2009). Het beleid met betrekking tot seksualiteit in Nederland is gericht op het overbrengen van kennis en vaardigheden die jongeren nodig hebben om autonome en adequate beslissingen te nemen over hun seksuele gedrag, waarbij ook gelet wordt op de risico's van dit seksuele gedrag (Van Lunsen & Wijsen, 2009; Ketting & Visser, 1994). In Nederland is anticonceptie over het algemeen geaccepteerd, abortussen worden zoveel mogelijk voorkomen, er is veel educatie over seksualiteit en anticonceptie op scholen en in de media, er worden campagnes opgesteld en er worden laagdrempelige diensten opgezet (Van Lunsen, Arnolds & Van Maris, 1994). De effectiviteit van het anticonceptiegedrag in Nederland lijkt hoog doordat Nederlandse vrouwen goed geïnformeerd zijn over allerlei aspecten van anticonceptie (Van Lunsen et al., 1994; Van Lunsen & Wijsen, 2009). In bijvoorbeeld de Verenigde Staten is dit anders. In de Verenigde Staten is men erop gericht dat jongeren vooral geen geslachtsgemeenschap voor het huwelijk hebben. De abortuscijfers in de Verenigde Staten liggen vele malen hoger (rond de 20 abortussen per 1000 vrouwen per jaar), omdat deze jongeren wel op dezelfde leeftijd als Nederlandse jongeren seksueel actief worden maar hier slecht op voorbereid zijn (Van Lunsen & Wijsen, 2009).

Bijlage 3. Overzicht anticonceptiemethoden, inclusief werking en betrouwbaarheid, relatieve/absolute contra-indicaties, bijwerkingen en wensen patiënt.

Gebruikte bronnen: NHG standaard anticonceptie, 2011, Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014, de website anticonceptie.nl, tenzij anders aangegeven.

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
Combinatiepreparaten (gecombineerde orale anticonceptiepil, vaginale ring en anticonceptiepleister)	Hormonale anticonceptiva bevatten veelal een combinatie van oestrogenen en progestagenen. De progestagene component zorgt overwegend voor de anticonceptieve werking en de oestrogenen dienen voornamelijk voor cycluscontrole. De anticonceptieve werking bestaat uit: - Remming van de follikelrijping doordat FSH en LH worden onderdrukt. Hierdoor komt er geen eikel uit de eierstokken vrij. - Remming van de uitrijping van het baarmoederslijmvlies. Het baarmoederslijmvlies wordt hierdoor ongeschikt voor innesteling. - Beïnvloeding van het cervixslijm. Het slijm aan de ingang van de baarmoeder wordt hierdoor minder toegankelijk voor de bevruchte eikel. Combinatiepreparaten kunnen in de vorm van een combinatiepil, een vaginale ring en een pleister worden toegediend.	Combinatiepreparaten dienen te worden afgeraden bij vrouwen die een hart- en vaatziekte of trombose hebben gehad.	Bijwerkingen van de combinatiepreparaten zijn onder andere het risico op trombose, vooral in combinatie met roken (Beerhuizen, 2003). Andere bijwerkingen kunnen hoofdpijn, gewichtstoename, misselijkheid en depressieve gevoelens/ veranderlijke stemmingen zijn (Van Dalen, Van Lunsen & Rademakers, 2004).	Biedt geen bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Controle over menstruatie is mogelijk. Pijnklachten door menstruatie kunnen verminderd worden. Enkele merken kunnen een vette huid of puistjes verminderen.
- De anticonceptiepil	De combinatiepil heeft een grote betrouwbaarheid, bij juist gebruik is de kans op zwangerschap ongeveer 0,3 per 100 vrouwen per jaar. De pil dient ten minste gedurende drie weken routinematig op eenzelfde moment van de dag geslikt te worden, waarna een stopweek volgt waarin de pil voor een week niet geslikt	Zie hierboven bij combinatiepreparaten.	Zie hierboven bij combinatiepreparaten. De eerste maanden kan men tevens last hebben van gespannen borsten. Menstruaties worden	Zie hierboven bij combinatiepreparaten. Betrouwbaarheid hangt af van juist gebruik (gedurende 3 weken iedere dag aan denken).

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
	wordt en waarin de persoon menstrueert. Pillen worden ingedeeld op basis van het aantal fasen: de eenfasepil bevat een vaste dosis oestrogeen en progestageen, de tweefase- en driefasepil hebben wisselende doses. Pillen worden tevens ingedeeld in verschillende generaties op basis van het soort progestageen. De pillen van de tweedegeneratie worden het meest gebruikt.		meestal minder hevig (minder bloedverlies) en minder pijnlijk. Ernstige bijwerkingen: hogere kans op hart- en vaatziekten, die toeneemt wanneer men rookt en boven de 35 jaar is. Ook is er een iets grotere kans op trombose.	
- De anticonceptiering	De ring is ongeveer even betrouwbaar als de combinatiepil, bij juist gebruik is de kans op zwangerschap ongeveer 0,3 per 100 vrouwen per jaar. De kunststof ring kan zelf worden ingebracht. De ring dient drie weken te blijven zitten, waarna een ringvrije week volgt waarin de persoon menstrueert.	Zie hierboven bij combinatiepreparaten.	Zie hierboven onder combinatiepreparaten. De vaginale ring geeft soms jeuk en meer vaginale afscheiding Het risico op trombose bij gebruik van een vaginale ring komt waarschijnlijk overeen met die van de derdegeneratiepil, iets hoger dus dan de normaal voorgeschreven tweedegeneratiepil.	Zie hierboven bij combinatiepreparaten. Betrouwbaarheid hangt af van juist gebruik (twee keer in de vier weken de ring inbrengen of er uit halen). De vaginale ring is iets duurder vergeleken met de anticonceptiepil. Soms voelt men de ring tijdens de geslachtsgemeenschap. De ring kan dan gedurende 3 uur veilig verwijderd worden.
- De anticonceptiepleister	De pleister is ongeveer even betrouwbaar als de combinatiepil (bij niet obese vrouwen), bij juist gebruik is de kans op zwangerschap ongeveer	Zie hierboven bij combinatiepreparaten.	Zie hierboven bij combinatiepreparaten.	Zie hierboven bij combinatiepreparaten.

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
	0,3 per 100 vrouwen per jaar. De pleister dient gedurende drie weken eenmaal per week rond hetzelfde moment worden opgeplakt, waarna een pleistervrije week volgt waarin de persoon menstrueert. De pleister kan op de billen, romp, bovenarm of buik geplakt worden (Beerthuizen, 2003).		De pleister kan meer klachten geven van gespannen borsten en misselijkheid dan de anticonceptiepil. Het risico op trombose bij gebruik van een vaginale ring komt waarschijnlijk overeen met die van de derdegeneratiepil, iets hoger dus dan de normaal voorgeschreven tweedegeneratiepil.	Betrouwbaarheid hangt af van juist gebruik (twee keer in de vier weken de pleister opplakken of eruit halen). De anticonceptiepleister is iets duurder vergeleken met de anticonceptiepil.
<u>Methoden met alleen progestageen.</u> (Prikpil, minipil, implantatiestaafje en hormoonspiraaltje (zal worden besproken onder spiralen))	De anticonceptieve werking van de methoden met alleen progestageen berust ook op ovulatieremming en beïnvloeding van het cervixslijm en zorgt vaak voor het dunner worden van het baarmoederslijmvlies. Methoden met alleen progestageen kunnen in de vorm van de prikpil, de minipil, het implantatiestaafje en hormoonspiraaltje worden toegediend.	Methoden met alleen progestagenen dienen te worden afgeraden vrouwen die trombose hebben en vrouwen die last hebben van onverklaard vaginaal bloedverlies, progestageenafhankelijke tumoren (zoals een mammacarcinoom) en ernstige leverfunctiestoornissen.	Bij al deze methoden kan in het begin het bloedingspatroon wisselend en onvoorspelbaar zijn. Na enkele maanden neemt het bloedverlies vaak af en ontstaat soms het uitblijven van de menstruatie en soms het hebben van tussentijds bloedverlies. Middelen met alleen progestageen geven geen extra risico op trombose of op hart- en vaatziekten	Biedt geen bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Pijnklachten door menstruatie kunnen worden verminderd. Men kan geen invloed uitoefenen op de timing van de menstruatie.

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
- De prikpil	Bij juist gebruik van de prikpil is de kans op zwangerschap ongeveer even groot als bij gebruik van de combinatiepil, 0,3 per 100 vrouwen per jaar. De prikpil kan intramusculair en subcutaan worden toegediend, waarbij intramusculair de voorkeur heeft (subcutane toedieningsvorm geeft meer lokale huidreacties en is duurder). De intramusculaire prikpil moet iedere twaalf weken worden toegediend door de huisarts, in de bilspeer. De prikpil heeft geen stopweek.	Zie hierboven bij methoden met alleen progestageen.	Zie hierboven bij methoden met alleen progestageen. De prikpil kan tevens leiden tot gewichtstoename. Wanneer men stopt met de prikpil duurt het gemiddeld negen maanden voordat men weer vruchtbaar is. Wanneer iemand binnen twee jaar een kind zou willen is deze methode niet aan te raden.	Zie hierboven bij methoden met alleen progestageen. Eenmaal per twaalf weken dient men naar de huisarts te gaan voor de prik.
- Minipil	Deze pil met alleen progestageen is ongeveer even betrouwbaar als de combinatiepil, bij juist gebruik is de kans op zwangerschap ongeveer 0,3 per 100 vrouwen per jaar. De minipil wordt continu gebruikt en er is geen stopweek. De minipil dient iedere dag ongeveer op hetzelfde moment ingenomen te worden.	Zie hierboven bij methoden met alleen progestageen.	Zie hierboven bij methoden met alleen progestageen.	Zie hierboven bij methoden met alleen progestageen. De minipil is onder meer geschikt voor vrouwen die borstvoeding geven en vrouwen die in de overgang. Betrouwbaarheid hangt af van juist gebruik (iedere dag rond hetzelfde tijdstip slikken).
- Implantatiestaafje	Het implantatiestaafje heeft een hoge betrouwbaarheid, vergelijkbaar met die van de combinatiepil, bij juist gebruik is de kans op zwangerschap ongeveer 0,3 per 100 vrouwen per jaar.	Zie hierboven bij methoden met alleen progestageen.	Zie hierboven bij methoden met alleen progestageen. Veelvoorkomende andere bijwerkingen van het implantatiestaafje zijn acne,	Zie hierboven bij methoden met alleen progestageen. Men hoeft er niet continue aan te denken

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
	Het implantatiestaafje is veertig millimeter lang met een diameter van twee millimeter en wordt subcutaan ingebracht in de bovenarm. Het implantatiestaafje kan drie jaar blijven zitten, bij overgewicht (BMI > 25) twee jaar.		hoofdpijn en klachten aan de borsten. Het staafje blijft onder de huid voelbaar en verwijderen kan lastig zijn. Inbrengen kan soms ook problemen geven. Na verwijdering implantatiestaafje komen menstruaties na enkele weken weer op gang.	en betrouwbaarheid hangt niet af van juist gebruik.
<u>Spiralen (Intra-Uterine Devices(IUD))</u> (Hormoonspiraal en koperspiraal)	Het spiraaltje is een voorbehoedsmiddel dat in de baarmoeder geplaatst wordt en voor meerdere jaren bescherming kan bieden. Het spiraal wordt via de vagina door de arts in de baarmoeder geplaatst tijdens of net na de menstruatie en is direct werkzaam. Het spiraaltje bestaat in de vorm van een koperspiraaltje en een hormoonspiraaltje.	Spiraaltjes worden afgeraden bij vrouwen met onverklaard vaginaal bloedverlies, zwangerschap, soa of anatomische afwijkingen van de baarmoeder.	Men kan wat pijn krijgen in de onderbuik of wat bloedverlies. Na verwijdering is men snel weer vruchtbaar.	Men hoeft er niet continue aan te denken en betrouwbaarheid hangt niet af van juist gebruik. Geeft geen bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Bij de geslachtsgemeenschap merken de vrouw en de man beiden niks van het spiraal.
- Hormoonspiraal (Mirena)	Bij juist gebruik is de kans op zwangerschap ongeveer 0,1 tot 0,2 per 100 vrouwen per jaar Het hormoonspiraal biedt tot vijf jaar bescherming. Het hormoonspiraal geeft hormonen af welke zorgen voor het dunner	Zie hierboven bij spiralen. Het gebruik van een hormoonspiraal wordt afgeraden bij een (behandelend)	Zie hierboven bij spiralen. Vaak is het vaginale bloedverlies de eerste drie maanden na plaatsen van de hormoonspiraal	Zie hierboven bij spiralen. Pijnklachten door menstruatie kunnen verminderd worden.

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
	worden van het baarmoederslijmvlies. Door het dunner worden van het baarmoederslijmvlies wordt innesteling van de bevruchte eicel voorkomen en wordt de doorgang van het sperma naar de baarmoeder en eileiders geremd. Daarnaast wordt door het hormoon het slijmvlies van de baarmoedermond veranderd, waardoor dit ondoordringbaar voor spermacellen wordt.	mammacarcinoom of trombose.	onregelmatig. De menstruatie wordt vaak geleidelijk minder en zal soms uiteindelijk geheel uitblijven. Tussendoor bloeden is echter ook mogelijk. Bijwerkingen welke verder kunnen ontstaan zijn gespannen borsten, misselijkheid, hoofdpijn, acne, haaruitval en depressieve klachten.	
- Koperspiraal	Bij juist gebruik is de kans op zwangerschap ongeveer 0,1 tot 1 % per jaar. Het koperspiraal werkt tot tien jaar. Het koperspiraal is een stukje plastic in de vorm van een T of hoefijzer met een koperdraadje eromheen. Het koperspiraal bevat geen hormonen. De spiraal wordt door een arts via de vagina in de baarmoeder geplaatst en biedt ten minste vijf jaar bescherming door het geleidelijk afgeven van koper. Het slijm van de baarmoedermond wordt hierdoor minder toegankelijk voor zaadcellen en het baarmoederslijmvlies wordt minder geschikt voor innesteling van de bevruchte eicel. Daarnaast hebben de koperionen een remmend effect op de beweeglijkheid van de zaadcellen.	Zie hierboven bij spiralen. De koperspiraal wordt afgeraden bij hevige, langdurige of pijnlijke menstruatie.	Zie hierboven bij spiralen. De menstruatie wordt meestal wat heviger en langer. Tussen de menstruaties door kan ook bloedverlies ontstaan. Daarnaast geeft het koperspiraal vaak meer vaginale afscheiding.	Zie hierboven bij spiralen.
<u>Definitieve methoden</u>	Wanneer men zeker geen kinderen meer wilt, kan men zich laten steriliseren.			Biedt geen bescherming tegen seksueel

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
(sterilisatie man (vasectomie) en sterilisatie vrouw)	Zowel de man als de vrouw kan zich laten steriliseren. Sterilisatie is de meest blijvende oplossing om een zwangerschap te voorkomen.			overdraagbare aandoeningen. Definitief, men hoeft nooit meer aan anticonceptie te denken.
- Sterilisatie man (vasectomie)	Bij sterilisatie is de kans op zwangerschap ongeveer 0,1 per 100 sterilisaties. Bij een vasectomie worden de zaadleiters van de man onderbroken, waardoor er geen zaadspellen meer in het sperma terecht komen. Er is een klein risico op complicaties zoals infectie of nabloeding.		Na de vasectomie kan bij de man de eerste drie maanden nog vruchtbaar zaad vrijkomen.	Zie hierboven bij definitieve methoden.
- Sterilisatie vrouw	Na sterilisatie van de vrouw loopt de kans op een zwangerschap van 0,5 tot 2%. Bij een sterilisatie van de vrouw worden de eileiders afgesloten zodat de eicel niet bereikt en bevrucht kan worden door de zaadcellen.		Bij de vrouw is de ingreep lastiger dan bij de man.	Zie hierboven bij definitieve methoden.
<u>Barrièremethoden</u> (mannencondoom, vrouwencondoom, pessarium/diafragma)	Barrièremethoden zorgen ervoor dat het vruchtbare zaad van de man niet in de baarmoeder van de vrouw terecht kan komen.			Men dient er iedere keer voor de geslachtsgemeenschap aan te denken.
- Mannencondoom	Bij zorgvuldig gebruik is het condoom redelijk betrouwbaar, de kans op zwangerschap is 2 tot 5% per jaar. Het condoom is veelal gemaakt van latex en heeft aan de binnenzijde een zaaddodend middel. Het hoesje dient over de penis getrokken te worden om tijdens de		Wanneer men overgevoelig is voor rubber kan men irritatie en uitslag van de penis of vagina krijgen. Kies dan latex-vrije condooms. Men kan uitslag krijgen van zaaddodend middel dat op	Condooms hebben een lagere betrouwbaarheid door de kans op mechanische problemen zoals het scheuren en afglijden van het condoom.

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
	geslachtsgemeenschap het zaad op te vangen.		sommige condooms zit. Kies dan een ander merk condoom.	Zorgt tevens voor bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Condooms hebben een lagere betrouwbaarheid door de kans op mechanische problemen zoals het scheuren en afglijden van het condoom. Zorgt tevens voor bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Vrouwencondoom	Bij zorgvuldig gebruik is het condoom redelijk betrouwbaar, de kans op zwangerschap is 2 tot 5% per jaar. Het vrouwencondoom is iets minder betrouwbaar. Het vrouwencondoom is gemaakt van polyurethaan en heeft aan beide uiteindelijke een flexibele ring. Het condoom kan al voor de geslachtsgemeenschap worden ingebracht in de vagina en vangt tijdens de geslachtsgemeenschap het zaad van de man op.			Het pessarium dient op maat gemaakt te zijn en elk jaar te worden gecontroleerd. Biedt geen bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Pessarium/diafragma	Bij juist gebruik van het pessarium (met spermicide) is de kans op zwangerschap ongeveer 6 tot 26% per jaar. Het pessarium is een ring met een buigzaam vlies als opvulling, een soort rubberen kapje. Het (op maat gemaakt) pessarium dient voor geslachtsgemeenschap in de vagina ingebracht te worden en kan zo de baarmoeder afsluiten zodat er geen zaadcellen door kunnen. Voorafgaand aan het inbrengen wordt aan alle zijden een spermicide (zaaddodend middel) aangebracht. Het pessarium mag pas na acht uur na het vrijen verwijderd worden.			
Overige methoden	De betrouwbaarheid van deze methoden is laag en sterk afhankelijk van de zorgvuldigheid, motivatie en samenwerking tussen beide			Biedt geen bescherming tegen seksueel overdraagbare

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
	partners. Voorbeelden van overige methoden zijn de lactatieamenorroemethode en natuurlijke methoden zoals coïtus interruptus en periodieke onthouding.			aandoeningen.
- Periodieke onthouding	Een natuurlijke methode waarbij men geen geslachtsgemeenschap in de periode van zeven dagen voor tot een/twee dagen na ovulatie heeft.			
- Lactatieamenorroemethode	Borstvoeding als anticonceptie. Zolang men borstvoeding geeft en niet menstrueert, is de kans op zwangerschap 2%.			Wanneer men borstvoeding mindert of weer vaginaal bloedverlies heeft kan men weer vruchtbaar zijn.
- Coïtus interruptus (voor het zingen de kerk uit)	Een natuurlijke methode waarbij voor de zaadlozing de penis uit de vagina gehaald wordt. Dit is geen betrouwbare methode aangezien er voor het klaarkomen vaak al wat zaad vrijkomt.			
- Persona (Persona, 2014)	De Persona anticonceptiemethode bestaat uit een monitor en kleine urinestaafjes. Door het testen van hormonen in de urine kan men de dagen rondom de ovulatie bepalen. Op basis hiervan kunnen vrouwen weten wanneer ze wel en niet zonder voorbehoedsmiddelen geslachtsgemeenschap kunnen hebben. De persona geeft bij goed gebruik een kans op zwangerschap van 6%.			Zie hierboven bij natuurlijke methoden. Vaak gebruikt wanneer men liever over een tijdje zwanger wil worden, maar wanneer het niet erg is als dat nu gebeurt.
<u>Zwangerschap voorkomen bij onbeschermd geslachtsgemeenschap.</u> (morning-afterpil of spiraal)	Wanneer men onbeschermd geslachtsgemeenschap heeft gehad, of er is iets mis gegaan in het anticonceptiegebruik (condoom gescheurd of anticonceptiepil vergeten) kan men door middel van een			Biedt geen bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.

Anticonceptiemethode	Werking en betrouwbaarheid	Relatieve/absolute contra-indicaties	Bijwerkingen	Wensen patiënt
- Morning-afterpil	morning-afterpil of spiraal voorkomen dat men zwanger wordt. Men kan zich tegen zwangerschap beschermen door binnen drie dagen (72 uur) de morning-afterpil te slikken. De kans op zwangerschap is nog maar twee procent. Hoe eerder men de morning-afterpil slikt, hoe betrouwbaarder. Binnen 12 uur na de onbeschermdde geslachtsgemeenschap is de kans op zwangerschap 0,5%. De morning-afterpil bevat een hormoon (levonorgestel) dat het innestelen van een bevruchte eikel in de baarmoeder voorkomt.		Men kan misselijk worden van de morning-afterpil en overgeven, hoofdpijn en gespannen borsten kunnen tevens bijwerkingen zijn die na twee dagen verdwijnen. De volgende menstruatie kan op een andere dag beginnen en ook wat heviger zijn dan normaal.	
- Spiraal	Wanneer men te laat is voor de morning-afterpil kan tot vijf dagen na de onbeschermdde geslachtsgemeenschap een spiraal geplaatst worden om zwangerschap te voorkomen. Doordat het spiraaltje in de baarmoeder geplaatst wordt kan een vruchtje niet nestelen. Zie hierboven bij spiraal voor meer informatie.			

Bijlage 4: De ontwikkeling van de competenties rondom de besluitvorming gedurende de adolescentie.

Bekwame besluitvorming heeft betrekking op het proces van het maken van de beslissing. Hierbij gaat het niet per definitie over het echte gedrag of de uitkomst, maar meer over de stappen die doorlopen worden bij het maken van de beslissing (Halpern-Felsher, 2009). De competentie voor het maken van een keuze groeit tijdens de adolescentie en ook tijdens de vroege volwassenheid. Vele vaardigheden die essentieel worden geacht bij bekwame besluitvorming, zoals de bestendigheid tegen groepsdruk, zelfvertrouwen, zelfbeheersing, vooruitdenken, het controleren van impulsen, het genereren van meer alternatieven en de vaardigheden voor het ontwikkelen van een noodplan, groeien bij het ouder worden (Halpern-Felsher, 2001; Jacobs, 2004). De delen van de hersenen die verantwoordelijk zijn voor de besluitvorming en de controle van impulsen zijn nog niet volledig volgroeid tot de jongvolwassenheid. De processen waardoor de hersenen veranderen vinden plaats tot de leeftijd van 25 jaar (Halpern-Felsher, 2009). Adolescenten hebben vaak minder kennis en minder ervaring met het nemen van beslissingen dan volwassenen (Jacobs, 2004). Daarnaast verandert gedurende de adolescentie de sociale omgeving sterk (Halpern-Felsher, 2009).

Adolescenten hebben vaak minder kennis en minder ervaring met het nemen van beslissingen dan volwassenen (Jacobs, 2004). Zij hebben minder (positieve of negatieve) terugkoppeling gehad van de keuzes die zij hebben gemaakt. Als gevolg van minder ervaring kunnen adolescenten het idee hebben dat zij minder kans hebben op schade door de keuzes die zij maken (Jacobs, 2004). Zij zijn hierdoor, en doordat zij nog minder ontwikkelde besluitvormingsvaardigheden hebben, vaker betrokken bij risicogedrag (Halpern-Felsher, 2009). Met betrekking tot het seksuele gedrag en anticonceptiegebruik bij jongeren is dit bijvoorbeeld seksuele activiteit zonder vaste partner, het vroeg starten met geslachtsgemeenschap en het hebben van geslachtsgemeenschap zonder voorbehoedsmiddel (Sensoa, 2011). Bij dit laatste zijn ook vaak drank en drugs betrokken.

Daarnaast verandert gedurende de adolescentie de sociale omgeving sterk (Halpern-Felsher, 2009). Adolescenten bevinden zich in deze periode minder vaak in een gestructureerde en gecontroleerde omgeving, maar zijn vaker bij leeftijdsgenoten. Beslissingen worden vaker beïnvloed door leeftijdsgenoten, wat tevens kan zorgen voor meer risicogedrag. In Amerika is bij een onderzoek naar het anticonceptiegebruik van adolescenten gevonden dat een tien procent stijging in de proportie van klasgenoten dat anticonceptie gebruikt zorgt voor een vijf procent stijging in individueel anticonceptiegebruik (Ali, Amialchuk & Dwyer, 2011).

Bij anticonceptiegebruik ziet men dus dat in de adolescentie sprake is van beïnvloeding door leeftijdsgenoten. Tegelijkertijd proberen adolescenten naar mate zij ouder worden vaker autonome beslissingen te nemen. Gedurende de adolescentie is er sprake van een verhoogde behoefte aan autonomie, wat samen met de cognitieve en psychologische rijping zorgt voor een grotere wens en capaciteit voor de besluitvorming (Halpern-Felsher, 2001).

Bijlage 5: Overzicht online keuzehulpen

Keuzehulp Praktische informatie	Opbouw keuzehulp, soort vragen/kenmerken meegenomen.	Waardeverduidelijkingsmethode
www.anticonceptievoorjou.nl Organisatie: Rutgers WPF. Doelgroep: Met name laag opgeleide en allochtone meisjes. Gebaseerd op onderzoek van Picavet (2011) en De Neef en Van Dijk (2010).	De test begint met een dokter die door middel van een tekstwolkje vertelt wat anticonceptie is en dat je door middel van de test advies kan krijgen over welke methode het best bij jou past. Daarna kan de test beginnen door te klikken op 'volgende'. Gedurende de test kan steeds weer terug gegaan worden naar de vorige vraag. Wanneer er vierkantjes staan zijn er meerdere antwoorden mogelijk (wordt niet aangegeven). Wanneer er rondjes staan is er slechts één antwoord mogelijk en kan men ook niet doorgaan naar de volgende vraag. De eerste vraag is: 'waarom wil je anticonceptie gebruiken'? (meerdere antwoorden mogelijk). De tweede vraag luidt: 'hoe oud ben je?' (één antwoord mogelijk). De rest van de test bestaat uit stellingen. Eerst staat een korte uitleg over de stelling. Bijvoorbeeld wanneer de stelling luidt: 'ik wil zo min mogelijk hormonen in mijn lijf', wordt uitgelegd wat hormonen zijn. Door te klikken op de duim omhoog (heel belangrijk) of de duim omlaag (niet zo belangrijk) kun je aangeven of je een stelling belangrijk vindt of niet. De volgende stellingen worden meegenomen: - 'Ik wil zo min mogelijk aan mijn anticonceptie denken.' - 'Ik wil niet dat de dokter mijn anticonceptie inbrengt.' - 'Ik vind het belangrijk dat ik mijn ongesteldheid kan plannen.' - 'Ik wil dat niemand er achter kan komen dat ik anticonceptie gebruik.' - 'Op brieven van zorgverzekeraars mag niet te zien zijn dat ik anticonceptie gebruik.' - 'Ik wil een methode met zo min mogelijk hormonen gebruiken.' Vervolgens kan men aangeven wat het meest belangrijk is bij de anticonceptiemethode (aangezien een anticonceptiemethode vaak niet aan alle	Er worden kenmerken van de situatie en kenmerken van de opties geïdentificeerd die invloed hebben op de voorkeur van de patiënt. De kenmerken van de opties komen samen door middel van compenserende beslisregels. Aan de hand van de stellingen wordt de methode met de beste algemene waardering als optie gegeven. Wanneer afhankelijk van eerder gegeven antwoorden nog een vraag wordt gesteld is er sprake van een niet-compenserende beslisregel: de onaanvaardbare mogelijkheid wordt geëlimineerd.

wensen kan voldoen). Een van de eerder aangeven stellingen kan gekozen worden, of er kan gekozen worden voor de optie 'dat het zo goedkoop mogelijk is'.

Afhankelijk van eerder gegeven antwoorden wordt mogelijk nog een laatste vraag gesteld. Bijvoorbeeld of je liever wil dat een anticonceptiemethode in de arm of in de baarmoeder wordt ingebracht. Er wordt een advies berekend. Deze kan naar je e-mail worden gestuurd maar je kunt deze (door te klikken op 'volgende' ook in de test bekijken.

Er wordt een advies gegeven en tevens een andere goede keuze. In het kort wordt uitgelegd hoe de anticonceptiemethode werkt, en de bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Door te klikken op 'uitleg' wordt meer informatie over de twee methodes gegeven. Onder andere wat het is en hoe je het gebruikt, maar er worden ook een aantal feitjes in de vorm van 'wist je dit over deze methode?' gegeven. Daarna kan men verder klikken om nog meer informatie over alle anticonceptiemethode te verkrijgen, zoals bijvoorbeeld wanneer anticonceptie vergoed wordt en wanneer niet.

Het advies kan geprint of gemaïld worden en er kan ook gekozen worden om de test opnieuw te doen. Vervolgens wordt aangeraden om het advies mee te nemen naar de huisarts of sense verpleegkundige.

www.anticonceptiekompas.nl

Onafhankelijke website.

Anticonceptiekompas is ontwikkeld door twee verloskunde studenten die merkten dat veel informatie op internet gekleurd was (doordat farmaceutische bedrijven er commercieel belang bij hebben).

De anticonceptiekompas bestaat uit twee delen die ook onafhankelijk van elkaar gebruikt kunnen worden. Het ene deel is een overzicht van de verschillende methoden. Het tweede deel is een soort test die kan helpen bij het duidelijk maken van je wensen en voorkeuren zodat je een anticonceptiemethode kan vinden dat het beste bij je past.

1. Het overzicht van de verschillende methoden.

Er wordt een lijst anticonceptiemethoden gegeven op volgorde van betrouwbaarheid. Door te klikken op de anticonceptiemethode waar jij meer informatie over wilt, kun je meer informatie krijgen over:

- Het gebruik van de methode.

Het overzicht van de verschillende methoden zet de verschillende opties en kenmerken van de opties uiteen.

Voor de test worden kenmerken van de situatie en kenmerken van de opties geïdentificeerd die invloed hebben op de voorkeur van de patiënt.

-
- De betrouwbaarheid.
 - Het gebruik.
 - Wanneer starten met methode na de bevalling.
 - De kosten.
 - De voordelen.
 - De nadelen.

De kenmerken van de opties komen samen door middel van niet-compenserende beslisregels. Aan de hand van de vragen worden de methoden die niet bij dit antwoord passen geëlimineerd.

2. Het anticonceptiekompas/ de test.

De test begint met de vraag of je gezond bent ja of nee. Wanneer je aangeeft niet gezond te zijn, worden verder geen vragen gesteld. Er wordt aangegeven dat het anticonceptiekompas niet kan voldoen aan de behoeften en wensen om advies op maat te geven. Er wordt meteen aangeraden om een afspraak met de arts te maken. Dit zelfde gebeurt wanneer men in de test aangeeft 'om een andere reden' anticonceptie te gebruiken (een andere reden dan nu niet zwanger willen worden of nooit meer zwanger willen worden).

De tweede vraag is of je ooit bevallen bent of niet en zo ja, hoe lang geleden. Afhankelijk van het antwoord dat je geeft worden steeds nieuwe vragen gesteld of stellingen gegeven waarbij je kunt aangeven of je het er wel of niet mee eens bent. Er wordt gedurende de test gevraagd naar de redenen om anticonceptie te gebruiken. Daarnaast wordt gevraagd of je het er mee eens bent dat onbetrouwbare methoden in de test gehaald worden. Afhankelijk van de antwoorden wordt soms een anticonceptiemethode aangeboden. Hierbij staat dan wat korte informatie. Vervolgens wordt gevraagd of je bezwaar hebt tegen deze methode, of er wordt gevraagd of je wilt kiezen voor de methode en meer informatie wilt. Afhankelijk van de antwoorden wordt soms aan het einde gevraagd aan welke methode je de voorkeur zou geven.

De volgende informatie over de persoon of over de anticonceptiemethode wordt (afhankelijk van eerder keuzes) meegenomen en bevraagd:

- Gezondheid (of je wel of niet gezond bent)
 - Kinderen gekregen (of je wel of geen kinderen hebt gekregen en zo ja, hoe lang geleden).
-

- Borstvoeding geven (of je borstvoeding geeft of hebt gegeven).
- De reden voor anticonceptiegebruik (nu niet zwanger, nooit zwanger, anderen reden).
- Inbrengen door de arts (of je er bezwaar tegen hebt dat een arts de methode inbrengt, waardoor je er bijna nooit aan hoeft te denken).
- Hormonen (of je bezwaar hebt tegen hormonen)(of je liever één of twee hormonen in wil nemen, met bijbehorende voor- en nadelen).
- Natuurlijke methoden (of je alleen natuurlijke methoden wilt gebruiken).
- Stellingen die betrekking hebben op het wel of niet mogen gebruiken van methoden die oestrogenen bevatten (trombose, stollingsafwijking, ouder dan 35 jaar en roken/overgewicht, hoge bloeddruk, andere reden).
- Invloed uitoefenen op bloedingspatroon (vind je het noodzakelijk dat je invloed kan uitoefenen op het overslaan/uitstellen van menstruaties).
- Vaak aan anticonceptie denken (of je het erg vind om er wekelijks of dagelijks aan te moeten denken)(of je er liever eenmaal per 3 of 5 jaar aan denkt of iedere week/dag/maand).
- Minder bloedverlies (of je het erg vind dat je minder bloed verliest).
- Gebruik methode (plakken, slikken, inbrengen)(in de arm/in de baarmoeder).

www.anticonceptiemethoden.nl Organisatie: Cridea, een bedrijf dat informatieve websites over praktische onderwerpen maakt. Doelgroep: meisjes, jongens, vrouwen en mannen die voor het eerst of opnieuw een anticonceptiemethode zoeken en/of die informatie over anticonceptie willen.	Door middel van de anticonceptietest op anticonceptiemethoden.nl kun je volgens de makers zien welke methode je het best of prettigst vindt voor jezelf. Door middel van vragen kom je tot de best passende anticonceptiemethode. Door op 'vorige' te klikken kun je tevens terug naar de vorige vraag. Aan de rechterkant van het scherm staan de verschillende mogelijke anticonceptiemethoden, afhankelijk van eerder ingevulde vragen. Wanneer je dus een vraag beantwoord, worden de anticonceptiemethoden die niet bij dit antwoord passen hier uit gehaald. Op ieder moment kun je op deze methoden klikken voor meer informatie. Je kunt steeds terug naar de vorige vraag. Om verder te gaan is het noodzakelijk dat je één antwoord aankruist, meerdere antwoorden geven is niet mogelijk. De mogelijkheden worden ook aangepast op één antwoord. Wanneer je bijvoorbeeld aangeeft dat je de iedere dag op precies hetzelfde tijdstip een pil	Er wordt een overzicht gegeven van de verschillende opties. Er worden kenmerken van de situatie en kenmerken van de opties geïdentificeerd die invloed hebben op de voorkeur van de patiënt. De verschillende opties worden uiteengezet door de verschillende opties (zichtbaar) te versmallen. De kenmerken van de verschillende
---	---	---

wilt/kunt slikken, wordt de mogelijkheid die gegeven wordt wanneer je dit niet kunt/wilt er ook uitgehaald.

De eerste vraag luidt: 'Ben je een man of een vrouw?'. De tweede vraag is als volgt: 'Waarom zoek je een anticonceptiemethode?' De antwoordmogelijkheden voor vrouwen hierbij zijn dat je voorlopig niet zwanger wilt worden, dat je nooit meer zwanger wil of mag worden of dat je menstruatieklachten /overgangsklachten/acne wil verminderen. De mannelijke methoden worden overigens duidelijk onderscheiden van de vrouwelijke. Het condoom is bijvoorbeeld geen optie meer voor vrouwen (het vrouwencondoom wel).

De volgende informatie over de persoon of over de anticonceptiemethode wordt (afhankelijk van eerdere keuzes) meegenomen en bevraagd:

- De reden van het zoeken naar een anticonceptiemethode (voorlopig niet zwanger willen worden, nooit meer zwanger willen of mogen worden of verminderen menstruatieklachten/overgangsklachten/acne).
- Hoe vaak je met anticonceptie bezig wilt zijn (allen bij het vrijen, elke dag, elke week, elke maand, elke drie maanden, één keer in een paar jaar).
- Kinderen gekregen (of je wel of geen kinderen hebt gekregen en zo ja, hoe lang geleden).
- Wanneer je aan de anticonceptie wilt denken (een paar uur van tevoren of niet)(of je iedere dag een pil wilt slikken)(of je bereid bent op zelfde tijdstip de pil te slikken iedere dag).
- Onthouding (of je bereid bent een aantal dagen per menstruatiecyclus niet te vrijen).
- Lichamelijk onderzoek (of je bereid bent lichamelijk onderzoek bij jezelf te doen)(hoeveel lichamelijk onderzoek je bereidt bent iedere ochtend te doen).
- Regelmaat menstruatiecyclus (of je een regelmatige cyclus hebt).
- Roken (of je rookt).
- Leeftijd (hoe oud je bent).

opties komen samen door middel van niet-compenserende beslisregels. Aan de hand van de vragen worden de methoden die niet bij dit antwoord passen geëlimineerd.

www.anticonceptie-online.nl	Op de website staat een korte test waarbij door middel van een aantal vragen onderscheid gemaakt kan worden tussen de verschillende mogelijkheden waardoor de keuze makkelijker gemaakt wordt.	Er worden kenmerken van de situatie en kenmerken van de opties geïdentificeerd die invloed hebben op de voorkeur van de patiënt.
Organisatie: Stichting anticonceptie Nederland en Organon Nederland B.V.	Teruggaan in de test is mogelijk, dan wordt teruggekeerd naar de vorige vraag. Dit staat echter wel klein aangegeven.	De verschillende opties worden uiteengezet door de verschillende opties te versmallen.
Onafhankelijke website.	De test begint met de vraag of men een definitieve methode van anticonceptie wil en dus geen kinderen meer in de toekomst. Bij ja wordt sterilisatie aangeraden. Bij nee wordt een vervolgvraag gesteld. Deze vraag gaat over het gebruik van hormonen. Eerst wordt kort uitgelegd wat hormonen zijn en dat over het algemeen methoden met hormonen betrouwbaarder zijn (uitzondering is het koperspiraaltje). De vraag vervolgens is of de anticonceptiemethode hormonen mag bevatten.	De kenmerken van de verschillende opties komen samen door middel van niet-compenserende beslisregels. Aan de hand van de vragen worden de methoden die niet bij dit antwoord passen geëlimineerd.
	Er worden verschillende vragen gesteld waarbij één antwoord gekozen mag worden. Uiteindelijk geeft (afhankelijk van eerdere antwoorden) een van de volgende twee vragen de doorslag: 'Hoe vaak wil je aan anticonceptie denken?' of 'Kies een anticonceptiemethode waar je meer over wilt weten.'	
	Nadat de test uiteindelijk terecht komt op één anticonceptiemethode, wordt informatie gegeven over het gebruik, de werking, de voordelen, de nadelen en de bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Er wordt tevens de mogelijkheid gegeven om aan te geven dat je denkt dat de anticonceptiemethode niet bij je past. Dan worden er opnieuw vragen gesteld.	
	De volgende informatie over de persoon of over de anticonceptiemethode wordt (afhankelijk van eerdere keuzes) meegenomen en bevraagd: - Wel/geen kinderen meer in toekomst. - Gebruik hormonen (wel of geen hormonen). - Hoe vaak je aan de anticonceptie wilt denken (iedere dag, iedere week, één keer per maand, één keer per 3 maanden, één keer per drie/vijf jaar).	

	- Betrouwbaarheid (of jij streeft naar de hoog mogelijke betrouwbaarheid). - Inbrengen door de arts (of je er bezwaar tegen hebt dat een arts de methode inbrengt). - Borstvoeding (of je borstvoeding geeft of dat je om een andere reden geen oestrogenen mag gebruiken). - Plaats in het lichaam (welke plaats waar de anticonceptiemethode zich bevindt spreekt je het meest aan, onderhuids in de arm of in de baarmoeder)	
www.casaklinieken.nl/sites/default/files/anticonceptietest/acTestStart.html Organisatie: Centra voor Anticonceptie, Seksualiteit en Abortus (CASA).	Door middel van de test van casaklinieken kan men zien welke vorm van anticonceptie het meest geschikt kan zijn. Eerst dient men aan te geven of men een man of een vrouw is, waarna een vraag volgt over wat de reden is voor het anticonceptiegebruik (voorlopig niet zwanger worden of nooit meer zwanger worden). Gedurende de test kan steeds weer terug gegaan worden naar de vorige vraag. Er is steeds slechts één antwoord mogelijk. Wanneer je aangeeft geen bezwaar te hebben tegen een bepaalde vorm van anticonceptie (bijvoorbeeld wanneer je aangeeft dat de anticonceptiemethode hormonen mag bevatten) worden niet alle andere opties er uit gehaald (anticonceptiemethoden zonder hormonen behoren dus nog steeds tot de opties). Er worden verschillende vragen gesteld waarbij één antwoord gekozen mag worden. Bij sommige vragen wordt geen vraag gesteld over de kenmerken van de methode, maar wordt de mogelijkheid gegeven om een anticonceptiemethode te kiezen waar je meer over wilt weten. Uiteindelijk komt er een anticonceptiemethode uit dat het beste bij jouw voorkeuren zou passen. Het gebruik en de betrouwbaarheid wordt gegeven, soms uitgebreid met wat nadelen van de methode. Meer informatie over bijvoorbeeld de werking kan men vinden door op 'meer informatie' te klikken.	Er worden kenmerken van de situatie en kenmerken van de opties geïdentificeerd die invloed hebben op de voorkeur van de patiënt. De verschillende opties worden uiteengezet door de verschillende opties te versmallen. De kenmerken van de verschillende opties komen samen door middel van niet-compenserende beslisregels. Aan de hand van de vragen worden de methoden die niet bij dit antwoord passen geëlimineerd.

De volgende informatie over de persoon of over de anticonceptiemethode wordt (afhankelijk van eerdere keuzes) meegenomen en bevraagd:

- Wel/geen kinderen meer in toekomst.
- Gebruik hormonen (wel of geen hormonen).
- Hoe vaak je aan de anticonceptie wilt denken (iedere dag, iedere week, één keer per maand, één keer per 3 maanden, één keer per drie/vijf jaar).
- Betrouwbaarheid (of jij streeft naar de hoog mogelijke betrouwbaarheid).
- Inbrengen door de arts (of je er bezwaar tegen hebt dat een arts de methode inbrengt).
- Borstvoeding (of je borstvoeding geeft of dat je om een andere reden geen oestrogenen mag gebruiken).
- Plaats in het lichaam (welke plaats waar de anticonceptiemethode zich bevindt spreekt het meest aan, onderhuids in de arm of in de baarmoeder).

De vragen in de test komen vrijwel overeen met die van www.anticonceptie-online.nl.

www.kiesbeter.nl /
www.thuisarts.nl

Deze keuzehulp is op dit moment niet beschikbaar. De keuzehulp van kiesbeter.nl wordt op dit moment voorbereid op de overgang naar thuisarts.nl.

De verschillende opties en kenmerken worden uiteengezet.

Organisatie: Nederlands
Huisartsen Genootschap.

De indeling van de eerdere keuzehulp op kiesbeter.nl was als volgt:
Ten eerste werd besproken wat anticonceptie is, hoe een zwangerschap ontstaat, hoe het voortplantingsorgaan van de vrouw er uit ziet en hoe het voortplantingsorgaan van de man werkt.

Er worden kenmerken van de situatie en kenmerken van de opties geïdentificeerd die invloed hebben op de voorkeur van de patiënt.

De verschillende anticonceptiemethoden werden vervolgens volgens de volgende indeling besproken:

1. Werking.
2. Betrouwbaarheid.
3. Gebruiksgemak.

De verschillende opties worden uiteindelijk uiteengezet door opties te selecteren.

	4. Gezondheid. 5. Menstruatie. 6. Kosten. 7. Stoppen en zwanger worden. Om te bepalen welke anticonceptiemethode het best bij de voorkeur van de vrouw past, werden vervolgens twee vragen gesteld. Men kon aangeven welke anticonceptiemethoden (maximaal zeven) heen aanspraken en welke kenmerken (maximaal 3) men van belang vond bij het maken van de keuze. Dit zijn dezelfde kenmerken als hierboven besproken, met uitzondering van de betrouwbaarheid. Het kenmerk betrouwbaarheid werd altijd weergegeven, dus deze hoefde men niet aan te geven. Hoe vervolgens het advies gegenereerd werd is op dit moment niet geheel duidelijk.	De kenmerken van de verschillende opties komen samen door compenserende beslisregels, waarbij uiteindelijk het alternatief met de hoogste algehele evaluatie geselecteerd wordt.
www.anticonceptie.nl Organisatie: MSD, farmaceutisch bedrijf. Doelgroep: iedereen.	Op anticonceptie.nl is niet direct een test beschikbaar waardoor je direct bij de best passende anticonceptiemethode terecht komt. Op deze website staan verschillende onderwerpen en vragen die interessant kunnen zijn. Ten eerste kan men de keuze maken over de situatie waarin men zich bevindt met betrekking tot anticonceptie: - Starten. - Wisselen. - Herstart. - Compleet gezin. - Net bevallen. - In de overgang. - Op reis. - Migraine. Aan de hand van een persoonlijk verhaal worden vervolgens de verschillende opties (en de afwegingen voor deze persoon) besproken. De verschillende opties kunnen aangeklikt worden voor meer informatie.	De verschillende opties en kenmerken worden uiteengezet. Er worden kenmerken van de situatie en kenmerken van de opties geïdentificeerd die invloed hebben op de voorkeur van de patiënt. De verschillende opties worden uiteengezet door meerdere opties te genereren gedurende het proces.

Na dit verhaal volgt een overzicht van veel gestelde vragen. Aan de hand van deze onderwerpen worden anticonceptiemethoden besproken die dan wel of niet geschikt zijn. Bij de vraag: 'mijn anticonceptie is pijnlijk, welke methode kan ik het beste gebruiken?' wordt dus uiteengezet welke methoden dan wel geschikt zijn en waarom, en welke methoden niet.

De volgende informatie over de persoon of over de anticonceptiemethode wordt meegenomen en hier kun je meer informatie over vinden:

- Menstruatie (wanneer kun je menstruatie regelen)(wat te doen bij een pijnlijke menstruatie)(wat te doen bij een onregelmatige menstruatie).
- Puistjes.
- Hoe vaak aan anticonceptie denken.
- Hormonen (lage hormoon dosering)(geen hormoonpieken en dalen).
- Wel/geen kinderen gekregen (welke methoden zijn meest geschikt).
- Bijwerkingen (wat te doen bij bijwerkingen).
- Borstvoeding.
- Na bevalling.
- Gezondheidsrisico's.
- Betrouwbaarheid.
- Anticonceptie op reis (lengte reis)(last maag/darmen)(temperatuur buitenland).
- Migraine (wel hoofdpijn, geen migraine)(migraine met/zonder aura).

Tevens staat er per anticonceptiemethode een uitleg over onder andere de betrouwbaarheid, het gebruik, de mogelijke bijwerkingen, wanneer je het niet mag gebruiken. Daarnaast staan er per anticonceptiemethode ook nog specifieke vragen voor deze methode. Voor de Nuvaring is dat bijvoorbeeld: 'Waarom geeft de apotheek maar voor drie maanden mee?'.

www.fpa.org.uk/helpandadvice/mycontraceptiontool

Deze keuzehulp wordt gebruikt in het Verenigd Koninkrijk en is Engels. Omdat deze keuzehulp op een andere manier dan de beschikbare Nederlandse keuzehulpen werkt is deze toch meegenomen in het onderzoek.

De verschillende opties en kenmerken worden uiteengezet.

Organisatie: seksuele

Er worden kenmerken van de

gezondheidsdiensten FPA en Brook (Verenigd Koninkrijk).	Voor de vragenlijst begint dient met te kiezen voor de korte (duur: ongeveer vijf minuten) of voor de lange versie (duur: ongeveer vijftien minuten). In de lange versie wordt ook aandacht besteedt aan de medische geschiedenis van degene die de vragenlijst invult. In de korte versie is dit niet het geval, maar wordt wel aangegeven dat deze medische geschiedenis door de arts wel nagekeken wordt.	situatie en kenmerken van de opties geïdentificeerd die invloed hebben op de voorkeur van de patiënt.
Onderzoek ontwikkeling keuzehulp door French et al. (2013).	Gedurende de vragenlijst kan steeds teruggegaan worden naar de vorige vraag. 1. De lange versie. De lange versie begint met het vragen van je leeftijd, of je man of vrouw bent en of je op dit moment een partner hebt van het andere geslacht. Daarna volgt de vraag of je ooit kinderen hebt gehad (ja of nee). Vervolgens dien je in te vullen of welke anticonceptiemethoden je nu en in het verleden hebt gebruikt. De vragen erna gaan over je medische condities en eventuele medicijnen. Je BMI wordt berekend en er wordt gevraagd of je rookt. Vervolgens dien je in te vullen of je van een aantal medische condities (waaronder allerlei hartproblemen en soorten kanker) in het verleden last had of nu last van hebt. Daarna dien je in te vullen of je bepaalde medicijnen nu gebruikt. De volgende vraag gaat over het hebben van een seksuele partner: of je afgelopen jaar een nieuwe seksuele partner gehad hebt en met hoeveel personen je seks hebt gehad afgelopen jaar. Er volgt een vraag over of je enkele last hebt van enkele condities (waaronder acne en heftige menstruatie). Na deze vraag wordt een vraag gesteld over wat belangrijk is bij anticonceptie. Men kan hier één tot vier stellingen aankruisen die men het belangrijkste vindt bij de keuze. In het volgende scherm kan men vervolgens door de lijn in het balkje te bewegen aangeven hoe belangrijk de verschillende overwegingen zijn. Dit zijn de stellingen die men zojuist heeft aangekruist, plus de bescherming tegen zwangerschap en de bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.	Bij de korte versie komen de kenmerken van de opties samen door middel van compenserende beslisregels. Aan de hand van stellingen worden alle methoden als optie gegeven, waarbij door balken duidelijk gemaakt wordt welke methode het hoogst scoort op de voorkeuren van de patiënt. Bij de lange versie komen de kenmerken van de opties samen door een combinatie van compenserende beslisregels en niet-compenserende beslisregels. Door de vragen over de medische geschiedenis worden de onaanvaardbare opties geëlimineerd en daarna wordt een afweging gemaakt tussen de verschillende opties die over zijn. Er wordt een holistische vergelijking gemaakt.

De volgende informatie over de persoon of over de anticonceptiemethode wordt meegenomen en bevraagd:

- Menstruatie (dat je niet meer wil menstrueren)(dat je minder hevig wil bloeden)(dat je minder of geen pijn wil tijdens menstruatie)(dat je juist niet wilt dat je menstruatie stopt)(dat je niet wil dat je heviger gaat bloeden)(dat je geen onregelmatige bloedingen wilt)
- Ziek voelen (dat je je niet ziek wil voelen)(dat je geen hoofdpijn wilt).
- Gewichtstoename (dat je niet meer dan twee kilo wilt aankomen)
- Depressief voelen (dat je je niet depressief of geïrriteerd wil voelen)
- Huidirritatie (dat je geen huidirritatie wilt).
- Gevoelige borsten (dat je geen gevoelige borsten wilt).
- Seksueel contact (dat je niet minder zin in seks wil krijgen)(dat je de geslachtsgemeenschap niet wil onderbreken om anticonceptie te gebruiken)(dat je niet minder gevoel hebt tijdens de seks).
- Vruchtbaarheid (dat je niet wil dat het terugkeren van je vruchtbaarheid vertraagd is bij stoppen anticonceptiemethode).
- Dokter (dat je geen doktersbezoek wilt voor het starten van anticonceptie)(dat je niet naar een apotheek wilt voor verkrijgen anticonceptie).
- Manier aanbrengen anticonceptie (dat je geen injectie wilt)(dat je geen implantaat wil onder je huid)(dat je geen vaginaal onderzoek wilt)(dat je geen genitaal contact wilt bij gebruiken anticonceptie).
- Denken aan anticonceptie (dat je wilt voorkomen dat je er aan moet denken om anticonceptie te nemen of gebruiken).
- Partner (dat je niet van je partner afhankelijk wil zijn bij nemen of gebruiken anticonceptie).
- Bekendheid bij anderen (dat je niet wil dat je partner weet dat je anticonceptie gebruikt)(dat je niet wilt dat vrienden of familie weten dat je anticonceptie gebruikt).

Nadat men aangegeven heeft in hoeverre de overwegingen belangrijk zijn, krijgt

men een overzicht van de verschillende anticonceptiemethoden en in hoeverre deze passen bij de wensen van de patiënt. Alle methoden zijn zichtbaar met een balk erachter. Hoe langer deze balk, hoe beter de anticonceptiemethode bij de voorkeuren past. Onder het scherm kunnen de balkjes die aangeven hoe belangrijk de overwegingen waren weer aangepast worden, waardoor ook de lengte van de balkjes weer kunnen veranderen.

Door op de verschillende methoden te klikken wordt in het kort meer informatie gegeven over (het gebruik van) de methode. Voor meer informatie kan vervolgens ook weer doorg geklikt worden.

2. Korte versie

De korte versie stelt dezelfde vragen als de lange versie maar laat alleen de vragen met betrekking tot de medische geschiedenis en medicijngebruik achterwege (dus BMI, roken ja/nee, medische condities en medicijngebruik)

Bijlage 6: Kwaliteitscriteria keuzehulpen volgens de IPDAS Collaboration

1. Systematische ontwikkeling keuzehulpen (Coulter et al., 2012).

Het is belangrijk dat keuzehulpen op een systematische manier worden ontwikkeld, aangezien zij een belangrijk effect hebben op de kwaliteit van de gemaakte keuze en op het gebruik van gezondheidszorgdiensten. Specifieke stappen bij het ontwikkelen van keuzehulpen voor patiënten zijn als volgt:

- *Scoping*
Beschrijf het probleem, vermeld de beslissing waar over nagedacht dient te worden en maak de doelgroep specifiek.
- *Steering group.*
Stel een team op die adviseert op het gebied van de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van de keuzehulp. Personen die de keuzehulp ontwikkelen zijn vaak representatieve patiënten, artsen, beleidsmakers en mensen die verstand hebben van gedeelde besluitvorming.
- *Design 1 en 2: het beoordelen van de behoeften rondom de besluitvorming*
Zoek uit welke behoeften zowel patiënten als artsen hebben met betrekking tot de informatie en ondersteuning in de keuzehulp. Dit kan gedaan worden door middel van interviews, vragenlijsten, focusgroepen, literatuuronderzoek en observaties.
- *Design 3: het bepalen van het format en de manier waarop de keuzehulp geleverd wordt.*
Maak keuzes op het gebied van welk media je gaat gebruiken, het format van de keuzehulp, de setting en de timing van het leveren van de keuzehulp.
- *Design 4: review en voeg het bewijs samen*
Maak een overzicht van relevant bewijs voor de verschillende opties en de beslissing. Dit kan gedaan worden door literatuuronderzoek naar de ervaringen en voorkeuren van patiënten. Daarnaast kunnen richtlijnen die in de praktijk gebruikt worden meegenomen worden.
- *Ontwikkelen van een prototype*
Ontwerp de keuzehulp, inclusief storyboard (grafische representatie van de keuzehulp), script (handelingen/gebeurtenissen die achter elkaar uitgevoerd worden), afbeeldingen, webdesign, video enzovoort.
- *Alpha testing*
Verzamel directe feedback van mensen die de keuzehulp zouden kunnen gebruiken of die er (indirect) mee dienen te gaan werken. Gedurende deze test-fase kunnen personen feedback geven die direct betrokken waren bij de ontwikkeling van de keuzehulp, zoals mensen uit de steering group. Informatie kan verzameld worden door middel van interviews, focusgroepen of observaties. De keuzehulp kan zo onder andere getest worden op informatievoorziening, bruikbaarheid en acceptatie. Het ontwikkelen van een keuzehulp is een iteratief proces waarbij de keuzehulp steeds wordt opgesteld, geëvalueerd en herzien.
- *Beta (field) testing*
Test de keuzehulp met patiënten en klinici welke niet direct betrokken zijn bij het ontwikkelingsproces, zo mogelijk in de echte wereld.

2. Het leveren van informatie rondom verschillende opties (Feldman- Steward et al., 2012).

Keuzehulpen dienen in ieder geval de volgende relevante informatie te bevatten:

- De manier waarop de onbehandelde conditie zich waarschijnlijk zal ontwikkelen.
- De procedures die zijn betrokken bij elke behandelingsoptie.
- De mogelijke voordelen, inclusief waarschijnlijkheid, van elke behandelingsoptie.
- De bijwerkingen en mogelijke schade, inclusief hun ernst en waarschijnlijkheid, van elke behandelingsoptie.

3. Presenteren van kansen (Treventa et al., 2012).

Om patiënten te helpen bij het afwegen van de voor- en nadelen van verschillende opties, dient een keuzehulp een overzicht te geven van de waarschijnlijkheid van de gevolgen van verschillende opties. Dit dient gedaan te worden op basis van het best beschikbare bewijs en op een manier waarop de patiënt de informatie het beste begrijpt. Hierdoor wordt de besluitvorming vergemakkelijkt.

4. Het verduidelijken en uiteenzetten van waarden (Pignone et al., 2012).

Het gebruik van waarde-verklarende methoden kan patiënten helpen om na te denken over de wenselijkheid van (gevolgen van) opties, zodat zij de optie kunnen bepalen waar zij de voorkeur aan geven. Op welke manier de keuzehulp zou moeten helpen bij het verduidelijken en uiteenzetten van waarden is onduidelijk. Er zijn vele besluitvormings-theorieën die het ontwerp hiervan zouden kunnen bepalen. Er is echter geen 'beste' theorie/methode. Enkele ontwerpen die door middel van het bestuderen van de theorieën zijn geïdentificeerd, zijn als volgt:

- Het uiteenzetten van de verschillende opties en/of alle kenmerken van deze opties.
- Het identificeren van kenmerken van de situatie en/of kenmerken van alle opties die uiteindelijk invloed hebben op de voorkeur van de patiënt.
- Het uiteenzetten van verschillende opties, door:
 - o Het versmallen/ kleiner maken/ selecteren van de verschillende opties.
 - o Het genereren van meerdere opties gedurende het proces, opties die niet meteen bij het begin duidelijk waren.
- Het integreren/samengaan van de kenmerken van verschillende opties met behulp van:
 - o Compenserende beslisregels, waarbij afwegingen gemaakt worden om uiteindelijk het alternatief met de hoogste algehele evaluatie van een reeks keuzecriteria te selecteren.
 - o Niet- compenserende beslisregels, waarbij onaanvaardbare mogelijkheden worden geëlimineerd.
 - o Een combinatie van compenserende beslisregels en niet-compenserende beslisregels, waarbij bijvoorbeeld eerst de onaanvaardbare opties worden geëlimineerd en daarna een afweging wordt gemaakt tussen de verschillende opties die over zijn.
- Het maken van een holistische vergelijking.

5. Het gebruik van patiënt verhalen (Bekker et al., 2012).

Persoonlijke verhalen leveren illustratieve voorbeelden van de ervaringen van anderen met betrekking tot de beslissing. Deze verhalen kunnen geleverd worden door tekst, geluid en video. De verhalen kunnen verteld worden vanuit het perspectief de eerste persoon (een patiënt zelf) of vanuit de derde persoon (een professional die de ervaringen van de patiënt vertelt). De verhalen kunnen tevens een representatie van de conversatie tussen de patiënt en de professional zijn. Patiënten vinden de ervaringen van anderen vaak belangrijk en het lijkt erop dat mensen hun keuze ook vaak baseren op zowel feitelijke informatie als persoonlijke verhalen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat persoonlijke verhalen de oordelen en keuze van patiënten beïnvloeden. Deze beïnvloeding resulteert echter niet altijd in grotere betrokkenheid bij de informatie, maar ook in bias in de besluitvorming. Het is onduidelijk hoe persoonlijke verhalen en/of de informatie die in de persoonlijke verhalen zit, verwerkt kan worden in een keuzehulp op zo'n manier dat de effectiviteit van het besluitvormingsproces verhoogd wordt. Op dit moment lijkt er onvoldoende bewijs te zijn dat het toevoegen van persoonlijke verhalen de effectiviteit van het besluitvormingsproces verhoogt.

6. Het coachen en begeleiden (Stacey et al., 2012).

Het begeleiden en coachen van de patiënten is belangrijk bij de besluitvorming. Patiënten blijken beter in staat te zijn om beslissingen te maken over hun gezondheid wanneer zij ondersteund worden in het besluitvormingsproces

Het coachen kan op afstand of in real-life plaatsvinden door een getraind persoon die ondersteuning biedt in de beslissing. Elementen van de coaching omvatten onder andere het volgende: het beoordelen van de behoeften rondom de besluitvorming, het leveren van informatie, het controleren van de mate waarin iemand deze informatie begrijpt, het verhelderen van de voorkeuren, het helpen opdoen van vaardigheden, het kunnen leveren van de benodigdheden voor implementatie en het faciliteren van vooruitgang in de besluitvorming. De coaching kan geleverd worden voor en/of na het gebruik van een keuzehulp, als een gedeelte van de keuzehulp of bij het ontbreken van een keuzehulp.

De begeleiding kan onder andere bestaan uit het opstellen van een overzicht van de verschillende stappen die genomen dienen te worden om tot een beslissing te komen. De begeleiding kan ook bestaan uit het opstellen van een lijst met vragen of een overzicht van prioriteiten en beslissingsbehoeften van de patiënt. Deze overzichten en deze lijst kunnen gedeeld worden met de arts en/of andere betrokkenen.

7. Openbaar maken van belangenverstremgeling (Barry et al., 2012).

Wanneer er sprake is van belangenverstremgeling kan een primair belang (zoals het welzijn van de patiënt of de validiteit van het onderzoek) ondergeschikt raken aan een ander belang (zoals financiële winst). De (mogelijke) invloed die belangenverstremgeling heeft gehad op de ontwikkeling van de keuzehulp valt door patiënten vaak moeilijk te beoordelen. Het openbaar maken van eventuele belangenverstremgeling is dan ook belangrijk bij het ontwikkelen van een keuzehulp. De kwaliteitscriteria waaraan de keuzehulp zou moeten voldoen zijn als volgt:

- De keuzehulp dient opvallend en in begrijpelijke taal de bron van de (financiële) middelen te vermelden.
- De keuzehulp dient opvallend en in begrijpelijke taal te vermelden of de financiers of makers van de keuzehulp er baat bij hebben wanneer er een bepaalde keuze wordt gemaakt.
- De keuzehulp dient geen (financiële) middelen te ontvangen van commerciële, for-profit organisaties die de behandelingsopties die in de keuzehulp vermeld staan produceren of verspreiden.

8. Het leveren van keuzehulpen op het internet (Hoffman et al., 2012).

Het beschikbaar maken van keuzehulpen via het internet kan grote waarde hebben bij de verspreiding van informatie, gericht op de behoeften en voorkeuren van het individu. Een interactieve keuzehulp via het internet kan effectief gerichte informatie leveren, begeleiding bieden, kan snel ge-update worden en kan gebruikt worden op ieder moment dat iemand dat wil.

9. Gebalanceerde presentatie van de verschillende opties (Stalmeier et al., 2012).

Het oorspronkelijke doel van keuzehulpen is om de besluitvorming te verbeteren. Dit wordt bereikt doordat de patiënt onder andere alle voor- en nadelen van verschillende opties kan begrijpen, inzicht krijgt in de waarschijnlijkheid van deze gevolgen en meer duidelijkheid krijgt in zijn/haar persoonlijke waarden. Om deze doelen te bereiken dient informatie te worden gepresenteerd op een complete, onpartijdige en neutrale manier. Wanneer er geen complete informatie gegeven wordt, zouden patiënten bepaalde opties kunnen over- of onderschatten. Dit zou er namelijk voor kunnen zorgen dat kennis, voordelen, percepties van risico's en uiteindelijk de voorkeuren van de patiënt worden beïnvloed. Dit zou afbreuk doen aan de doelen van een keuzehulp. Door complete informatie te geven kunnen individuen niet op een manier beïnvloed worden die leidt tot het sneller aannemen of afwijzen van een optie.

10. Het gebruik van duidelijke taal, rekening houdend met de (gezondheids)geletterdheid van de populatie (McCaffery et al., 2012).

De gezondheids-geletterdheid geeft de capaciteit aan om gezondheidsinformatie te verkrijgen, te verwerken en te begrijpen. Patiënten dienen te beschikken over voldoende lees-, schrijf-communicatieve-, cognitieve- en sociale vaardigheden om informatie goed te kunnen analyseren en geïnformeerde beslissingen te maken. De gezondheidsinformatie die in de keuzehulp verwerkt is dient te worden geleverd op een manier waarop het grootste gedeelte van de mensen voor wie het bedoeld is het begrijpt. Er dient dus rekening gehouden te worden met de gezondheids-geletterdheid van de populatie.

11. Het baseren van informatie op volledig, kritisch geëvalueerd en actueel bewijs (Montori et al., 2012).

Informatie in de keuzehulp dient ten eerste volledig te zijn, wat betekent dat de makers van de keuzehulp alle beschikbare informatie kritisch hebben geëvalueerd en op basis van alle beschikbare informatie een keuze hebben gemaakt over welke (meest betrouwbare) informatie wordt meegenomen in de keuzehulp. In de keuzehulp dient genoteerd te zijn in hoeverre de informatie te vertrouwen is, gegeven de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs waarop de informatie

gebaseerd is. Informatie dient up-to date te zijn en er moet worden aangegeven wanneer er voor het laatst een nieuwe versie is gemaakt van de keuzehulp.

12. Het vaststellen van de effectiviteit (Sepucha et al., 2012).

Om de effectiviteit van keuzehulpen vast te kunnen stellen is het noodzakelijk om bewijs te verzamelen dat de keuzehulp zowel de kwaliteit van het besluitvormingsproces als de kwaliteit van de gemaakte keuze verbetert. De kwaliteit van het besluitvormingsproces kan worden gemeten door te kijken naar de mate waarin de keuzehulp de patiënt helpt in: het erkennen dat er een beslissing genomen moet worden, het geïnformeerd voelen over de opties en de kenmerken van deze opties en het duidelijk hebben welke waarden voor de patiënt het meest belangrijk zijn in de beslissing. Daarnaast kan de kwaliteit gemeten worden door te kijken naar de mate van betrokkenheid in de beslissing en de mogelijkheid tot het bespreken van doelen, zorgen en voorkeuren met de arts. De kwaliteit van de gemaakte keuze wordt gedefinieerd als de mate waarin de uiteindelijke keuze van de patiënt past bij de persoonlijke waarden van de patiënt en de mate waarin de keuze daadwerkelijk tot uitvoering gebracht wordt.

Bijlage 7: Informatiebrief studenten

Betreft: informatiebrief medewerking onderzoek anticonceptiekeuze bij studenten.

Beste studente,

Bedankt dat ik met jou een gesprek mag voeren over de keuze voor een anticonceptiemethode. Gedurende het vraaggelak zal ik eerst enkele vragen stellen met betrekking tot de anticonceptiemethode die je nu gebruikt: hoe je tot deze keuze gekomen bent, of je al eens gewisseld bent van methode, of je tevreden bent of niet en waarom, et cetera. Vervolgens wil ik enkele vragen stellen rondom de factoren die belangrijk zijn bij de keuze van een anticonceptiemethode: welke kenmerken van de anticonceptiemethoden je belangrijk vindt, welke informatie je graag wilt weten, waar of bij wie je deze informatie vandaan haalt.

Vervolgens zal ik enkele vragen stellen met betrekking tot (het gebruik van) online keuzehulpen. Op het internet zijn reeds enkele keuzehulpen beschikbaar die vrouwen (of mannen) kunnen helpen bij het vinden van een passende anticonceptiemethode. Bij een keuzehulp wordt je stap voor stap, vaak door middel van vragen of stellingen, naar de meest passende anticonceptiemethode gebracht. Ik zal je enkele keuzehulpen voorleggen en onder andere graag willen weten wat je aanspreekt in de keuzehulpen of wat je juist als beperkingen van de keuzehulp ziet.

Het doel van het onderzoek dat ik uitvoer is om aanbevelingen te doen voor een op maat gemaakte keuzehulp voor studenten. Hoe een keuzehulp met betrekking tot anticonceptie er, specifiek voor studenten, uit moet komen te zien is nog onbekend, net als de factoren op basis waarvan studenten een keuze voor een anticonceptiemethode maken. Dit ga ik onderzoeken door gebruik te maken van literatuur, eerdere onderzoeken bij Bureau Studentenartsen, gesprekken met beleidsmakers of onderzoekers die ervaring hebben met het ontwikkelen van keuzehulpen en vraaggelakken met studenten zoals jij.

De aanbevelingen voor een op maat gemaakte keuzehulp voor studenten zullen een aanleiding zijn voor de ontwikkeling van een keuzehulp. In de toekomst kan Bureau Studentenartsen een keuzehulp op hun website aanbieden hetgeen de begeleiding omtrent anticonceptie verbetert en de keuze voor een anticonceptiemethode voor studenten vergemakkelijkt.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van een bachelorstage bij de opleiding gezondheidswetenschappen aan de VU. Ik ben blij dat jij een bijdrage wilt leveren aan het onderzoek. Het is belangrijk dat je weet dat alle gegevens vertrouwelijk behandeld zullen worden en anoniem zullen worden verwerkt. Wanneer je een vraag niet wilt of kunt beantwoorden dan is dit natuurlijk prima, we kunnen ook op ieder moment stoppen met het interview wanneer jij dit aangeeft. Wanneer je verder nog vragen hebt kun je me mailen (j.m.molenaar@uva.nl) of je kunt bellen naar 020 525 29 54.

Hartelijke groeten en tot op onze afspraak,

Joyce Molenaar

www.studentenartsen.nl

Bijlage 8: Informed consent verklaring

Betreft: medewerking aan onderzoek naar anticonceptiekeuze onder studenten.

Respondent

Ik verklaar hierbij dat ik:

- ☐ Op duidelijke wijze, mondeling en schriftelijk, ben ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik heb voldoende informatie ontvangen en voldoende gelegenheid gehad om vragen te stellen. Als ik vragen had, heb ik daar bevredigende antwoorden op gekregen.
- ☐ Geheel vrijwillig bereid ben om aan dit onderzoek mee te werken.
- ☐ Er van op de hoogte ben dat ik mijn medewerking aan dit onderzoek kan stoppen
 - op ieder moment.
 - zonder een reden aan te geven.
- ☐ Er van op de hoogte ben dat de gegevens van het vraaggesprek anoniem en vertrouwelijk zullen worden verwerkt.

Naam:

Handtekening:

Datum:

Onderzoeker

Ik verklaar hierbij dat ik:

- ☐ Op duidelijke wijze, mondeling en schriftelijk, toelichting heb verstrekt over de aard, methode en doel van het onderzoek.
- ☐ Bereid ben om nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.
- ☐ De verzamelde gegevens anoniem en vertrouwelijk zal verwerken.

Naam:

Handtekening:

Datum:

Bijlage 9: Lijst met aandachtspunten vraaggesprekken

Introductie

- Bedanken voor medewerking onderzoek.
- Goedkeuring opname vragen.
- Doel onderzoek en waarom uitgevoerd. Vragen?
- Gegevens anoniem en vertrouwelijk behandeld.
- Informed consent.

Aandachtspunten

Achtergrond

Kun je misschien iets over jezelf vertellen?

- Leeftijd
- Nationaliteit zelf en ouders
- Religie zelf en ouders
- Geboorteland en plaats (stad of dorp)
- Huidige woonplaats
- Woonsituatie
- Studierichting en jaar
- Opleidingsinstituut
- Relatie ja/nee en eventueel duur van de relatie
- (Toekomstplannen)

Anticonceptiegebruik (geschiedenis)

Zou je iets kunnen vertellen over de anticonceptiemethode welke je nu gebruikt en over hoe dat zo is gekomen?

- Welke methode, voor hoe lang.
- Leeftijd begonnen met anticonceptie (en gewisseld).
- Reden (beginnen en wisselen).
- Relatie nu/ bij keuze.
- Tevredenheid anticonceptiemethode (waarom wel/niet), beleving anticonceptiegebruik.

Factoren keuze anticonceptie

Denk even terug aan dat moment dat je .. oud was en besloot dat je anticonceptie wilde gaan gebruiken. Zou je iets kunnen vertellen over het moment dat je ging kiezen voor een anticonceptiemethode?

- Belangrijke factoren bij de keuze (kenmerken methode).
- Waar informatie verkrijgen (personen/andere informatiebronnen).
- Soort informatie van verschillende personen/informatiebronnen.
- In hoeverre informeren (goed/niet zo goed)(hoe komt dat?)
- Informatiebehoefte bij keuze.

Behoeft nu rondom de keuze anticonceptie

Stel je voor dat je zelf het ideale anticonceptiemiddel mocht ontwikkelen en dat je dit anticonceptiemiddel helemaal mocht inrichten naar eigen keuze. Kun je mij iets vertellen over hoe dit anticonceptiemiddel er dan uit zou komen te zien?

- Kenmerken anticonceptiemethode.
- Verkrijgen anticonceptiemethode.

En stel nu, dat dit middel niet bestond en dat ook het middel dat jij nu gebruikt van de markt zou worden gehaald. Je kunt beide middelen dus niet gebruiken als anticonceptiemethode. En dan?

- Waar informatie verkrijgen. Verandering t.o.v. eerdere keuze.
- Belangrijke factoren bij de keuze (kenmerken methode). Verandering t.o.v. eerdere keuze.
- Achter beslisstijl zien te komen en welke factoren hier dan bij horen: op welke manier keuze maken). (Bijvoorbeeld rationeel, intuïtief, afhankelijk, ontwijkend, spontaan.)

Rol huisarts bij keuze anticonceptie

Welke rol kan de huisarts aannemen bij het maken van de keuze?

- Omgang met huisarts.
- Aanvragen anticonceptie.
- Verwachtingen/wensen met betrekking tot advies anticonceptiemethode.
(Alles vertellen, onzekerheid wegwerken, medische aspecten, enkele voor en nadelen van gewenste methode bespreken en de bijwerkingen, werking, gebruik).

Ervaring rondom keuzehulp/beslisboom

Zou je iets kunnen vertellen over de rol die het internet speelt/voor jou kan spelen bij het kiezen van een anticonceptiemethode?

- Gebruik online keuzehulp ja/nee en waarom.
- Ervaring online keuzehulp.
- In hoeverre geholpen.
- Mogelijkheden zien in gebruiken keuzehulp.
- Mogelijke aanvulling artsbezoek. In hoeverre en waarom.

Doornemen keuzehulpen

Graag wil ik samen met jou enkele keuzehulpen doornemen zodat jij ze van commentaar kan voorzien. Zeg alles wat je denkt, welke keuze je maakt, waarom, hoe je je er bij voelt, etcetera.

- Opvallend.
- Aansprekend (fijn, aantrekkelijk) en waarom.
- Beperkingen/vervelende zaken keuzehulp en waarom.
- Waarom wel/niet deze keuzehulp gebruiken.
- Genoeg informatie om goede keuze te maken?
- Missende dingen.
- Verwachting uitkomst.

<http://www.anticonceptievoorjou.nl/site/>

- Stellingen.
- Vormgeving.
- Aantrekkelijk maken keuzehulp.

<http://anticonceptiekompas.nl/>

- Vragen en mogelijkheid voorkeur geven.
- Informatie einde van de tekst.

<http://www.anticonceptiemethoden.nl/test.htm>

- Overzicht rechts in beeld.
- Heb je het gevoel dat je een keuze hebt?
- Benodigde vragen bij korte keuzehulp

<http://www.fpa.org.uk/contraception-help/my-contraception-tool>

- Kort of lange versie en waarom.
- Inzicht in alle methoden.

www.anticonceptie.nl

- Mogelijkheid tot maken goede keuze. Kan eventueel test zoals eerder besproken helpen?
- Te verwarrend/te veel of juist beter om eigen keuze te kunnen maken.

Algemeen indruk keuzehulpen

- Wanneer een goede keuzehulp (onder welke voorwaarden, welke elementen).
- Beste en slechtste keuzehulp en waarom.
- Betrouwbaarheid keuzehulpen (in hoeverre hierop letten, acht je informatie betrouwbaar)
- Werken met stellingen/vragen/alle info en waarom.
- Werken met wel iets willen t.o.v. niet iets willen en waarom.
- Ideale keuzehulp.
- Aantrekkelijk maken.
- Aanpassing studentenleven.

Afsluiting

Dit levert al veel informatie op, dankjewel. Heb je zelf nog toevoegingen? Heb je nog tips voor mij misschien?

Wanneer ik nog eventuele vragen heb, mag ik die dan naar je mailen?

Hartelijk bedankt voor alle tijd en informatie die je hebt kunnen leveren!

Wil je wanneer ik mijn onderzoek afgerond heb het onderzoeksverslag via de mail ontvangen?

Bijlage 10: Keuzehulpen in vraaggesprekken.

Niet alle beschikbare online keuzehulpen zijn in de vraaggesprekken bevraagd. Dit zou te veel tijd kosten en is ook niet nodig, aangezien sommige keuzehulpen sterk op elkaar lijken. De keuzehulpen die in de vraaggesprekken zijn bevraagd zijn uitgezocht door te kijken naar de manier waarop zij de vrouw naar de meest passende anticonceptiemethode leiden. In bijlage 5 staat een overzicht van alle beschikbare keuzehulpen en in de laatste kolom staat welke waardeverduidelijkingsmethode in de keuzehulpen is gebruikt. Op basis hiervan is een keuze gemaakt voor de volgende keuzehulpen:

1. <http://www.anticonceptievoorjou.nl/site/>

Deze keuzehulp werkt met stellingen. Kenmerken van de situatie en de opties worden geïdentificeerd en de verschillende kenmerken van de opties komen samen door middel van compenserende beslisregels. Uiteindelijk volgt een advies en een andere beste keuze.

2. <http://anticonceptiekompas.nl/>

Deze keuzehulp werkt met vragen, waarbij de vrouw dient aan te geven waar zij de voorkeur aan geeft of wat in haar situatie van toepassing is. Kenmerken van de situatie en de opties worden geïdentificeerd en de verschillende kenmerken van de opties komen samen door middel van niet-compenserende beslisregels, opties die niet bij het antwoord passen worden geëlimineerd. Uiteindelijk komt men uit op één anticonceptiemethode.

3. <http://www.anticonceptiemethoden.nl/test.htm>

Deze keuzehulp werkt met vragen, waarbij de vrouw dient aan te geven waar zij de voorkeur aan geeft. Er wordt een overzicht gegeven van de verschillende opties. Kenmerken van de situatie en de opties worden geïdentificeerd en de verschillende kenmerken van de opties komen samen door middel van niet-compenserende beslisregels, opties die niet bij het antwoord passen worden geëlimineerd. Uiteindelijk komt men uit op één anticonceptiemethode.

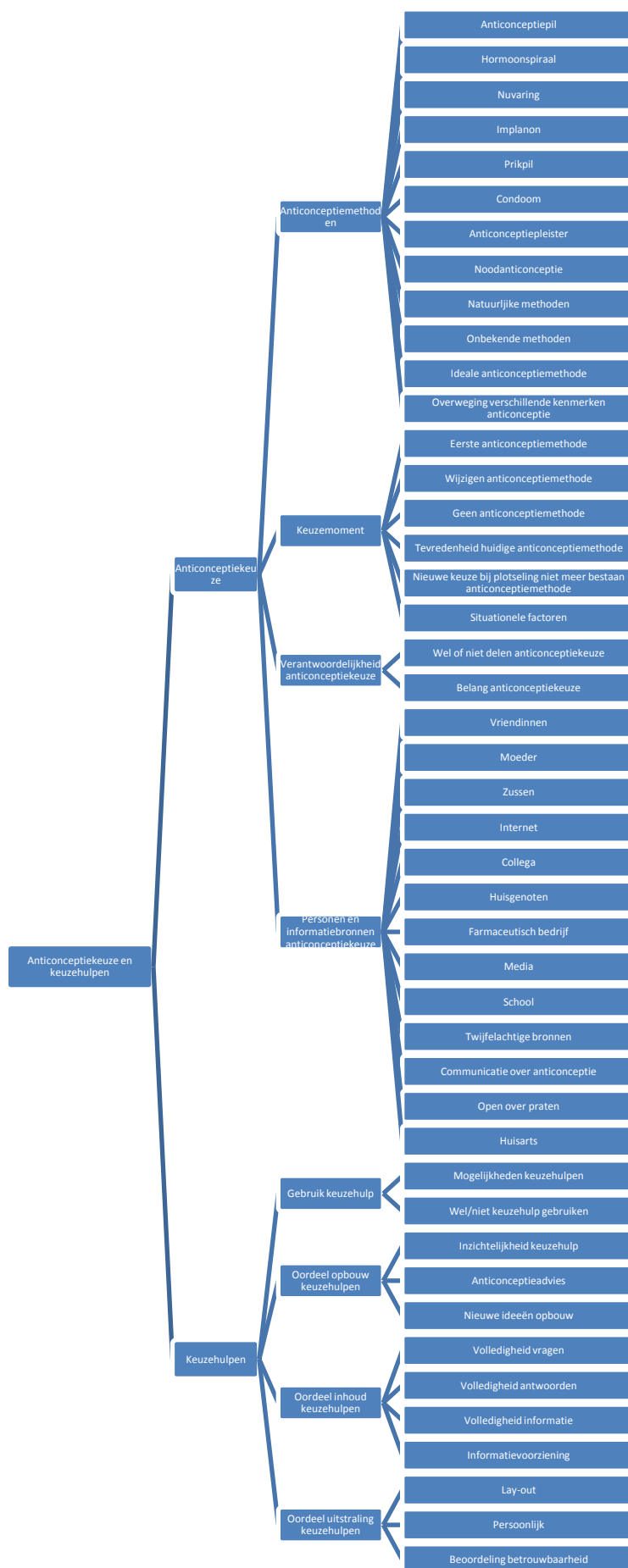
4. www.anticonceptie.nl

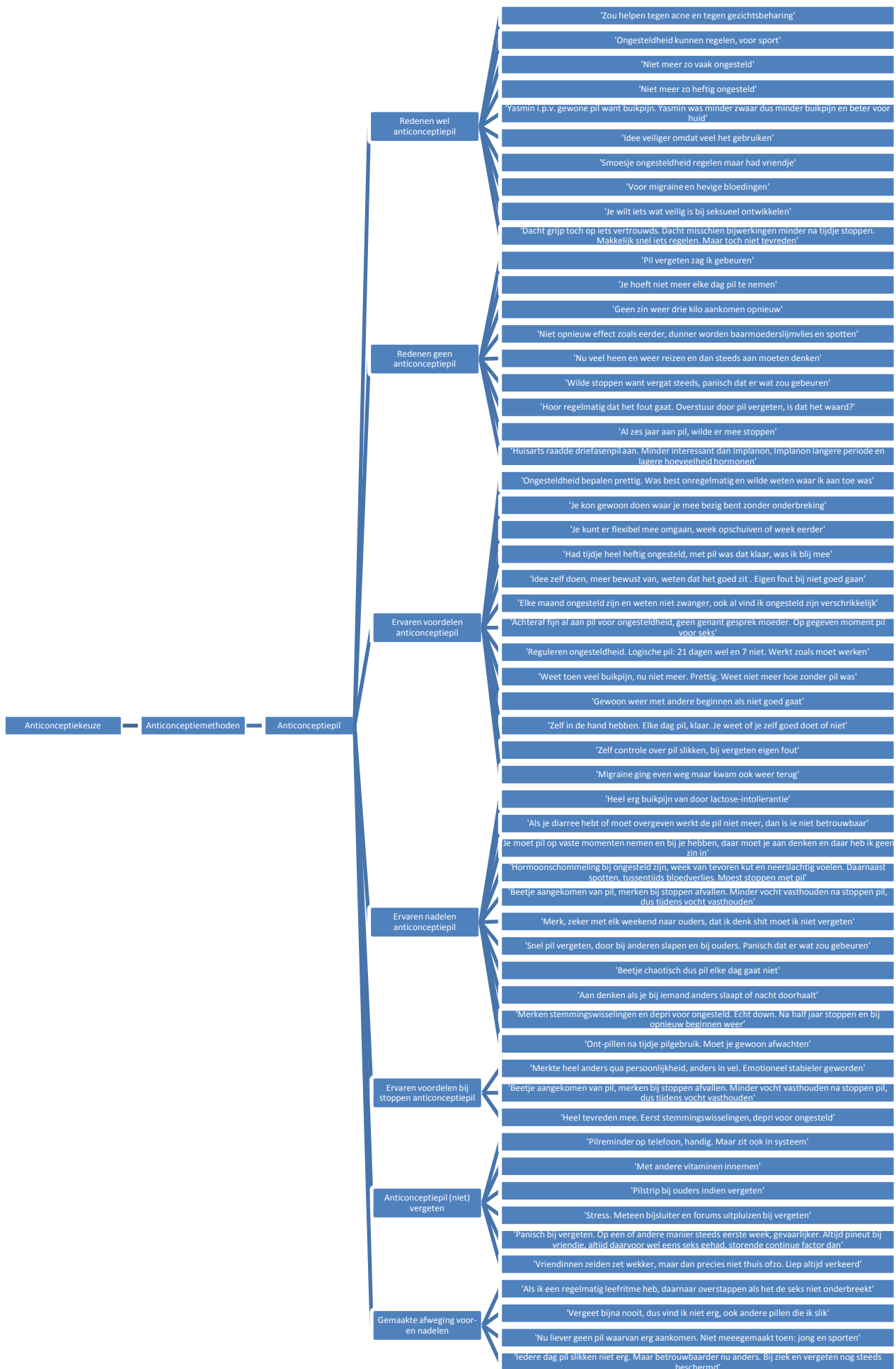
Deze website geeft een overzicht van alle mogelijke opties en hun kenmerken. Kenmerken van de situatie en van de opties worden geïdentificeerd en door middel van vragen en antwoorden kan men de anticonceptiemethode vinden die het best past bij hun situatie. Opties worden gedurende het proces gegenereerd. Uiteindelijk is er niet één methode die aangewezen wordt, maar men kan zelf een keuze maken met alle mogelijke informatie.

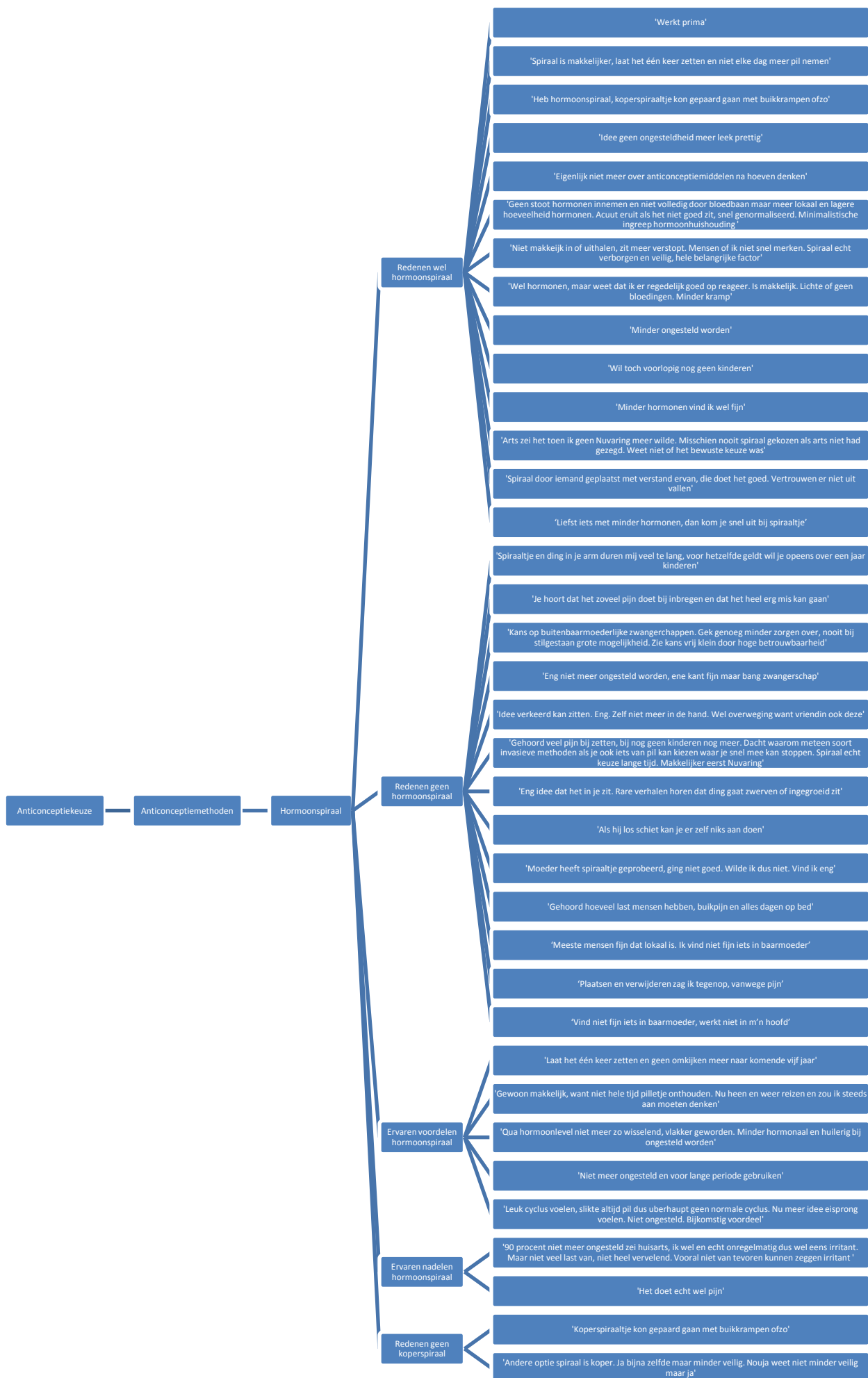
5. <http://www.fpa.org.uk/contraception-help/my-contraception-tool>

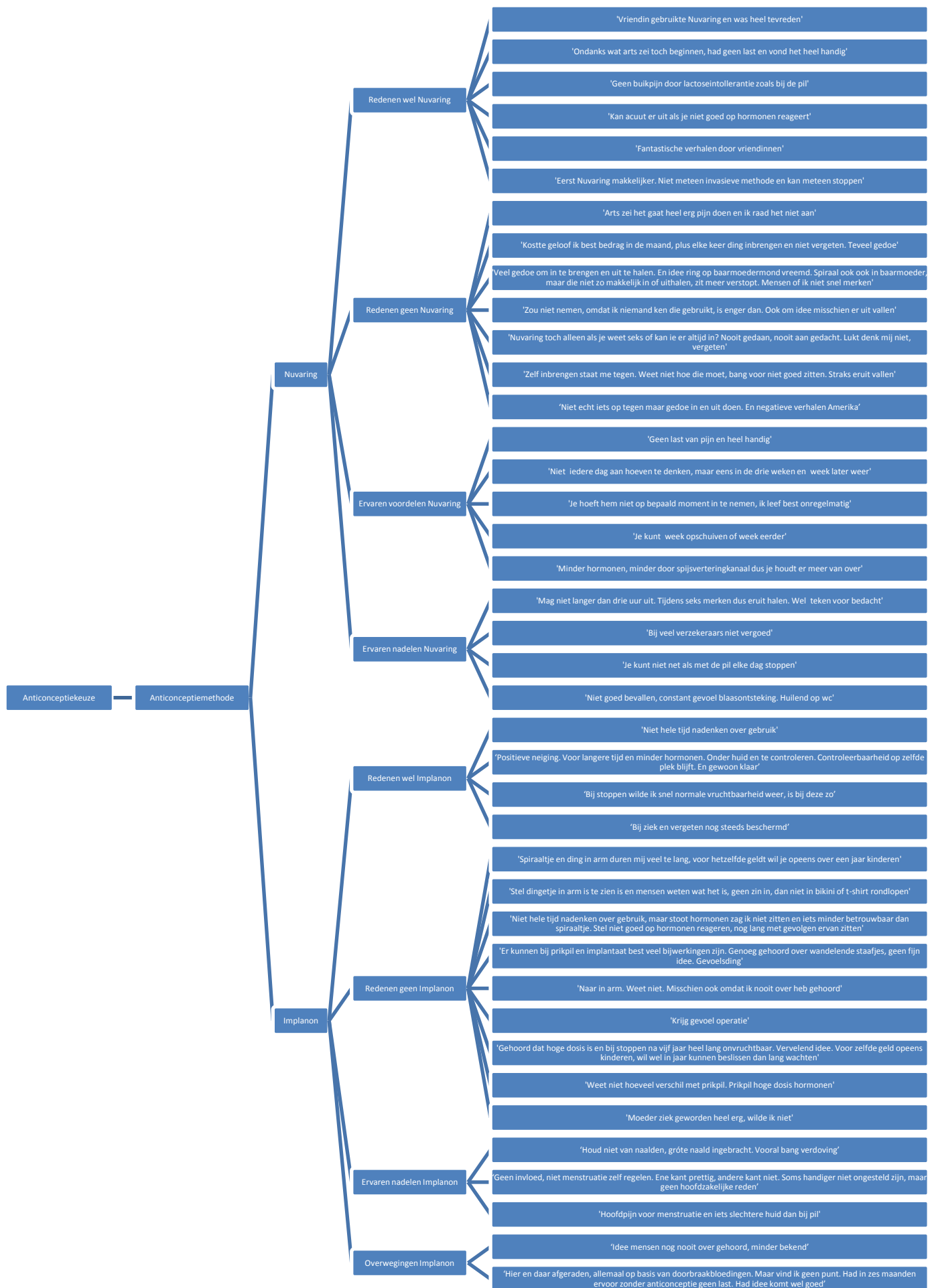
Deze website werkt met een korte en een lange versie. In de lange versie worden medische condities meegenomen. Kenmerken van de situatie en van de opties worden geïdentificeerd en komen samen door middel van compenserende beslisregels (en bij de lange versie een combinatie van compenserende en niet-compenserende beslisregels). Uiteindelijk krijgt men een overzicht van de verschillende geschikte anticonceptiemethoden (waar bij de lange versie de methoden die geen mogelijkheid zijn door bepaalde medische condities/medicijnen er uit zijn gehaald) en in hoeverre deze passen bij de voorkeuren van de patiënt. Er wordt een holistische vergelijking gemaakt.

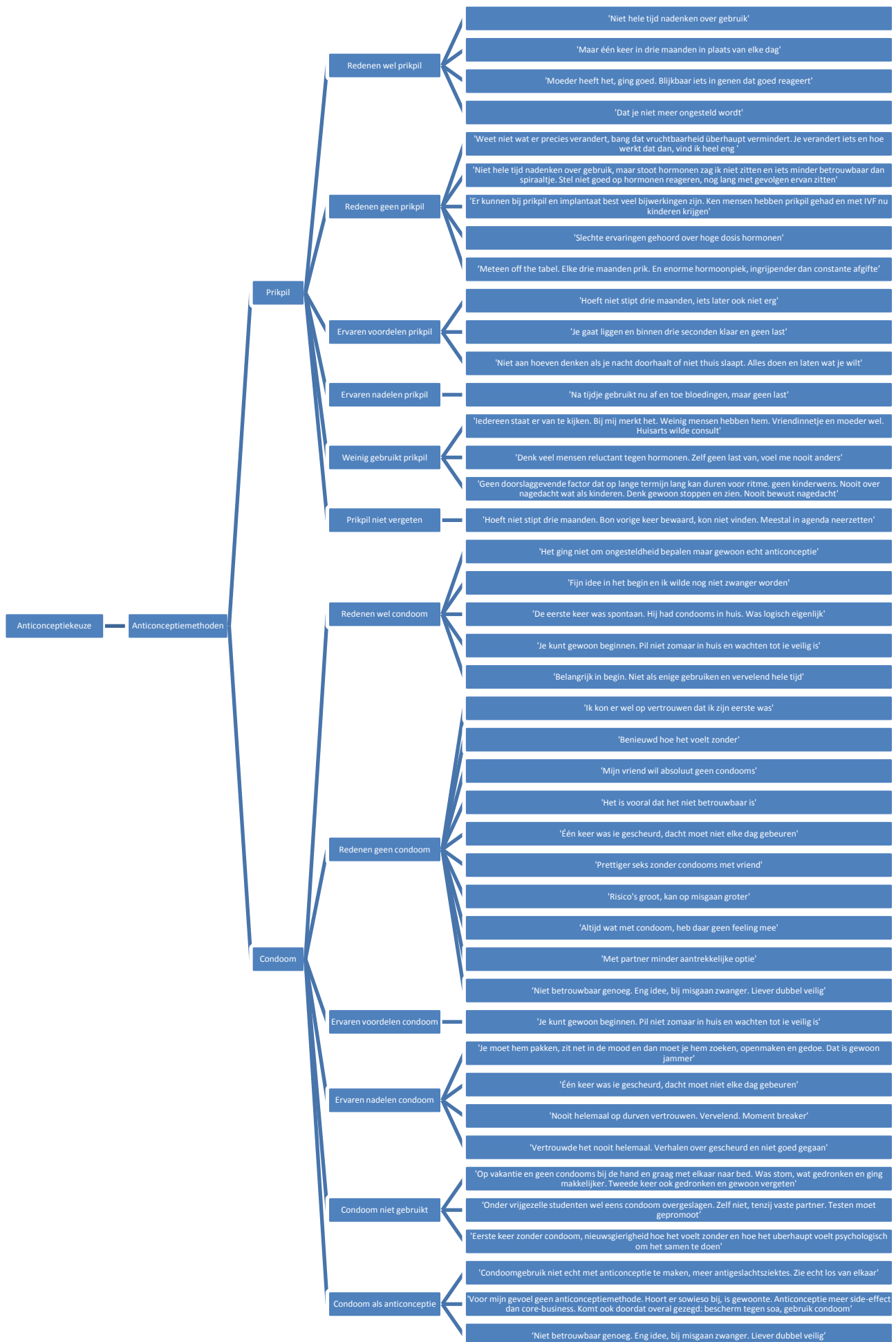
Bijlage 11: Codeboom

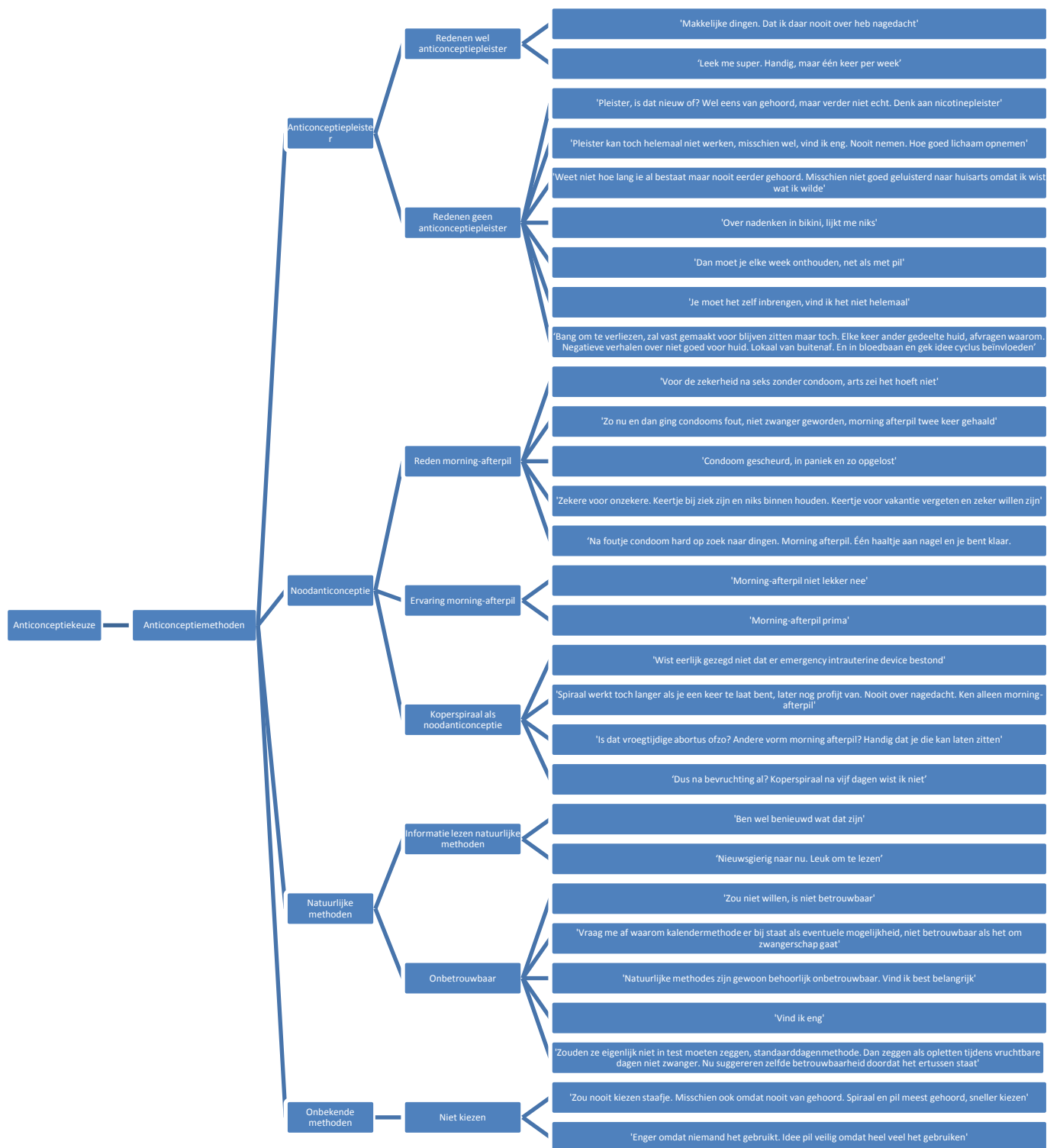


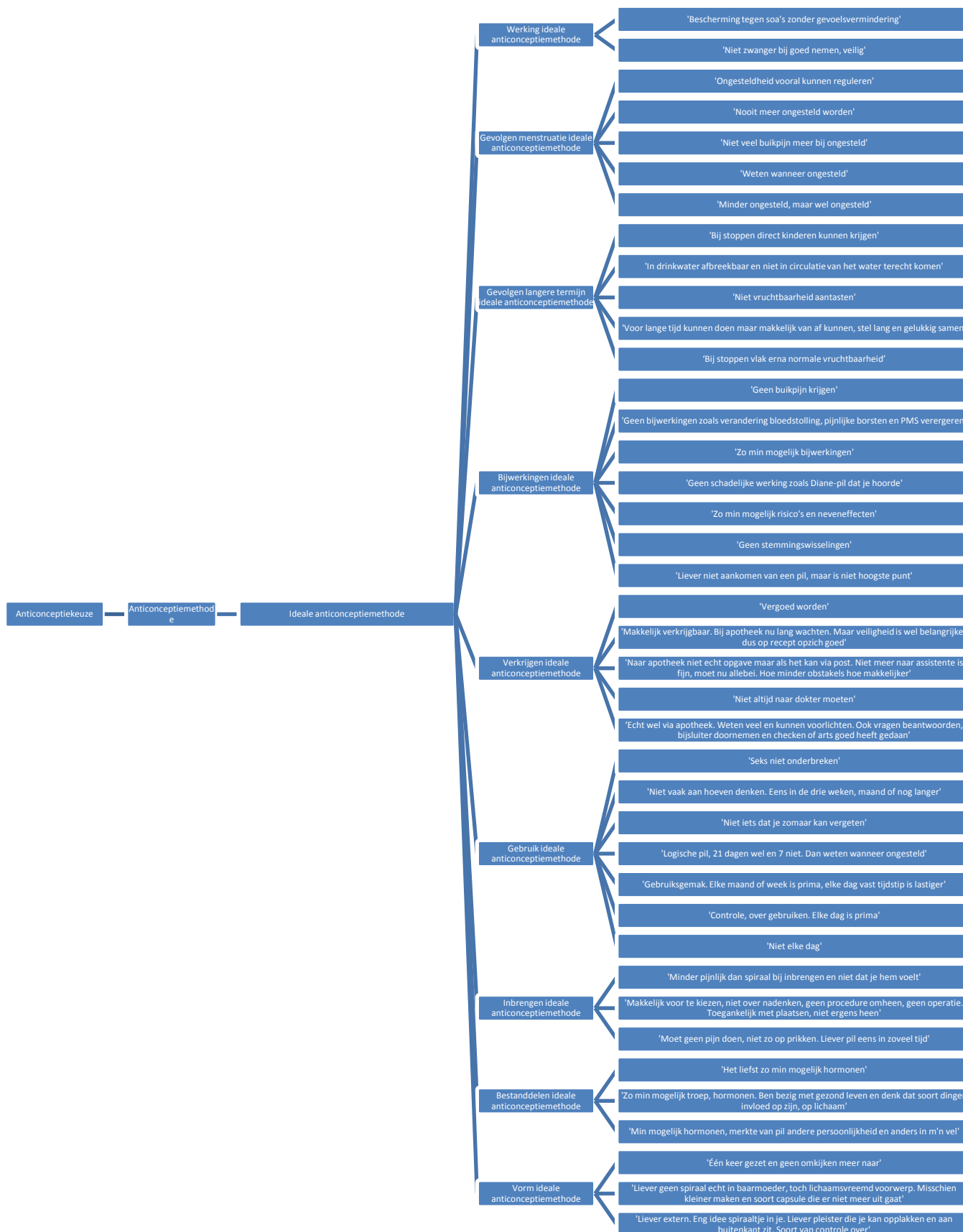


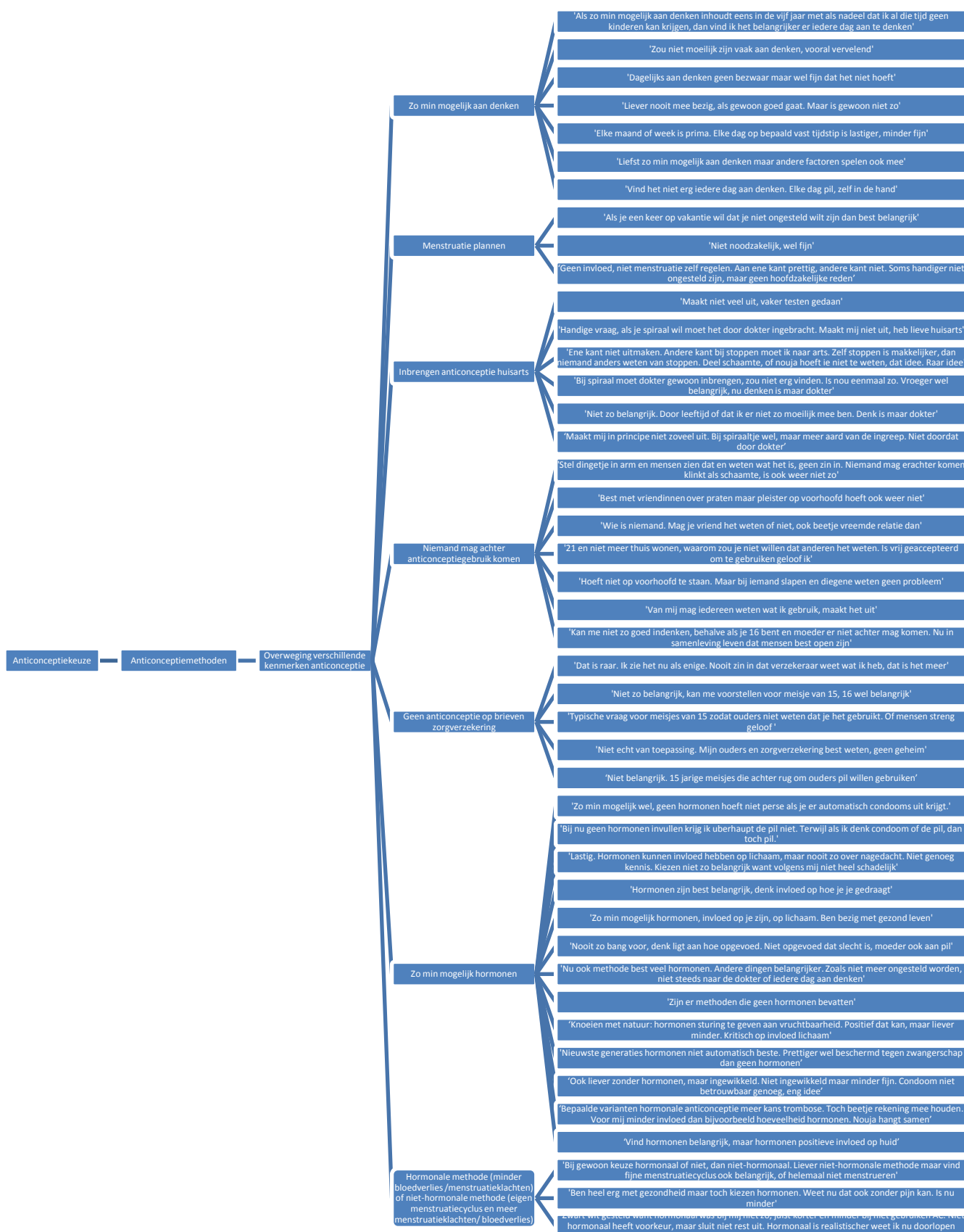


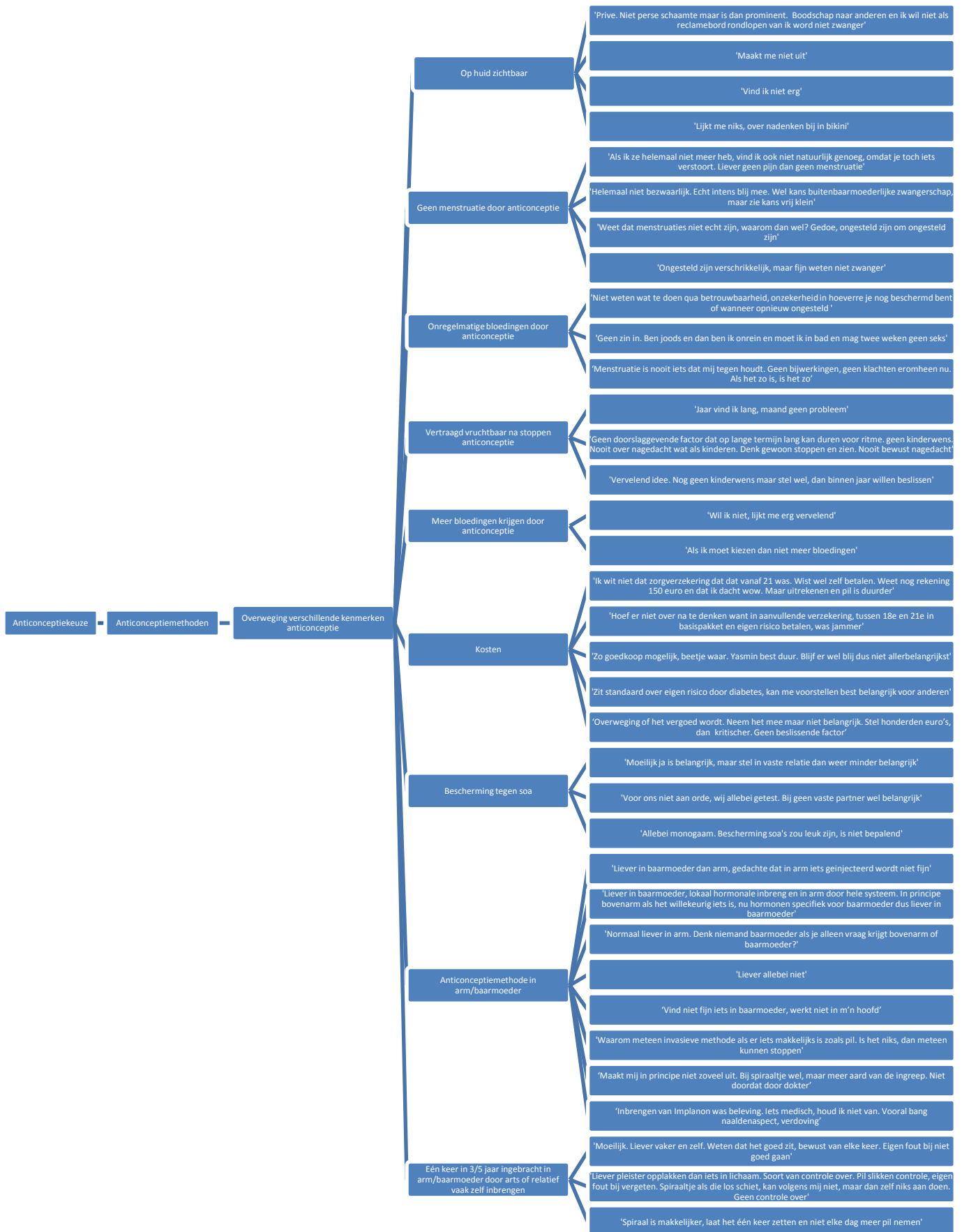


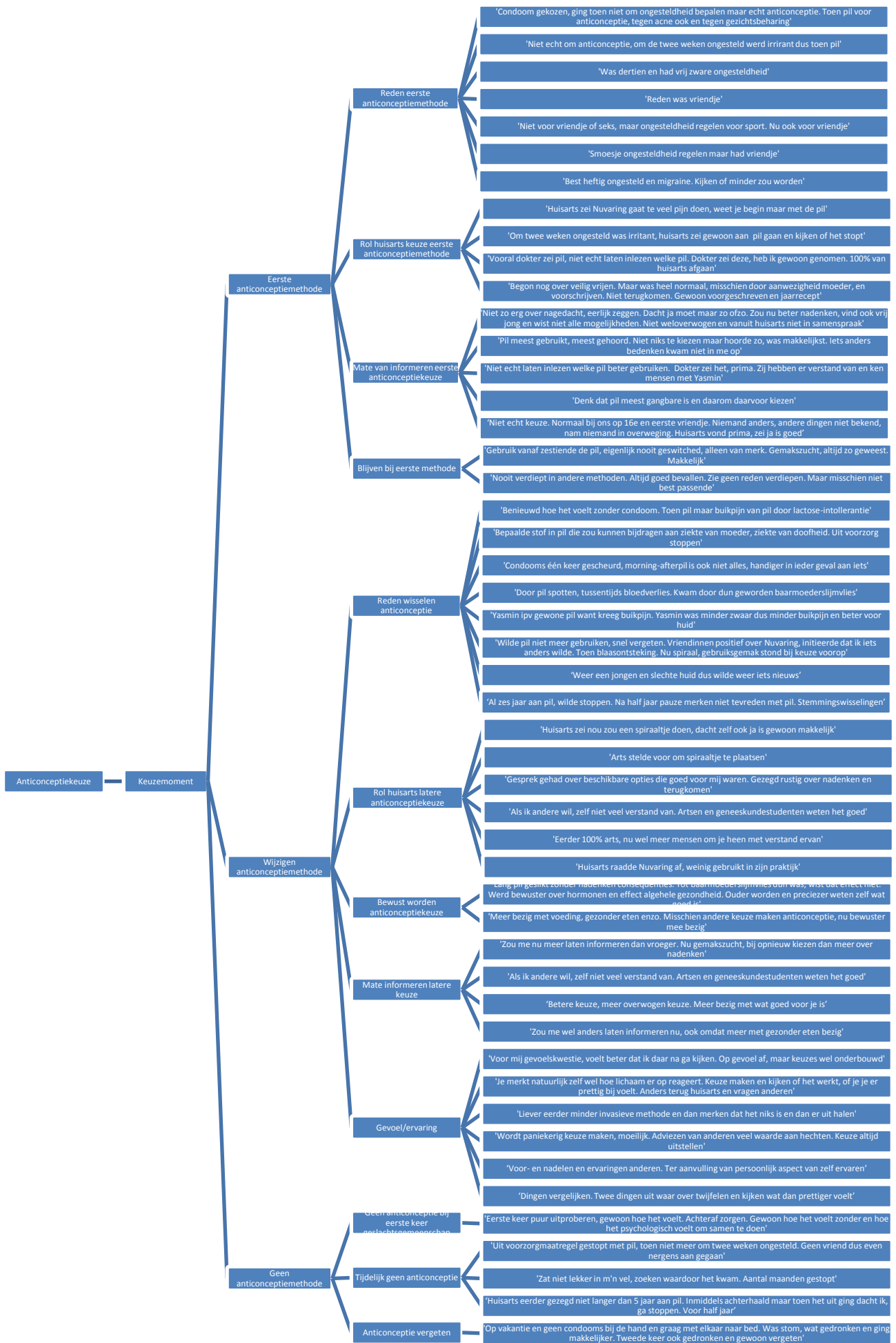


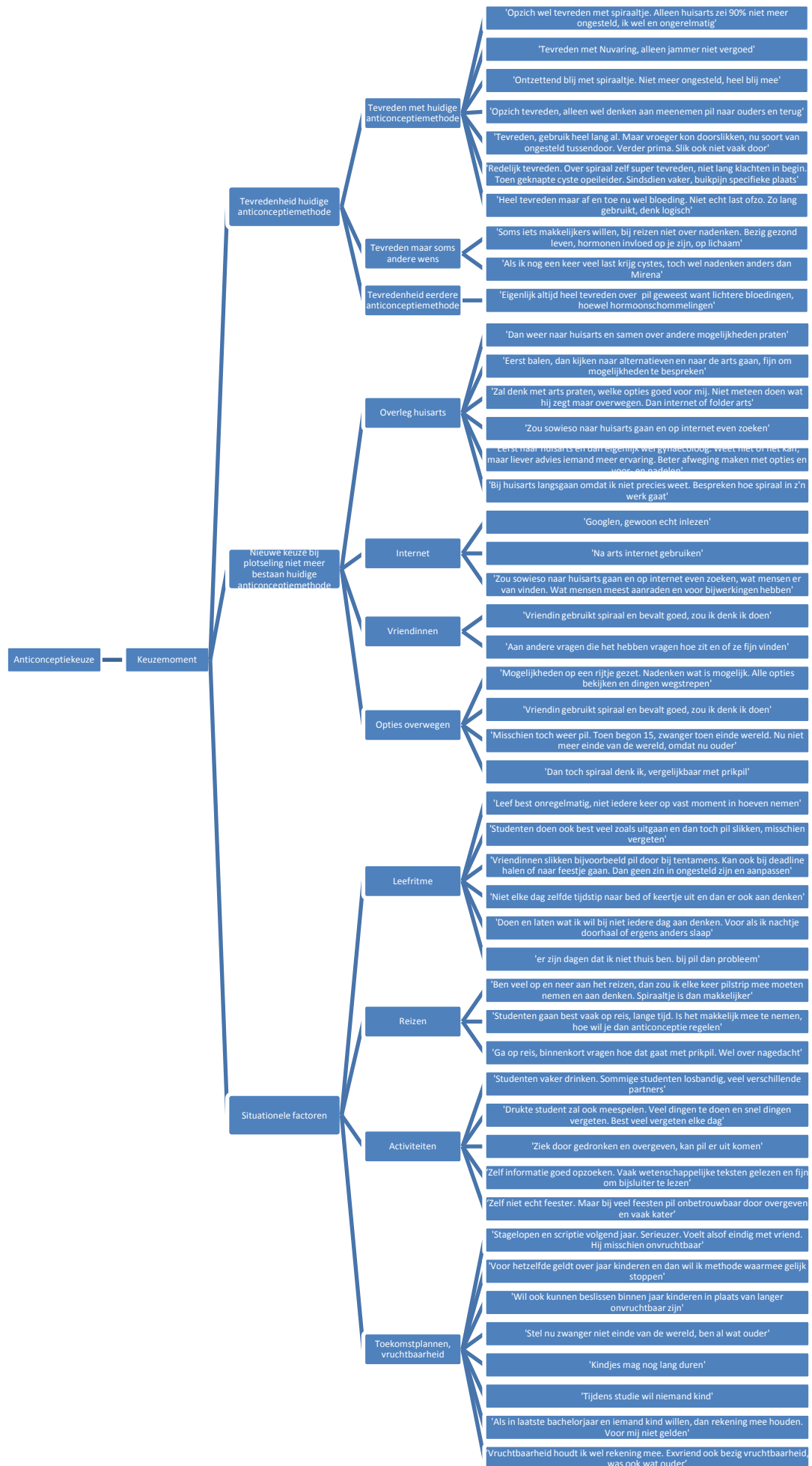


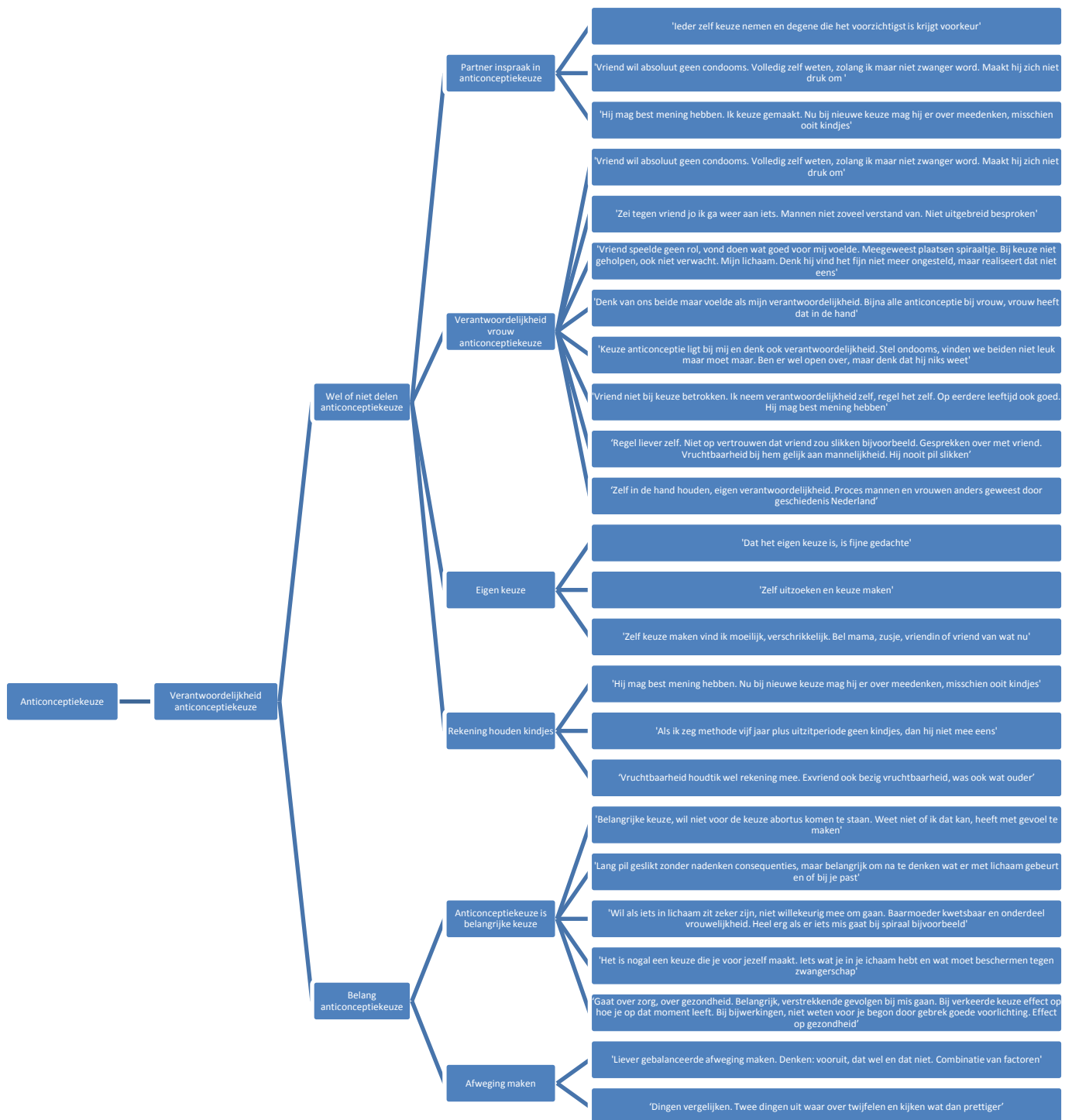


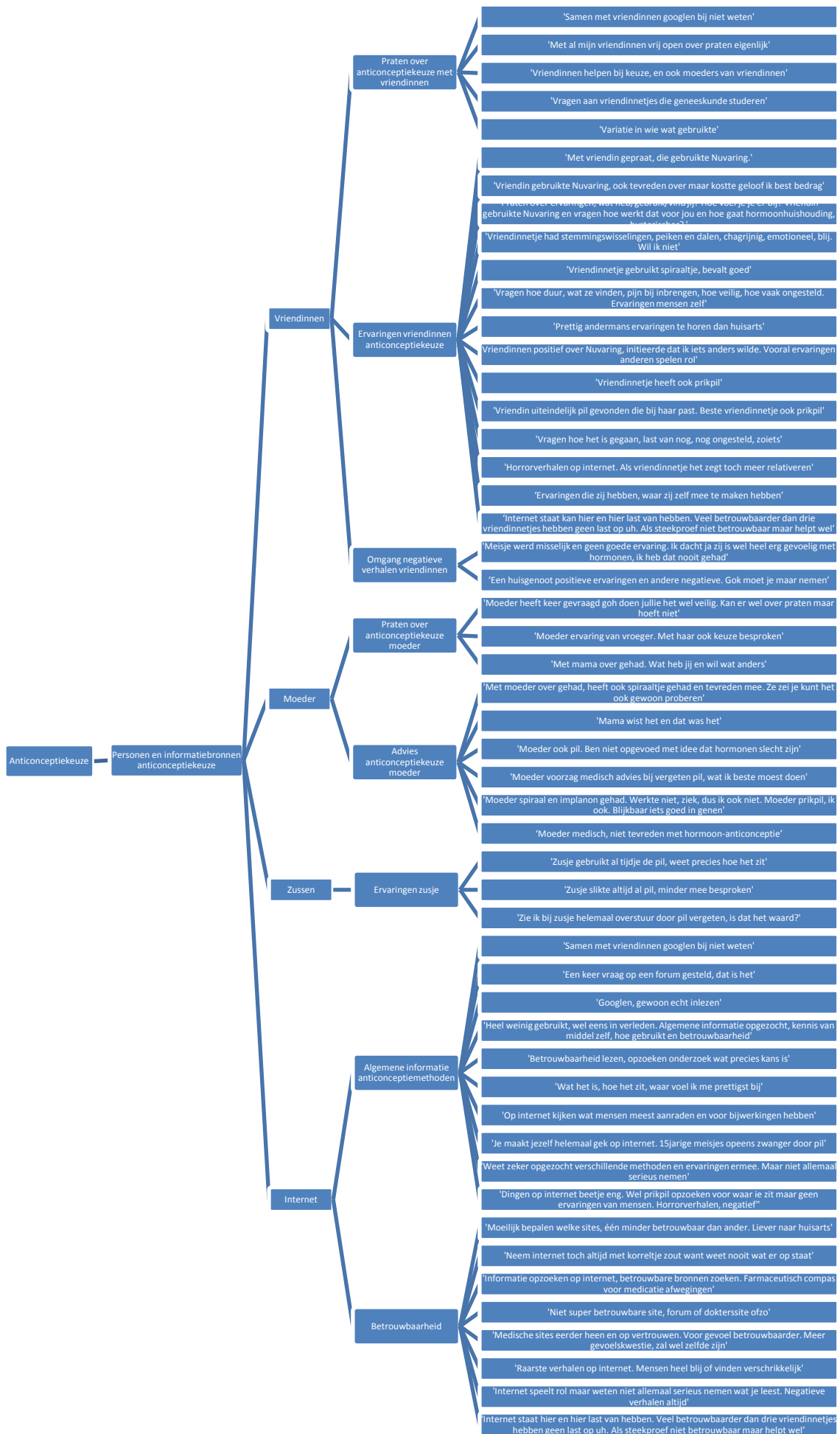


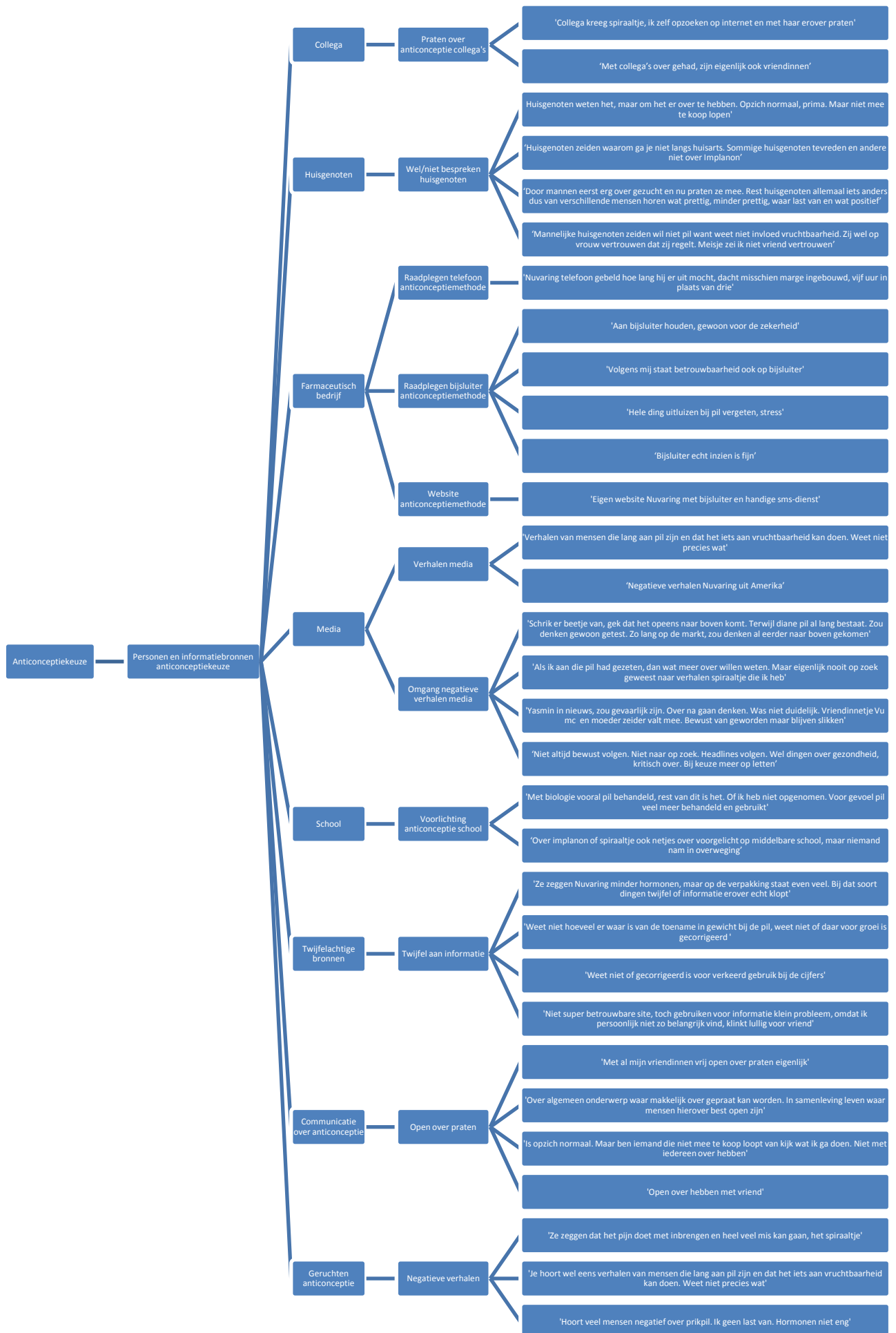


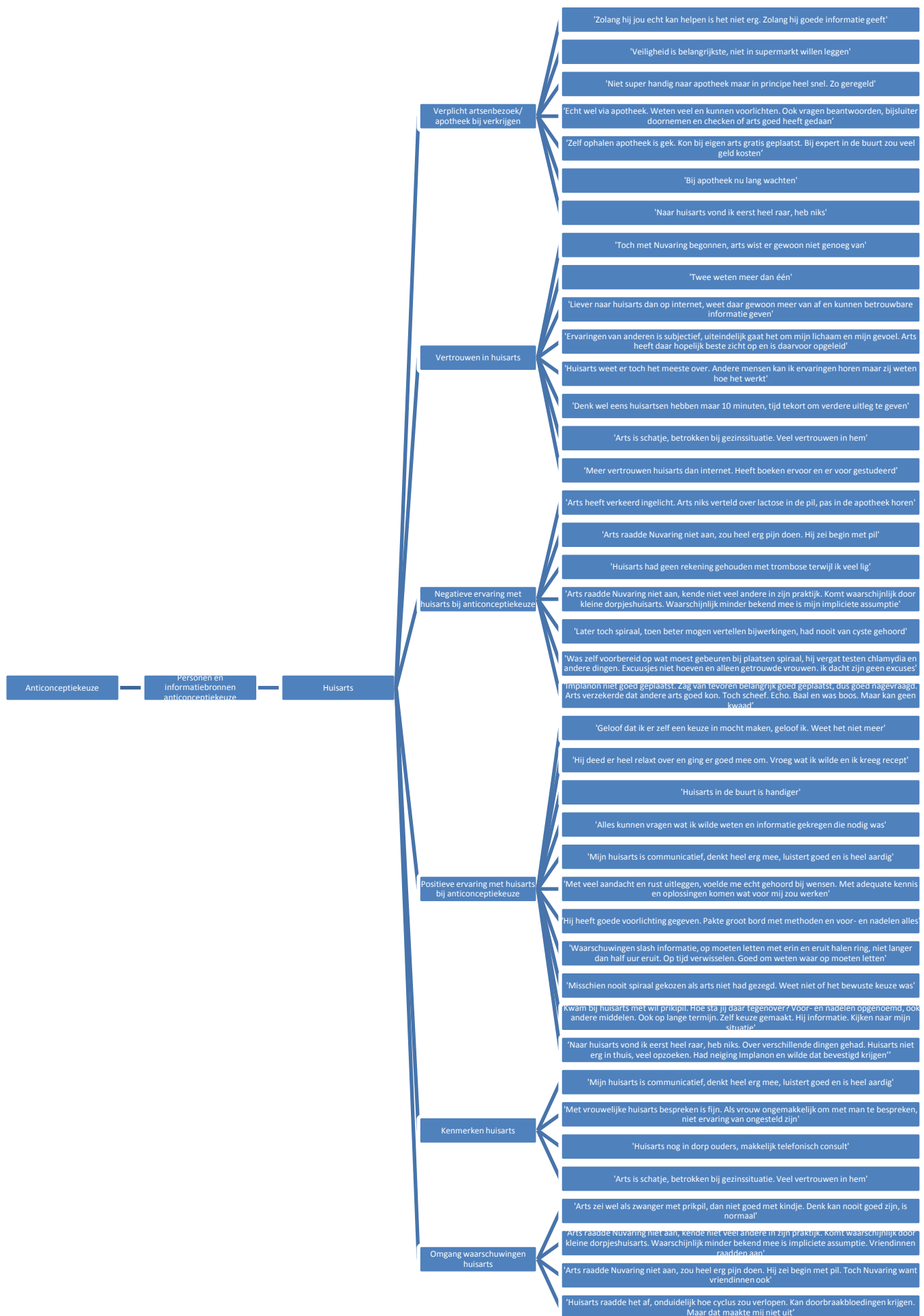


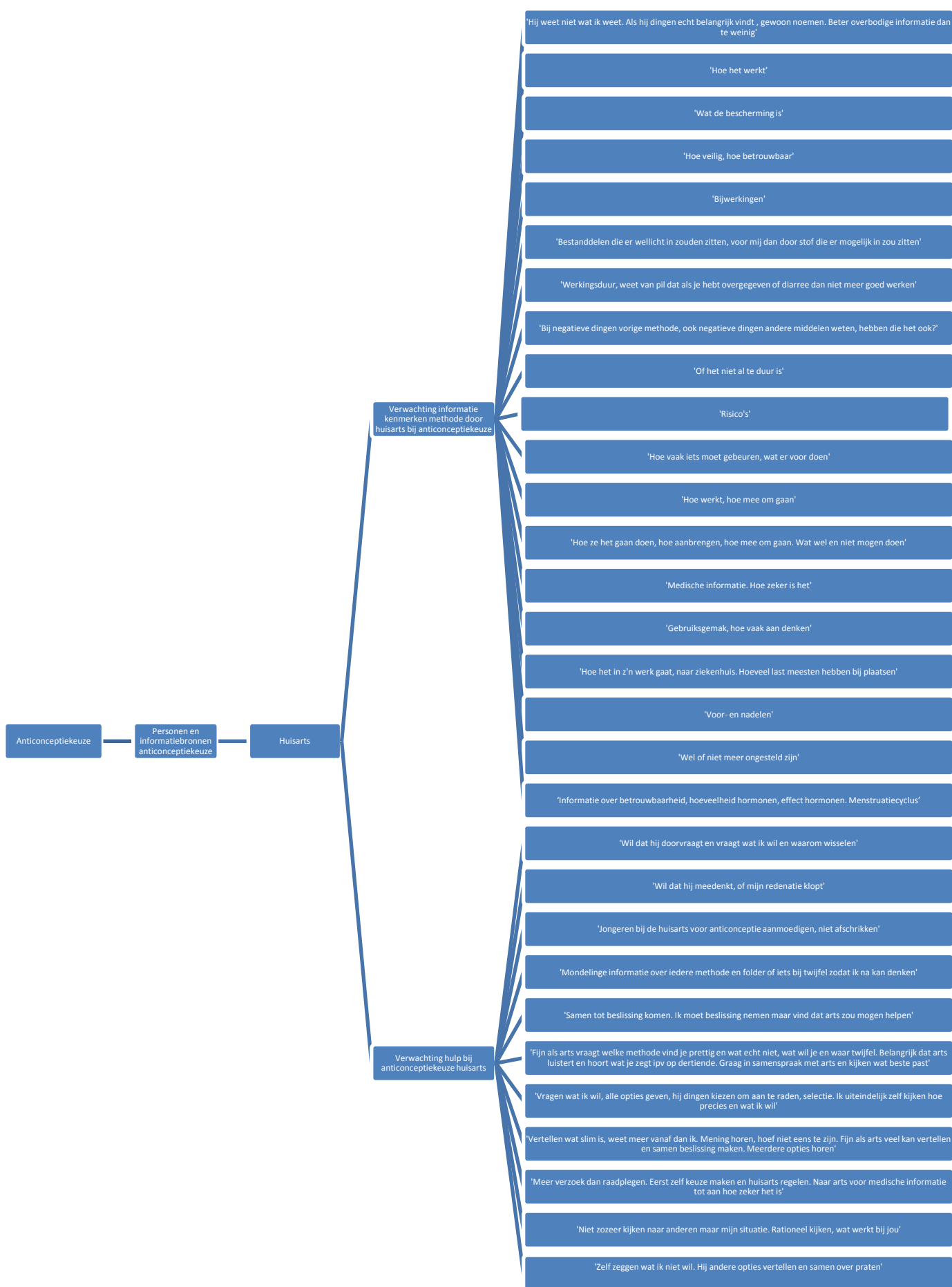


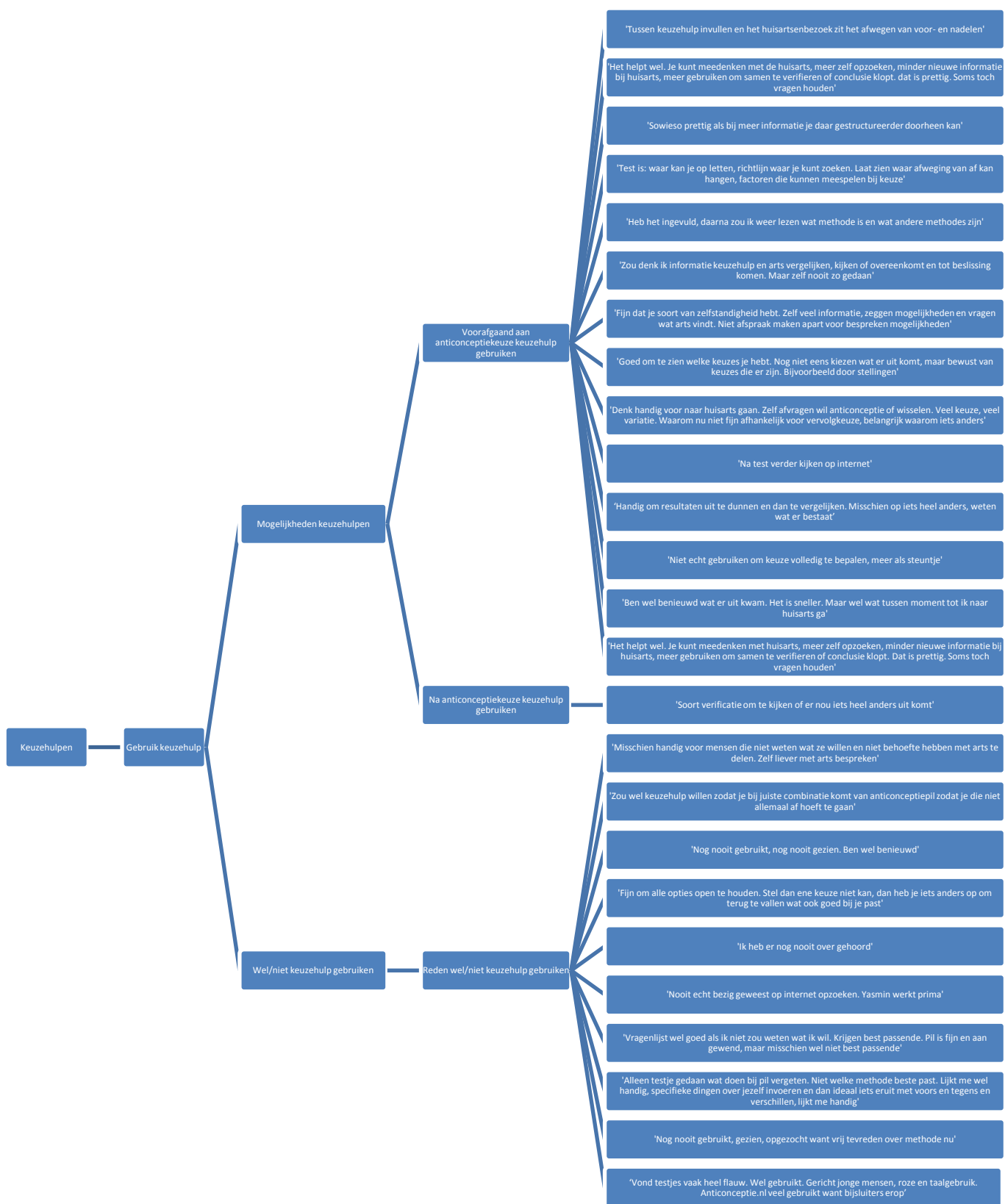


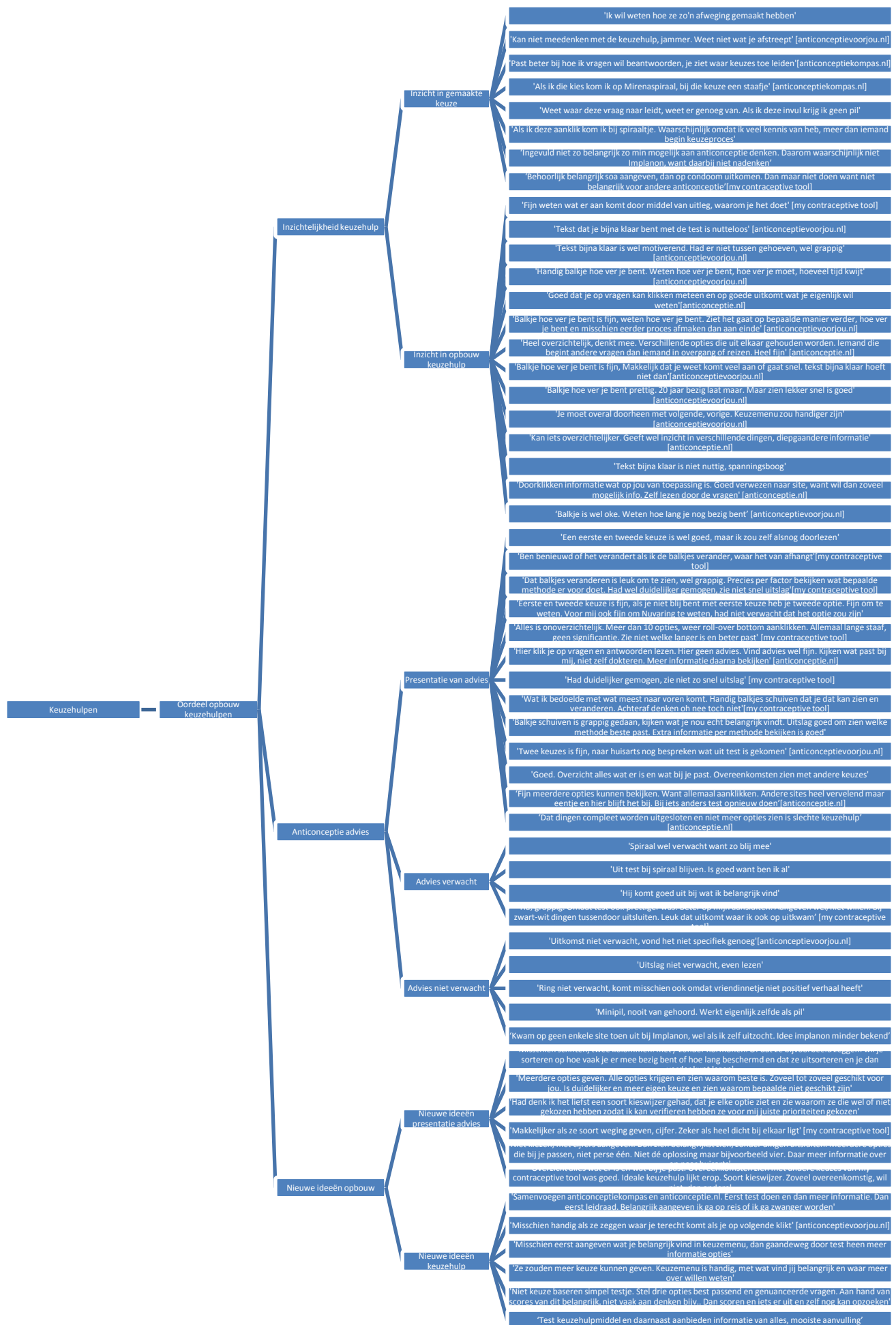


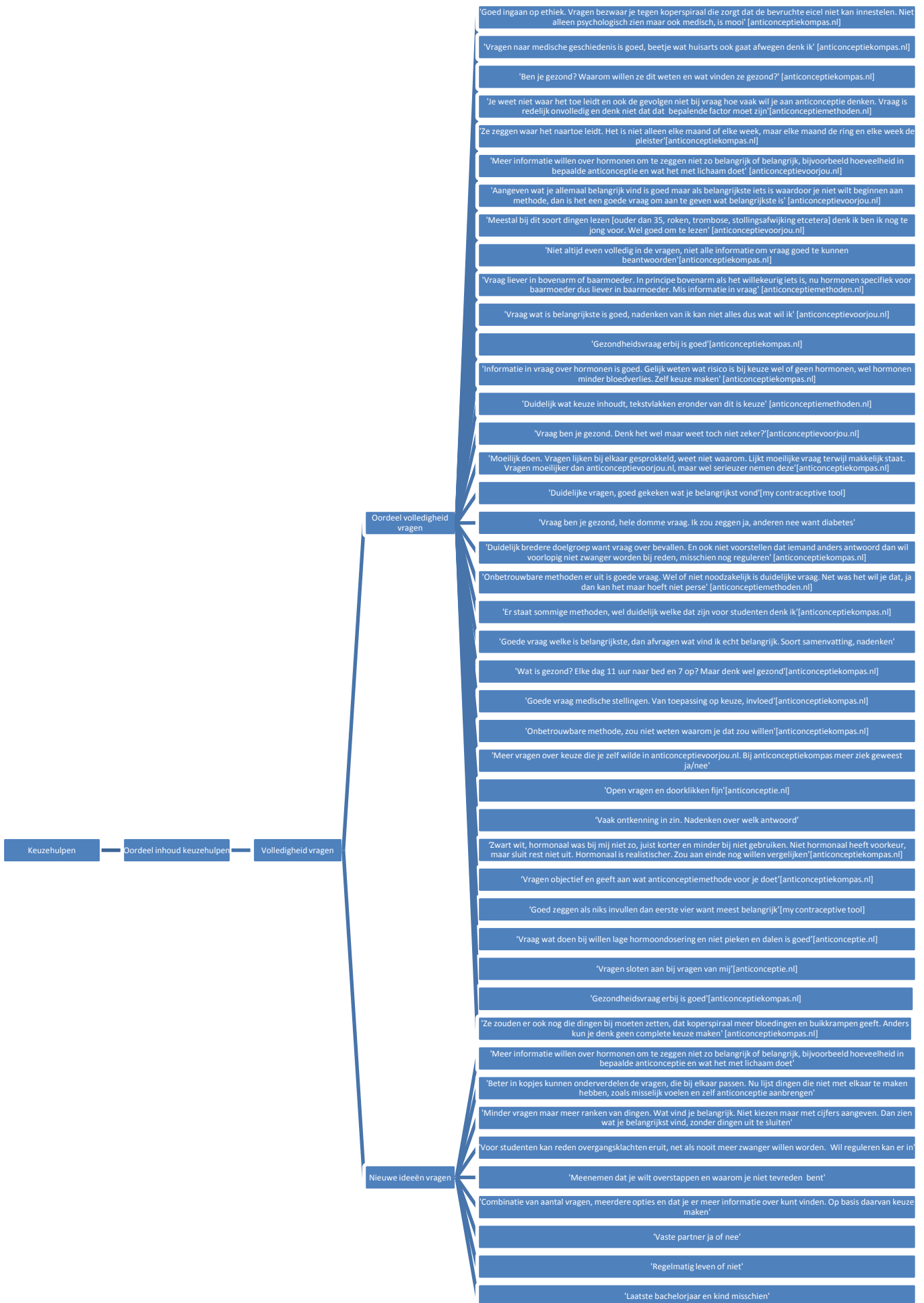


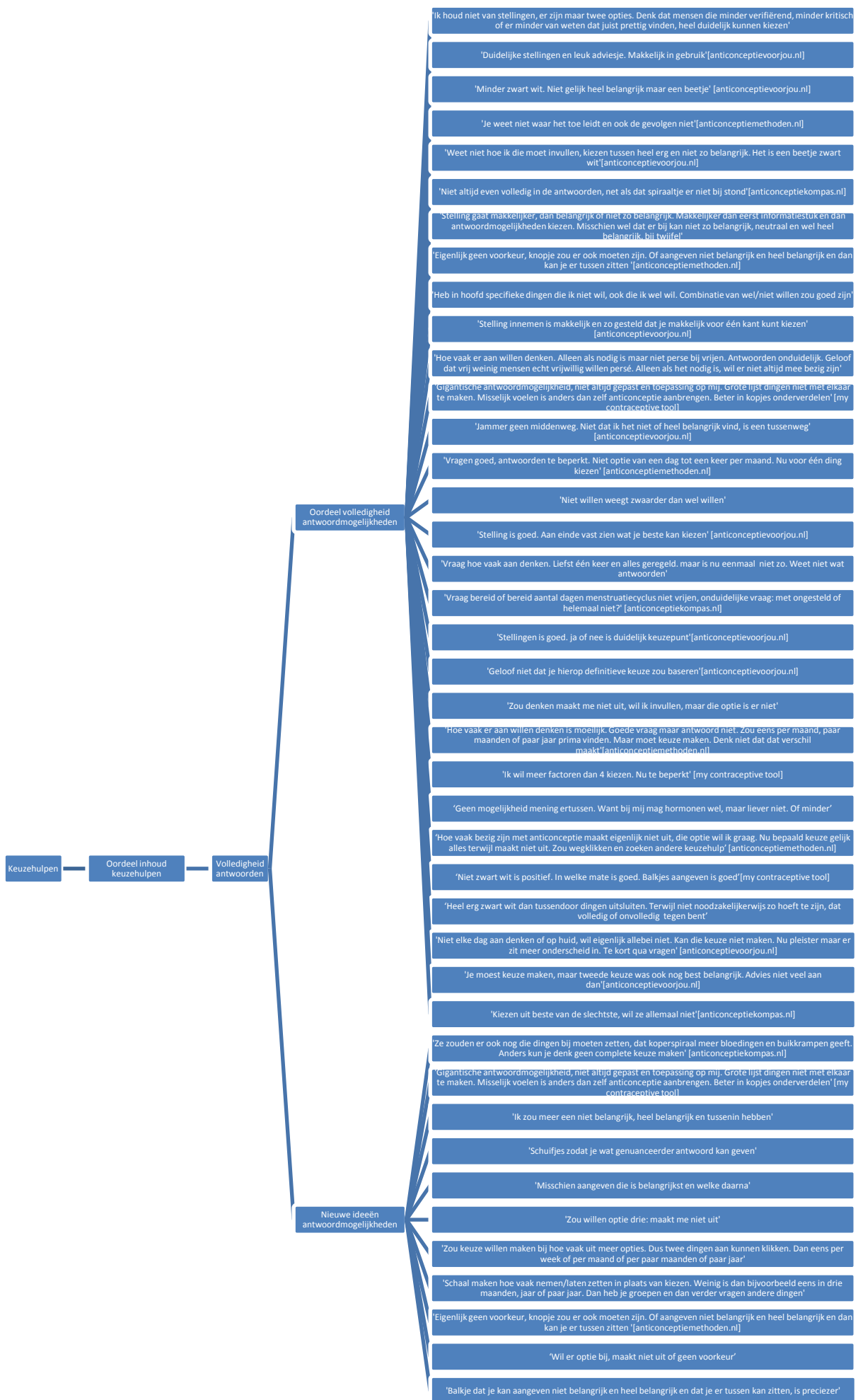


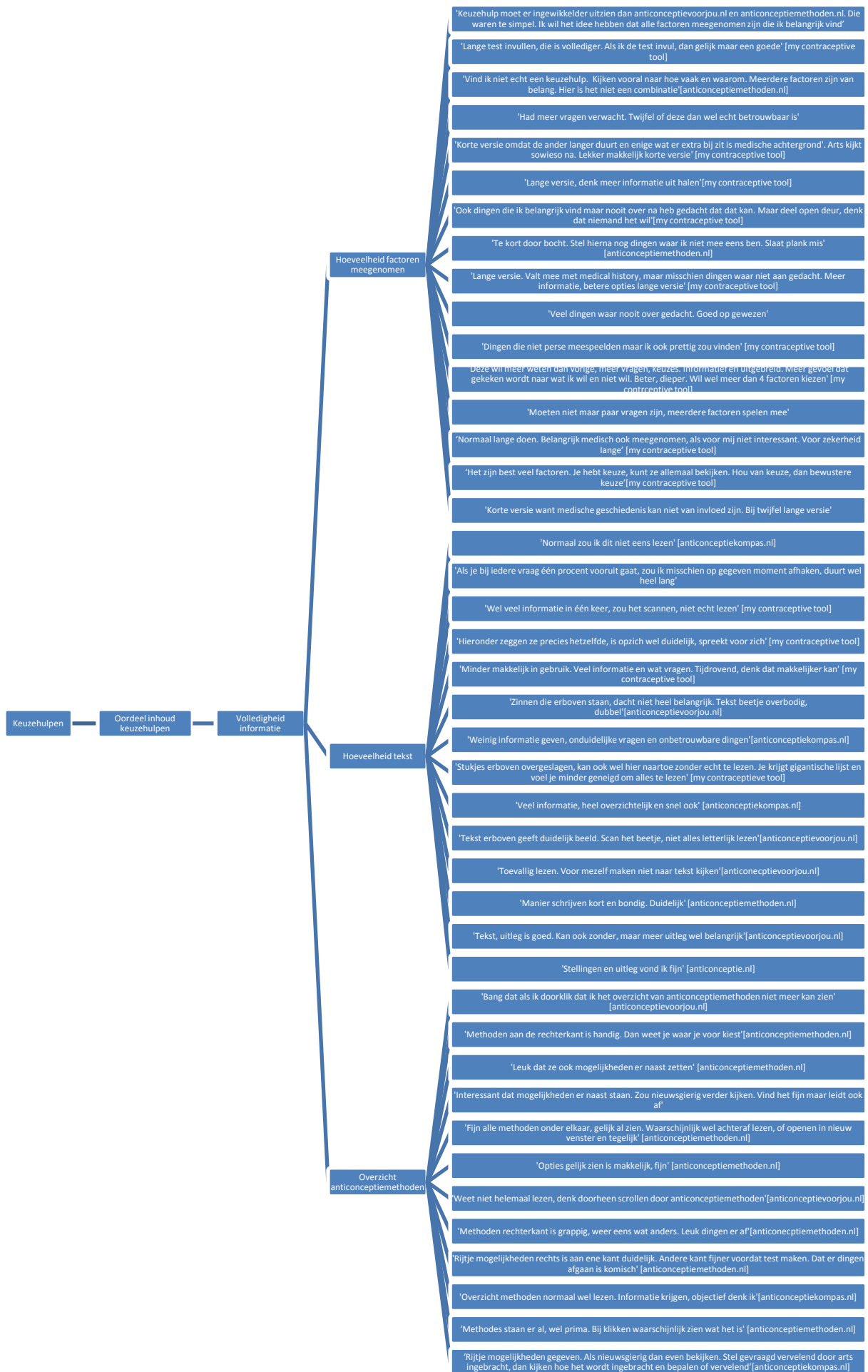


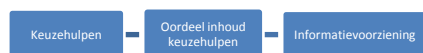








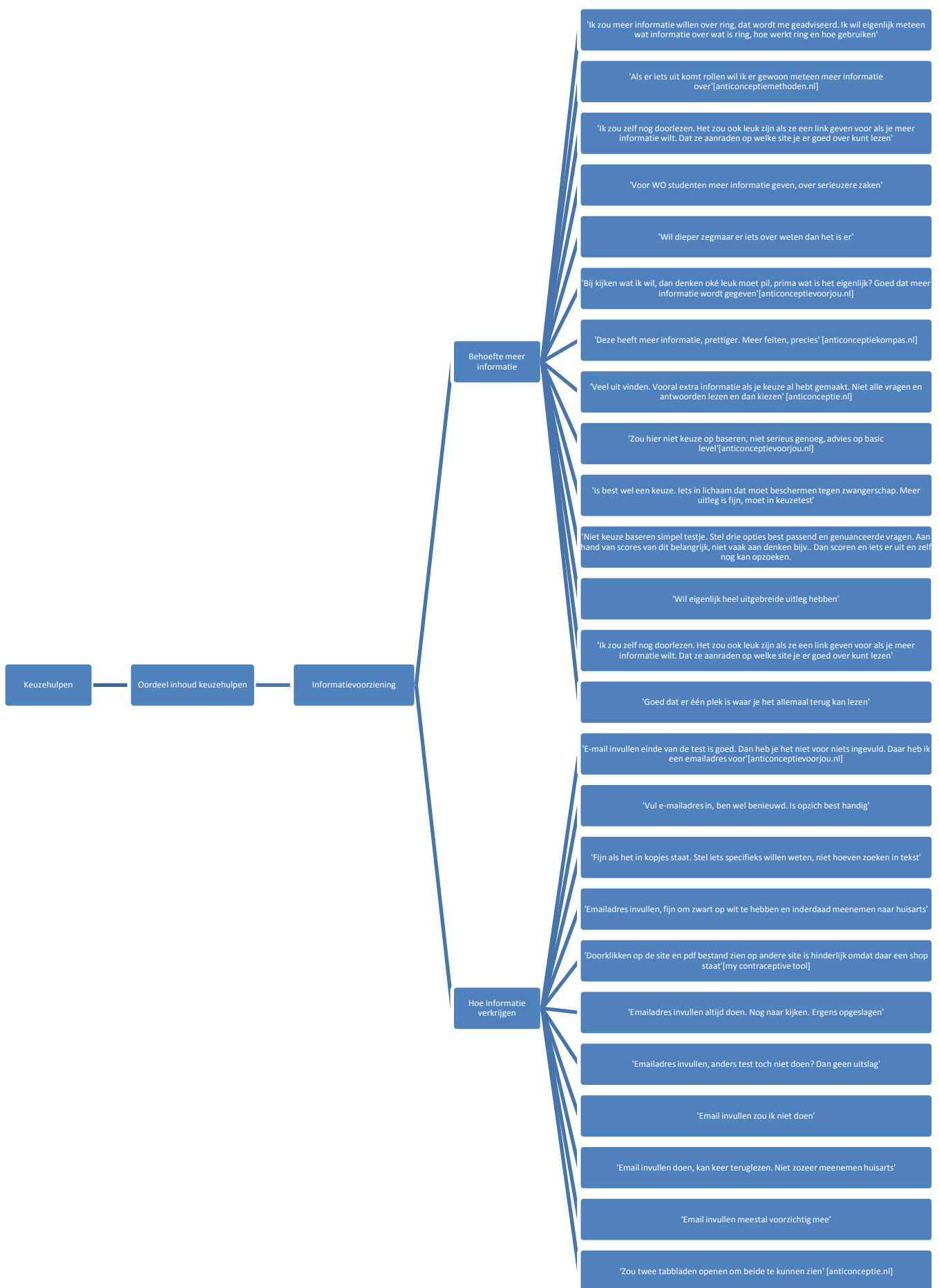


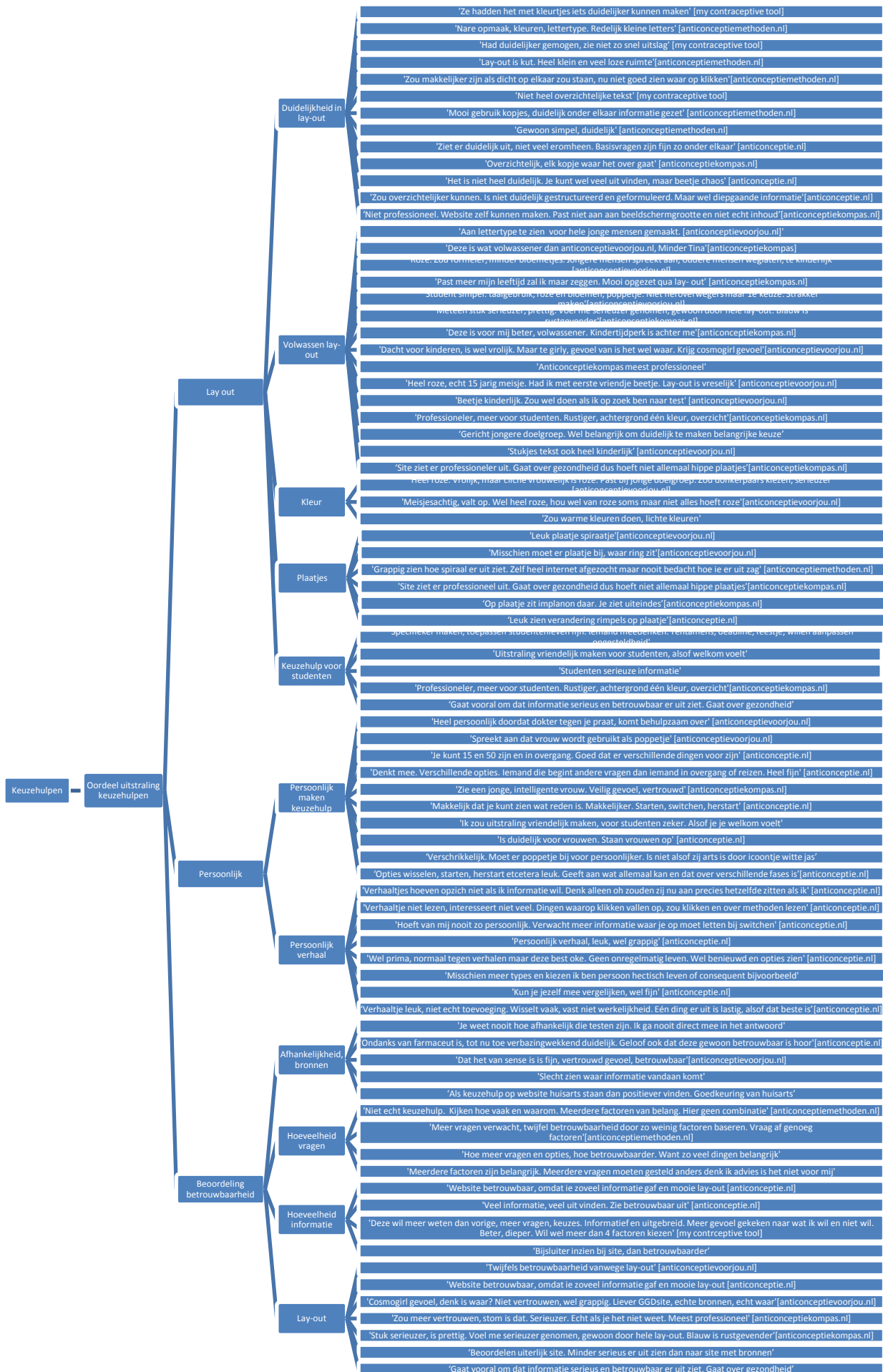


Ervaring
inhoud/
informatie

Verwachting
inhoud/
informatie

'Informatie over soa's is goed, mensen weten dat niet altijd'
'Informatie soa is goed. Jonge leeftijd voorstellen niet meteen aan denken. Studenten zelf aan denken, maar er bij zetten kan nooit kwaad'
'Geen bloed achterblijven in baarmoeder bij minder of niet menstrueren, nooit over nagedacht'[anticonceptievoorjou.nl]
'Informatie condoom weten veel mensen denk ik wel, niet naar huisarts hoeven en op veel plekken te koop'
'Leuke tekst dat het eigen keuze is. Is fijne gedachte'[anticonceptievoorjou.nl]
'Wordt niet onvruchtbaar ervan, fijn om te weten'
'Goed dat ze zeggen niet kan uitplassen, denk veel mensen bang voor'[anticonceptievoorjou.nl]
'Goed dat ze zeggen als je het op juiste manier gebruikt dan betrouwbaar'
'Goed zeggen altijd voor morning-afterpil zorgen. Best slim. Persoonlijk nooit gedaan, maar handig'[anticonceptievoorjou.nl]
'Informatie over vergoeden anticonceptie is goed, wist het zelf niet en hele schok'
'Naar medische informatie kijken in keuzehulp is goed, belangrijk. Redenen waarom geen anticonceptie met veel hormonen'
'Goed mensen op hoogte houden van werking koperspiraal, belangrijk streng gelovig of tegen abortus'[anticonceptiekompas.nl]
'Betrouwbaarheid prettig om te lezen getal tussen 0,1 en 2 uit de duizend. In perspectief zien'
'Fijn dat er staat hoe groot spiraal is en T-vormig'
'Uitleg hoe het werkt vind ik fijn, wist niet dat mirena voor indikking slijm baarmoedermond zorgt'
'Goed kleine notes. Man kan niet doen. Grappig voor meer partners voor elke apart gebruiken. Confidential is fijn'[my contraceptive tool]
'Tijdens vrijen ring er gewoon uithalen toch? Aanklikken voelen ring tijdens vrijen'
'Fijn dat ze tabletjes hebben met wat voor hormonen en hoeveel er in elke pil zitten'[anticonceptie.nl]
'Verschillende opties. Iemand die start andere vragen dan in overgang of reizen. Heel fijn, reden meenemen anticonceptie'[anticonceptie.nl]
'Goed dat er staat dat pleister drie weken is en niet op bovenbeen en borst kan. Fijn om te weten, net als dat je er mee kan zwemmen'
'Informatie soa goed. Lezen is eigen ding, maar denken hé gaat niet alleen om zwangerschappen. Bewust maken'[anticonceptievoorjou.nl]
'Onbetrouwbare methodes eruit is goed. Niet zwanger willen worden dan geen onbetrouwbare methode'[anticonceptiekompas.nl]
'Informatie condoom en soa is goed. Jongere mensen denken anticonceptie misschien ook voor soa'[anticonceptievoorjou.nl]
'Goed zeggen niet onvruchtbaar kunnen worden'[anticonceptievoorjou.nl]
'Lijkt alsof pil 1 pil is maar is niet zo. Oh staat er wel, is goed'[anticonceptievoorjou.nl]
'Uitleg dat je beste naar huisarts kan is goed'[anticonceptievoorjou.nl]
'Onbetrouwbare methodes er uit is goed, anders heb je toch niks aan deze site?'[anticonceptiekompas.nl]
'Informatie soa moet je weten als student zijnde'
'Is te makkelijk voor studenten. Anticonceptie ander woord voorbehoedsmiddel, obvious'[anticonceptievoorjou.nl]
'Reden waarom anticonceptie moeten geven is belangrijk'[anticonceptievoorjou.nl]
'Niet onvruchtbaar is logisch, anders mag niet. Spiraal niet voelen is niet waar, mijn koortjes lang en voelde vriend'[anticonceptievoorjou.nl]
'Standaarddagenmethode eigenlijk niet in test. Zeggen bij opletten vruchtbare dagen niet zwanger. Nu suggereren zelfde betrouwbaarheid'
'Grappig. Klein plastic T-vormig. Goede tekst. Heel internet af, nooit bedacht hoe spiraal eruit zag'[anticonceptiemethoden.nl]
'Diepgang site. Last bijwerkingen of last hormoonpieken en wat anders. Eerdere ervaringen meenemen in overweging'[anticonceptie.nl]
'Libido. Nou het zou maar iets zijn dat je je afvraagt'[anticonceptie.nl]
'Gewoon duidelijk. Blijft ie beschermen, verschuiven of uitstellen, blijft ie gewoon zitten, juiste startmomenten.[anticonceptievoorjou.nl]
'Of je partner het kan voelen, invloed op libido. Naar de sauna kunnen. Tussentijds controleren'[anticonceptie.nl]
'Hoop jongeren informatie soa zelf kunnen bedenken, bij pleister op bil niet tegen soa, maar zou kunnen van niet'[anticonceptievoorjou.nl]
'Wat als ik niet ongesteld wil worden staat er, net als bij ziek zijn dan nog werken'[anticonceptievoorjou.nl]
'Veel informatie is goed. Beschreven wat er gebeurt, geen verhalen erbij of zulke dingen. Dit is het, punt'[anticonceptiekompas.nl]
'Belangrijk dat er ook wordt gekeken naar wat je verwacht, wat je er aan over wilt houden. Wat je wilt'[anticonceptievoorjou.nl]
'Voor verschillende partners verschillende test. Denk dat je methode wil die altijd helpt'[my contraceptive tool]
'Dacht niet direct aan bepaalde factoren'[my contraceptive tool]
'Zou overzichtelijker kunnen. Is niet duidelijk gestructureerd en geformuleerd. Maar wel diepgaande informatie'[anticonceptie.nl]
'Meest uitgebreid en meest informatief'[my contraceptive tool]
'Doorklikken informatie wat op jou van toepassing is. Verwezen naar site is goed, wil zoveel mogelijk info'[anticonceptie.nl]
'Goed voorlichting over zorgverzekering enzo, maar wel basaal en makkelijk'
'Medische vraag is goed, effect op wel/niet gebruiken bepaalde middelen'
'Bijwerkingen worden niet volledig genoemd. Minder bloedingen door Implanon kan ook zei huisarts'
'Positief gezegd mannen ook op zoek kunnen'
'Info soa en condoomgoed, niet op nederlandse site aan begin test. Belangrijk, veel mensen overslaan. Meer gezegd'[my contraceptive tool]
'Fijn noemen echte hormoon'[anticonceptie.nl]
'Welk startmoment. Wanneer veilig. Goede vraag'[anticonceptie.nl]
'Zie je staafje zitten, is het veilig, voel je het zitten'[anticonceptie.nl]
'Voordelen en nadelen'
'Hoe werkt het'
'Ik zou het interessant vinden om te weten wat je moet doen als je seks hebt, of je hem er uithaalt of laat zitten of er last van kunt hebben'
'Hoe lang je beschermd wilt zijn'
'Hoe gebruiken'
'Wat is het'
'Kosten'
'Betrouwbaarheid'
'Makkelijk in gebruik'
'Waarom je het wilt gebruiken'
'Hoe vaak je er mee bezig wilt zijn'
'Dat je het kan verschuiven is handig'
'Of je spiraal kunt voelen'
'Verschil hormoonwaarden in bloed, verschil tussen pil en Nuvaring'
'Hoe het ingebracht wordt, kan je er voorstelling van maken'
'Wat kans is dat je toch zwanger wordt. Sommige dingen snel kans verkeerd gebruik en vatbaar zwangerschap'
'Hormonen'
'Zelf doen of naar arts'
'Hoe lang effect'
'Wanneer kun je switchen en wanneer niet'
'Hoe gebruikt, wanneer precies en hoe het gaat. Elke dag en stopweek. Zelf veel gelezen toen'
'Hoe fijn te gebruiken'
'Precieze werking'
'Reden wisselen'
'Dat je het bij arts of gynaecoloog moet laten plaatsen'
'Bijwerkingen'
'Betrouwbaarheid, niemand zit te wachten op kind met studie'
'Of je merkt als ie goed zit of niet. Hoe zit het met anticonceptiering. Hangt ie los of moet ie ergens. Misschien plaatje erbij'
'Effecten. Wat voor invloed het op je heeft. Invloed op cyclus'
'Op welke basis het werkt. Heel erg, weet niet precies. Bijvoorbeeld pil, eitje niet kan nestelen, volgens mij niet eisprong tegenhouden'





Bijlage 12: Belangrijkste bevindingen contact deskundigen ontwikkeling keuzehulp

De keuzehulp van kiesbeter.nl is op dit moment niet beschikbaar. De keuzehulp wordt op dit moment voorbereid op de overgang naar thuisarts.nl.

Aanleiding ontwikkeling

Zon MW, subsidiegever in het zorgonderzoek, was de opdrachtgever voor de ontwikkeling van enkele keuzehulpen. Het thema gedeelde besluitvorming kwam op en er werd duidelijk dat bij preferentiegevoelige beslissingen het uiteindelijk de patiënt was die de doorslag gaf. Keuzehulpen konden hier ondersteuning in bieden. Er is een samenwerkingsorganisatie ontstaan van verschillende organisaties. De opdracht was om keuzehulpen te ontwikkelen en deze te plaatsen op kiesbeter.nl, de overheidsorganisatie met gezondheidsinformatie. Er is gekeken naar expertise in het buitenland (de IPDAS). Iedere keuzehulp is gemaakt door een werkgroep, waarbij steeds één organisatie de trekker was. Dit was bij de anticonceptiekeuzehulp de NHG. De keuzehulp diende altijd aan te sluiten op een richtlijn. Bij anticonceptie was dit de richtlijn van de NHG.

Handleiding ontwikkeling

De keuzehulpen van kiesbeter.nl zijn ontwikkeld volgens een aantal stappen. Er is een handleiding opgesteld die is bedoeld voor procesbegeleiders en werkgroepleden die een keuzehulp willen ontwikkelen (kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2009). Activiteiten per fase van keuzehulp-ontwikkeling zijn als volgt:

Fase 1	Vorbereiding
	Samenstellen werkgroep
	Bestuderen beschikbare informatie
Fase 2	Selecteren en afbakenen beslisprobleem
	Afbakenen doelgroep
	Vragen formuleren voor focusgroep
	Afspraken maken over eigenaarschap
Fase 3	Zoeken naar literatuur over informatiebehoeften patiënten
	Inventariseren informatiebehoeften patiënten
	Focusgroep
Fase 4	Opzet keuzehulp
Fase 5	1e versie keuzehulp
	Risicopresentatie
	Waardenelicatie
Fase 6	Testen & bijstellen keuzehulp
Fase 7	Aanleveren definitieve versie keuzehulp aan kiesBeter.nl

Werkgroep

De werkgroep voor de ontwikkeling van de anticonceptie-keuzehulp bestond uit een technisch voorzitter, iemand van afdeling richtlijnen, iemand van afdeling patiëntenvoorlichting, een besliskundige, NPCF (patiënten perspectief), gynaecoloog, iemand van de KNMG (apotheker) en iemand van de Rutgers-stichting. De kern is geweest dat de keuzehulp met professionals en patiënten in samenspraak is gemaakt.

Focusgroep en doelgroep

Vervolgens werd gekeken om welke keuze het ging. Rondom dit onderwerp was dit welke anticonceptiemethode het beste bij iemand past. Daarna volgde de focusgroep met patiënten. Mensen voor de focusgroep werden via NPCF geworven. Dit waren ook voornamelijk studenten. De resultaten van de focusgroep werden via de patiëntenorganisatie in de werkgroep gebracht.

De doelgroep van de keuzehulp bestond uit jonge vrouwen. Er is grof weg een indeling te maken in drie groepen vrouwen op wie de keuzehulp is gericht:

1. nieuwe gebruiker: het jonge meisje.
2. anticonceptie na de bevalling.
3. mensen die willen switchen/ ontevreden mensen over huidige anticonceptie.

Daarnaast moeten we de mannen ook niet vergeten.

We gaan één keuzehulp maken voor alle drie de groepen vrouwen en voor mannen.

Focusgroep

- Wat vindt de focusgroep belangrijk? Wat bepaalt hun keuze?
- Welke bijwerkingen vinden ze belangrijk?
- Wat zijn de ervaringen tot nu toe?
- Lukt het om het anticonceptiemiddel te gebruiken zoals het hoort? Hoe is het met de therapietrouw?
- Welke kenmerken van anticonceptie vinden zij belangrijk? (kenmerken voorleggen)
- Wat deden ze toen ze vijftien jaar waren aan anticonceptie?
- De leden van de focusgroep zullen een aantal matrixen worden voorgelegd waarin de anticonceptiemethoden op verschillende manieren zijn onderverdeeld.

Ondersteuning keuzehulp

Het idee van de keuzehulp is dat deze niet sturend is. Er staat geen uitspraak bij dat iets het beste bij iemand past. De kern van keuzehulpen is namelijk dat het geen beslisondersteuning is maar het is een beschrijving van de verschillende opties die er zijn met de voor- en nadelen van deze opties. Het moet wel op een manier gepresenteerd worden zodat het de bezoeker helpt om een keuze te maken, of in ieder geval inzichtelijk te maken waar jouw voorkeuren zitten. Maar uiteindelijk maak je zelf die keuze. Algemene doel van alle keuzehulpen is het bieden van informatie op een zodanige manier dat mensen een keuze kunnen maken.

Tekst en opbouw keuzehulp

Met de richtlijnen als basis samen met de elementen die in de focusgroep naar voren kwamen is een tekstschrijver gaan schrijven. Alle elementen die in focusgroepen naar voren kwam zijn opgenomen in de keuzehulp.

De opbouw van de keuzehulp was gebonden aan de mogelijkheden van de website kiesbeter.nl. Als gevolg van technische beperkingen was dus niet alles mogelijk. De keuzehulpen worden op dit moment overgeplaatst naar thuisarts.nl. Er wordt nu aan gewerkt om te kijken in hoeverre er mogelijkheden zijn om de opbouw van de keuzehulp te veranderen (waarna de werkgroepen en gebruikers weer bij elkaar komen). Daarnaast worden ook de nieuwe richtlijnen en nieuwe cijfers

veranderd in de nieuwe keuzehulp. Het is lastig omdat iedereen hier een andere mening over heeft en op een andere manier zijn/haar keuze wilt maken. Iedereen heeft een eigen manier van zoeken en een eigen voorkeur van hoe je iets weergegeven wilt hebben. Ook daarover verschillen de meningen onder deskundigen. Er komt veel meer kijken dan alleen het bekijken van andere voorbeelden. Daarnaast is anticonceptie een lastig onderwerp omdat je veel mogelijkheden hebt.

De gelaagdheid van de informatie is belangrijk. Sommige mensen hebben genoeg aan een aantal steekwoorden en anderen willen de hele richtlijn uitpluizen. Zo moet je de informatie ook opbouwen. Dat je begint met de eenvoudige informatie puntsgewijs en mensen die verder willen die kunnen dan doorklikken naar een diepere laag voor meer informatie.

Door de werkgroep is vervolgens terugkoppeling gegeven en er is een test geweest met mensen uit de eerdere focusgroep. Hierdoor hebben aanpassingen plaatsgevonden.

Het idee was dat de eigenaren verantwoordelijk waren voor het updaten van de keuzehulpen. Dat is maar sporadisch gebeurd bij de verschillende keuzehulpen. Het duurt namelijk lang voor een richtlijn verandert en het moest via het RIVM, wat lang duurde. Het idee is dat de keuzehulp aangepast wordt wanneer de richtlijn verandert. Die intentie is er wel.

Effect keuzehulp

Het effect van de keuzehulpen is nooit gemeten. Het voorstel voor vervolgonderzoek naar de implementatie van de keuzehulp en de werking in praktijk is naar Zon MW gestuurd maar die is niet uitgevoerd. Dus het is nog wachten op iemand die dat wil financieren. Effectiviteitsonderzoek naar keuzehulpen is er weinig. En dan gaat het vaak niet over harde uitkomstmaten maar over of mensen tevreden zijn met de keuze die zij hebben gemaakt en of zij minder vaak kiezen voor een minder invasieve methode bijvoorbeeld.

Toepasselijke bevindingen mailcontact over keuzehulp Rutgers WPF.

De keuzehulp anticonceptievoorjou.nl is ontwikkeld voor laag opgeleide, jonge allochtone meiden. Het doel van de keuzehulp is het leveren van een bijdrage aan de zelfempowerment van jonge vrouwen op het gebied van anticonceptie. De keuzehulp wil hen motiveren bewust(er) na te denken over anticonceptie en ze helpen om daarin verantwoorde keuzes te maken. Voor de ontwikkeling van de keuzehulp is uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. Het doel hiervan was om relevante determinanten voor effectief anticonceptiegebruik specifiek gericht op jonge, laag opgeleide, allochtone meiden bloot te leggen. Professionals hebben vooraf en tijdens de ontwikkeling meegewerkt aan het maken van de test. De einddoelgroep heeft tevens meegeholpen aan de ontwikkeling door een pre-test. Het uiterlijk en de uitstraling alsmede het taal- en begripsniveau zijn in deze pre-test meegenomen.

Het richten op de doelgroep komt onder andere tot uiting in de gekozen vormgeving en het taalgebruik. Daarnaast houdt de test rekening met specifieke afwegingen die de doelgroep maakt, bijvoorbeeld de wens of noodzaak van discretie met betrekking tot anticonceptiegebruik en onjuiste aannames en mythes. De test besteedt ook aandacht aan relevante gedragsdeterminanten (factoren die het daadwerkelijk gebruik van de best passende methode mogelijk beïnvloeden) door tips te geven om het beste om te gaan met bepaalde wensen (de wens om te anticonceptie geheim te houden bijvoorbeeld).

De keuzehulp maakt gebruik van een vragenlijst met voornamelijk 'forced choice' antwoordmogelijkheden. De meiden worden aangezet om na te gaan wat voor het persoonlijk belangrijk is bij anticonceptie.

Het instrument bestaat uit vier niveaus.

1. Op basis van objectieve persoons- en methodekenmerken worden maximaal drie geschikte methode voorgeselecteerd. Deze selectie vindt plaats op basis van een weging. Elke factor die bij de weging van belang is wordt uitgevraagd aan de hand van een vraag met een dichotome antwoordschaal ('niet zo belangrijk' en 'heel belangrijk'). Op basis van het antwoord krijgt iedere anticonceptiemethode een score van minimaal één en maximaal vijf. Een anticonceptiemethode kan worden geëxcludeerd en krijgt dan de score nul.
2. De overgebleven drie methoden worden in één vraag onder elkaar gezet. Dit wordt gedaan door een kenmerkende uitspraak over de methode te doen. De respondent geeft aan welk kenmerk voor haar het meest belangrijk is. Aangezien de vragen negatief gesteld zijn, wordt deze methode verwijderd.
3. Er wordt een advies gegeven, bestaande uit een eerste keuze en een mogelijk alternatief. Er wordt beknopt uitleg gegeven over de kenmerken en de voor- en nadelen van beide methoden. Tevens wordt ingegaan op determinanten van anticonceptiekeuze, zoals attitude, kennis, eigeneffectiviteit, uitkomstverwachtingen.
4. Er wordt extra informatie aangeboden met betrekking tot het gebruik van de anticonceptiemethoden. De eerste keuze, het mogelijk alternatief en ook het gebruik van een condoom wordt altijd besproken, met het oog op het risico op SOA/HIV. De informatie speelt in op mogelijke afwegingen die jongeren maken om een methode uiteindelijk wel of niet te gebruiken. Dit kunnen bijvoorbeeld mythen rondom gebruik en religieuze afwegingen zijn. Verdere informatie speelt in op de eerdere keuzes van de meisje en wordt dus zoveel mogelijk op maat aangeboden. Op termijn zullen teksten en filmpjes beschikbaar komen waarin leeftijdsgenoten tips en adviezen rondom anticonceptiegebruik geven.

Van verschillende persoonskenmerken is bekend dat zij bepalend zijn voor een passende anticonceptiekeuze. In deze interventie is een selectie gemaakt van relevante persoonskenmerken op basis van wetenschappelijke kennis en pragmatische afwegingen. Als het gaat om gezondheidsoverwegingen zijn de adviezen van de Wereldgezondheidsorganisatie aangehouden.

Er is rekening gehouden met de leeftijd met betrekking tot de kosten, gezondheidsoverwegingen en discretie. Roken is niet meegenomen omdat het instrument uitsluitend is bedoeld voor vrouwen tot 25 jaar. De verschillen in betrouwbaarheid tussen de meegenomen anticonceptiemethoden is zeer klein en is daarom niet meegenomen in de weging voor een methodiek. Acne is ook zonder anticonceptiemethode te behandelen en wordt daarom ook niet meegenomen in de weging voor een geschikte methode. (Er zal wel naar de wens worden gevraagd zodat er in niveau 4 informatie over verstrekt kan worden.) Alle methoden, uitgezonderd het koperspiraal, verminderen menstruatieklachten. Bij vrouwen die het anticonceptie kiezen met als motivatie het verminderen van menstruatieklachten wordt het koperspiraal uitgesloten.

Methodekenmerken

Bij het selecteren van methodekenmerken is gekeken naar welke kenmerken vrouwen belangrijk

vinden en welke kenmerken nadrukkelijk onderscheidend zijn van andere middelen. Anticonceptiemethoden die op basis van criteria van persoons- en methodekenmerken vrijwel altijd ondergeschikt zullen zijn aan andere methoden, zijn niet meegenomen. Dit zijn het pessarium occlusivum, de FemCap, spermiciden, de minipil, sterilisatie en natuurlijke methoden. De volgende kenmerken zijn meegenomen:

- Gebruiksgemak.
- Inbrengen door een arts.
- Bloedingen regelen.
- Discretie van de anticonceptiemethode.
- Discretie op verzekeringsnota. Dit aspect wordt niet meegenomen in het advies aangezien dit, afgezien van het condoom, geen onderscheid is tussen verschillende methoden. Er wordt wel gericht advies gegeven in niveau 4.
- Gezondheidsoverwegingen. Bijwerkingen kunnen lastig gegeneraliseerd worden en zijn daarom niet meegenomen. Er wordt wel rekening gehouden met de mogelijke wens om zo min mogelijk hormonen toegediend te krijgen.
- Kosten.
- Toegankelijkheid. Dit aspect wordt niet meegenomen aangezien er, afgezien van het condoom, geen verschil is tussen verschillende methoden.

Er wordt duidelijk door Rutgers WPF aangegeven dat de overwegingen en issues in dit anticonceptiekeuze instrument niet dezelfde hoeven te zijn als die van WO-studentes.

Bijlage 13: Overwegingen studenten verschillende kenmerken anticonceptiemethoden

Zo min mogelijk aan denken

Elke dag aan de anticonceptie denken was voor de helft van de studenten niet echt een probleem. Eén student ervaart het zelfs als prettig aangezien zij het dan zelf in de hand heeft. Andere studenten gaven aan dat zij er niet echt bezwaar tegen hebben, maar dat het fijner is als het niet hoeft. Enkele studenten zouden er het liefst nooit aan denken. Echter, twee studenten geven duidelijk aan dat andere factoren ook een rol spelen.

“Wil er zo min mogelijk aan denken maar als dat inhoudt dat ik in plaats van elke dag er gelijk maar een keer in de vijf jaar aan moet denken met als nadeel dat ik dan al die tijd geen kinderen kan krijgen en misschien wel een jaar daarna nog steeds niet. Ja dan vind ik het belangrijker om er toch elke dag aan te denken.”

Menstruatie plannen

Over het algemeen gaven de studenten aan dat het fijn, maar niet noodzakelijk is, om de menstruatie te plannen.

“Het is makkelijk, maar niet noodzakelijk.”

Redenen die hiervoor genoemd werden is dat het fijn is wanneer je op vakantie gaat en dat het soms gewoon handiger is.

Inbrengen anticonceptie door huisarts

Bijna alle studenten gaven aan dat het inbrengen van de anticonceptiemethode door de huisarts geen probleem vormt. Redenen die gegeven werden zijn dat het nou eenmaal zo is, dat de huisarts lief is, dat iemand niet zo moeilijk is. Echter, een student zag wel een klein probleem in het plaatsen van het spiraal. Dit is echter niet veroorzaakt door het feit dat het de huisarts is die het inbrengt.

“Het maakt mij in principe niet zoveel uit, bij het spiraaltje dan weer weg, maar dat is meer de aard van de ingreep.”

Daarnaast gaf een student aan dat het aan de ene kant niet uitmaakte, maar dat zij het aan de andere kant toch vervelend vond, om de reden dat de huisarts het dan ook weet wanneer je stopt.

“Aan de ene kant denk ik ja wat zou het uit maken, aan de andere kant zou ik denken van ja dan zou hij er ook weer voor moeten zorgen dat als ik er mee zou willen stoppen [...] Het zou makkelijker zijn als ik daar zelf gelijk mee zou kunnen stoppen ofzo. Dan denk ik van ja. Ik weet niet of het echt schaamte is, maar dat hoeft ie niet te weten. Gewoon dat idee.”

Niemand mag achter anticonceptiegebruik komen

Drie studenten gaven aan dat zij zich niet echt goed konden indenken waarom dat niet iemand dat niet zou willen.

“Ik kan het me eigenlijk ook niet zo goed indenken dat, ja nouja behalve dan als je zestien bent en je moeder zou het niet oké vinden dan kan ik me voorstellen dat je het belangrijk vindt dat zij er niet achter kan komen. Maar voordereest denk ik wel dat we in een samenleving leven dat mensen ook hier best open over zijn.”

Een andere reden die hiervoor werd gegeven dat het vrij geaccepteerd is om te gebruiken. Drie studenten zeiden dat het niet op hun voorhoofd hoeft te staan en dat niemand het hoeft te zien, maar dat het ook weer niet iets is waar zij zich voor schamen.

Geen anticonceptie op brieven zorgverzekering

Voor geen enkele van de studenten in dit onderzoek was het een probleem dat op de brieven van de zorgverzekering de anticonceptie stond. Eén studente gaf aan dat zij het vervelender vond dat de verzekering sowieso weet wat zij heeft. De andere studentes zeiden dat ze het typisch een vraag vonden voor jongere meisjes of voor mensen met een streng geloof.

“Vijftien-jarige meisjes die achter hun ouders rug om heel graag de pil willen gebruiken.”

Zo min mogelijk hormonen

De vraag of de studentes een methode zouden willen met zo min mogelijk hormonen, of zelfs geen hormonen, werd door de meeste studenten als lastig ervaren. Aan de ene kant kwam naar voren dat de studentes zich er van bewust waren dat hormonen invloed hebben op het lichaam en op hoe je je gedraagt. Enkele studenten zijn kritisch wat betreft deze invloed op het lichaam. Liever zouden zij voor een methode zonder hormonen kiezen, ook vanwege het knoeien met de natuur en de mogelijke kans op trombose.

Echter, er zijn ook andere factoren die spelen, welke soms belangrijker zijn.

“Ik heb nu ook een methode waar nu best wel veel hormonen in één keer binnenkomen. Ik vind andere dingen belangrijker dan de hormonen. [...] dat ik niet meer ongesteld wordt. Dat ik niet steeds naar de dokter moet, of er iedere dag aan moet denken.”

Andere factoren die werden genoemd waardoor toch voor een methode met hormonen is gekozen, zijn dat het condoom niet als betrouwbaar genoeg wordt gezien, dat hormonen een positief effect hebben op de huid, dat een fijne menstruatiecyclus ook belangrijk is en hormonen kunnen zorgen voor een niet-pijnlijke menstruatie.

“Nou ja ik ben heel erg met gezondheid maar als ik echt voor de keuze hiervoor wordt gesteld dan ga ik toch voor die hormonen. Dan weet ik dat het wel minder is omdat ik er toch wel last van heb gehad. En dan weet ik wel van het kan ook zonder pijn.”

In tegenstelling tot de studenten die zich druk maakten over de invloed van hormonen, waren er ook een aantal studenten die zich nooit erg bezig gehouden hebben met de invloed van hormonen. Eén studente gaf aan zich hier nooit echt in verdiept te hebben en er niet genoeg kennis van te hebben. Een andere studente was er niet zo bang voor en gaf aan dat zij dacht dat dat kwam door haar opvoeding. Ook was er een student die zich afvroeg of er wel methoden bestaan zonder hormonen.

Op de huid zichtbaar

Twee studenten gaven aan het niet erg te vinden als de anticonceptiemethode op de huid zichtbaar is. Twee studenten vonden het echter niet fijn. De ene student omdat zij er dan over na moest denken bij het dragen van een bikini. Een andere student vond het meer privé.

“Ik vind dat privé. Het is ook, weet je, het is niet perse schaamte, maar meer dat het zo prominent is. Weet je wel, alsof je een kruisje draagt van kijk ik ben katholiek. [...] Het is ook echt een boodschap naar anderen. En ik heb geen zin om als reclamebord rond te lopen van kijk ik word niet zwanger.”

Geen menstruatie door anticonceptie

Een aantal van de studenten gaf aan er heel erg blij mee te zijn dat zij niet meer ongesteld waren. Eén van hen gaf ook als reden dat zij wist dat menstruaties bij de pil niet echt zijn, dus zij wist ook niet waarom je het dan zou willen. Andere studenten vonden het echter wel bezwaarlijk. Hierbij werden als redenen genoemd dat geen menstruatie ook weer niet natuurlijk genoeg is, en dat je dan ook niet zeker weet dat je niet zwanger bent.

“Ja weet je want als ik ze helemaal niet heb, dat vind ik ook niet natuurlijk genoeg. Want omdat je toch iets verstoort.”

Onregelmatige bloedingen door anticonceptie

Wanneer gesproken werd over onregelmatige bloedingen als gevolg van anticonceptie, werd door twee studenten genoemd dat zij dit niet fijn vonden. Eén van hen was joods, en zou dan later twee weken geen seks meer mogen hebben wanneer dit gebeurt. De andere student twijfelt op zo'n moment of de anticonceptiemethode nog wel betrouwbaar is.

“Ik weet nooit wat ik daar dan mee moet doen qua betrouwbaarheid. [...] Nou als je een tussentijdse bloeding hebt, in hoeverre je dan nog beschermd bent of wanneer je nou weer een nieuwe ongesteldheid hebt.”

Daarentegen gaf een andere student aan dat de menstruatie nooit iets is wat haar tegen houdt, en als het zo is, dan is het zo.

Vertraagd vruchtbaar na stoppen anticonceptie

Over het algemeen zijn de studenten hier vrij eenduidig in en zouden zij liever niet willen dat zij vertraagd vruchtbaar zijn na het stoppen van anticonceptie.

“Ik vind dat een beetje een vervelend idee. Want ik weet nu dat ik sowieso de komende vijf, zes, zeven jaar sowieso nog wel anticonceptie wil gebruiken. Dus dat ik dan bij wijze van spreken nog een paar jaar onvruchtbaar zou zijn. Maar wie weet wil ik opeens kinderen. Dan wil ik wel dat je dat ook dan binnen een jaar bij wijze van spreken kan beslissen dat je dat zou willen doen in plaats van dat je nog lang uh.”

Een andere studente gaf aan dat een maand prima is, maar een jaar lang is.

Meer bloedingen krijgen door anticonceptie

Meer bloedingen krijgen door anticonceptie leek een student erg vervelend. Een andere student gaf ook aan dat als zij mocht kiezen, dat zij niet meer bloedingen zou willen.

Kosten

Voor een aantal studenten was het zo dat de kosten een overweging waard waren. Twee studenten gaven hierbij aan dat het vooral belangrijk was of de anticonceptiemethode vergoed wordt.

“Het is voor mij een overweging waard of het vergoed wordt. Dus dat heeft er wel mee te maken. [...] Het is wel iets dat ik meeneem maar het is niet belangrijk voor mij. Wat het kost. Kijk al had het nou honderden euro's gekost dan had ik er misschien wel iets kritische over nagedacht maar dit was 127 zelfs en omdat ik het liet plaatsen bij de huisarts was het plaatsen gratis.”

Eén andere student gaf tevens aan dat haar pil best duur is en dat ze het liefst een zo goedkoop mogelijke methode zou hebben, maar dat zij wel bij deze pil blijft dus dat het niet de belangrijkste factor is.

Bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen

De studenten die een vaste relatie hadden, gaven aan dat het voor hen niet of minder aan de orde was, bijvoorbeeld omdat zij beiden getest waren. Bij het niet hebben van een vaste partner werd deze factor belangrijker. Eén student gaf echter aan dat de bescherming tegen soa's leuk zou zijn, maar niet bepalend voor de keuze.

Anticonceptiemethode in arm/baarmoeder

Met betrekking tot het liever willen van het hebben van een anticonceptiemethode in de arm of in de baarmoeder verschilden de meningen. Twee studenten gaven aan beide opties liever niet te willen. Eén van deze studente vroeg zich af waarom je meteen zou kiezen voor een invasieve methode wanneer er ook makkelijke opties zijn waar je makkelijk mee kunt stoppen. Wanneer er alleen gevraagd zou worden arm of baarmoeder, zei een studente liever te kiezen voor de arm. Zij vroeg zich ook af wie er dan wel voor de baarmoeder zou kiezen. Een andere studente gaf dit inderdaad ook aan. Zij zei echter verder, net als twee anderen, dat zij liever de anticonceptiemethode in de baarmoeder had.

“Ik heb dan nu liever, ja in principe zou ik dan liever iets in m'n bovenarm hebben dan in m'n baarmoeder als het een willekeurig iets is maar omdat het om hormonen gaat die dan specifiek in m'n baarmoeder moeten zitten dan wil ik dat dus liever in m'n baarmoeder.”

Redenen die hiervoor gegeven werden, is dat het hier lokale inbreng heeft en bij de arm door het hele systeem. Daarnaast werd als reden genoemd dat het idee van iets in de arm niet fijn is. Eén studente gaf aan dat zij de aard van de ingreep van het spiraal niet prettig vond.

Eén keer in de 3/5 jaar ingebracht in arm/baarmoeder door arts of relatief vaak zelf inbrengen

Wat betreft het relatief vaak zelf inbrengen of het voor langere tijd laten inbrengen van de methode, hadden de studenten verschillende meningen. Als voordeel van één keer inbrengen werd gezien dat

er langere tijd niet aan gedacht hoefde te worden. Daarentegen vonden andere studenten het juist fijn dat zij er vaker aan moesten denken en het zelf moesten inbrengen.

“Ik vind het een moeilijke keuze. Ik denk dan toch dat ik er liever vaker aan moet denken, dan dat ik het zelf doe. Ik denk ook vooral omdat ik dan zoiets heb van nah, dan weet ik dat het goed zit ofzo. Ja. Dat je het zelf iedere keer doet. Dus dat je er ja. Dat je er meer bewust van bent.”

Daarnaast werd ook genoemd dat het relatief vaak zelf inbrengen zorgde voor controle.

Bijlage 14: Overwegingen studenten per anticonceptiemethode

Anticonceptiepil

De bevroegde studentes gaven allen aan dat zij ooit zijn begonnen met de anticonceptiepil, al dan niet na eerder gebruik van het condoom als anticonceptiemethode. Redenen voor het kiezen voor de anticonceptiemethode liepen uiteen van het hebben van een vriendje, tot het willen regelen van de menstruatie. De studentes gaven bij dit laatste aan dat zij niet meer zo vaak en zo heftig ongesteld wilden zijn, of dat zij simpelweg de menstruatie wilden regelen (bijvoorbeeld voor het sporten). Daarnaast werd ook het beoogde positieve effect op acne, gezichtsbeharing en migraine genoemd als reden, net als dat de anticonceptiepil (in tegenstelling tot het condoom) de geslachtsgemeenschap niet onderbreekt. Dat de anticonceptiepil door velen als methode wordt gebruikt, wordt daarom als veilige keuze gezien door een van de studenten. Daarnaast geeft een studente aan dat zij de pil, na een pauze, weer als anticonceptiemethode heeft gekozen omdat deze vertrouwd voelt en snel en makkelijk te regelen is.

Het bepalen van de menstruatie werd gezien als prettig, net als dat de menstruatie minder heftig is en dat de studenten minder buikpijn hebben.

“Ik vond het toen wel heel prettig om te kunnen bepalen wanneer ik ongesteld werd. Ik was best onregelmatig, dus het was vier of zes weken. Nou ik wilde toch weten waar ik aan toe was.”

Dat er nog wel sprake is van menstruatie werd door een student als prettig ervaren doordat zij dan weet dat zij niet zwanger is. Daarnaast werd als voordeel van de anticonceptiepil gezien dat er meteen weer mee gestopt kan worden en met een ander begonnen kan worden wanneer het niet goed gaat.

De reden dat velen geen anticonceptiepil (meer) wilden gebruiken, is dat zij bang zijn om hem te vergeten. Sommige studentes raakten in de stress wanneer dit gebeurde, en gingen meteen opzoeken wat ze moesten doen. Er kunnen verschillende factoren meespelen waardoor dit lastig is, bijvoorbeeld wanneer er een nacht doorgehaald wordt, of wanneer men bij iemand anders slaapt. Daarnaast gaf een studente aan dat zij gewoon te chaotisch is om elke dag aan de pil te denken. Een andere studente zei dat haar leefritme niet regelmatig genoeg is. Oplossingen die gegeven werden voor het niet vergeten van de anticonceptiepil zijn het innemen van de pil samen met vitamines, een pilreminder op de telefoon en een extra strip bij ouders thuis.

Terwijl elke dag aan de anticonceptiepil denken dus voor de meeste studenten de reden is geweest om te stoppen met de anticonceptiepil, geeft een studente (welke op dat moment ook nog gebruik maakte van de anticonceptiepil) aan dat zij het juist fijn vindt om er elke dag aan te denken.

“Ik wil er liever vaker aan denken, dat ik het zelf doe. Ik denk vooral ook omdat ik dan zoiets heb van, dan weet ik dat het goed zit. Dat je het zelf iedere keer weer doet, dat je je er bewust van bent [...] Ook dat het je eigen fout is als het niet goed gaat.”

Andere redenen om niet te beginnen of om te stoppen met de anticonceptiepil is dat deze niet meer werkt bij overgeven of diarree en dat het zorgt voor vocht vasthouden en gewichtstoename. Eén van de studentes heeft last gehad van het dunner worden van het baarmoederslijmvlies, waardoor zij ging spotten en moest stoppen met de anticonceptiepil. Daarnaast voelde zij zich een week voor

haar menstruatie neerslachtig. Zij had, net als een andere studente, last van hormoonstommelingen en stemmingswisselingen als gevolg van de hormonen in de anticonceptiepil. Voor een van de studentes zijn de hormonen de reden geweest om te stoppen, zij wilde er na zes jaar mee stoppen.

Hormoonspiraal

Drie van de studenten maakten op het moment van het vraaggesprek gebruik van een hormoonspiraaltje. Veelgenoemde redenen om voor het hormoonspiraaltje te kiezen zijn dat het makkelijk is, aangezien je het een keer laat zetten en er niet meer aan hoeft te denken, en dat het ervoor zorgt dat je minder of niet meer ongesteld wordt.

“Ja een spiraaltje is makkelijker want je laat het een keer zetten en je hoeft niet meer elke dag de pil te nemen.”

Daarnaast wordt het als positief gezien dat het hormoonspiraal een lagere hoeveelheid hormonen bevat en dat deze hormonen meer lokaal werken.

Rondom het gegeven dat het spiraal door een arts in de baarmoeder wordt geplaatst zijn de meningen verdeeld. Een studente die hier positief over is, gaf aan dat zij het fijn vindt dat het spiraal er niet makkelijk in of uit te halen, dat deze verstopt is en dat je het zelf niet merkt. Een andere student gaf aan dat het spiraal door iemand geplaatst is die er verstand van heeft.

“Het spiraaltje dat wordt door iemand die er verstand van heeft gedaan [...] Die doet het goed in mijn beleving [...] Ik heb dan wel vertrouwen van hij zit en hij blijft zitten en hij komt er niet uit.”

Deze studente zou geen anticonceptiemethode willen waarbij zij het zelf moet inbrengen, waardoor het kan gebeuren dat deze niet goed ingebracht is. Redenen die genoemd werden om geen hormoonspiraal door de huisarts te laten plaatsen in de baarmoeder, zijn dat het kans geeft op buitenbaarmoederlijke zwangerschappen, de pijn bij het inbrengen en uithalen, de kans dat het mis gaat en de rare verhalen over het mogelijk gaan zwerven of ingroeien van het hormoonspiraaltje. Drie van de studenten vonden het gewoon geen fijn idee dat er iets in de baarmoeder zou zitten, al dan niet omdat zij het vervelend vonden dat zij het zelf niet meer in de hand hebben. Eén studente gaf aan dat zij vindt dat het te lang duurt, omdat je voor hetzelfde geldt over een jaar kinderen wilt.

Ervaren voordelen van het hormoonspiraal zijn dat je er niet meer aan hoeft te denken de komende vijf jaar en dat het daardoor makkelijk is. Daarnaast werd het niet meer of minder ongesteld zijn als positief gezien. Eén studente gaf hierbij aan dat zij nu ook minder hormonaal en huilerig is. Qua hormoonlevel is zij niet meer zo wisselend.

Nuvaring

De Nuvaring is door twee van de studenten gebruikt als anticonceptiemethode. De reden hiervoor bij beiden was vooral dat vriendinnen positief waren. De Nuvaring leek makkelijk en handig, daarom is er mee begonnen. Daarnaast werd als reden genoemd dat het niet meteen een invasieve methode is.

“Ik dacht van waarom meteen een soort van invasieve methode doen als het iets heel makkelijk is [...] Dat je gewoon huppakee en is het niks dan kun je er binnen twee maanden mee stoppen.”

Een andere studente gaf tevens aan dat zij het positief ervaart dat er makkelijk mee gestopt kan worden wanneer er niet goed op de hormonen wordt gereageerd. Ervaren voordelen van het gebruik van de Nuvaring zijn: geen pijn, niet iedere dag aan hoeven denken, niet op bepaald moment hoeven innemen, week kunnen opschuiven en minder hormonen. Ervaren nadelen zijn echter dat de Nuvaring er niet langer dan drie uur uit mag, dat er tijdens de seks aan gedacht moet worden en dat de Nuvaring bij veel verzekeraars niet vergoed wordt. Daarnaast is een van de studenten gestopt met de Nuvaring, nadat zij het gevoel had dat zij constant blaasontsteking had.

Studenten welke de Nuvaring niet gebruikten, hadden hier diverse redenen voor. Door een student werd genoemd dat de huisarts het niet aanraden vanwege de pijn. Twee andere studenten vonden het te veel gedoe om het elke keer in te brengen en uit te halen. Het gegeven dat de Nuvaring rondom de baarmoedermond zit, zorgt ervoor dat een studente het een raar idee vindt omdat deze dan niet verstopt zit. Twee andere studente zijn bang dat de Nuvaring er uit valt.

“Ik denk toch dat dan het zelf inbrengen me tegen staat. Ik ben, ik weet niet hoe die moet en misschien zit ie wel niet goed en dat ik daar dan bang voor ben. Van, komt ie er uit vallen ofzo. Ja, ik weet niet. ”

Implanon

Redenen om voor het Implanon te kiezen voor één van de studenten, waren dat je niet de hele tijd hoefde na te denken over het gebruik, dat het voor langere tijd werkt, dat het minder hormonen bevat, dat bij stoppen de vruchtbaarheid weer snel terug is en dat je bij ziek zijn nog steeds beschermd bent. Daarnaast werd het positief gezien dat het Implanon zich onder de huid bevindt, waar het te controleren is.

“De controleerbaarheid dat ie niet gaat rondzwerven. [...] Dat ie op dezelfde plek blijft zitten.”

Zij heeft echter ook nadelen ervaren, namelijk dat zij met een grote naald een verdoving kreeg, dat zij haar menstruatie niet kan regelen en dat zij vlak voor haar menstruatie last heeft van hoofdpijn. De reden waarom zij dacht dat het Implanon niet vaak aangeraden werd is dat er je last kan krijgen voor doorbraakbloedingen. Zij zag dit echt niet als een probleem.

Voor de andere studenten golden verschillende redenen om niet voor het Implanon te kiezen. Door een aantal studenten werd genoemd dat zij hebben gehoord dat het een hoge dosis hormonen is en dat zij zich afvragen wat het effect is op de vruchtbaarheid. Zij wilden niet dat zij niet spontaan kunnen kiezen voor kinderen. Eén student noemde dat ze er nooit over heeft gehoord en dat zij het geen prettig idee vindt om iets in haar arm te krijgen. Een andere student heeft het gevoel van een operatie. Bijwerkingen, geruchten over wandelende staafjes, dat misschien iedereen het kan zien en dat de moeder van een van de studenten er ziek van is geworden, werden genoemd als andere redenen om niet voor het Implanon te kiezen.

Prikipil

De meeste studenten gaven direct aan dat zij de prikipil niet overwogen hebben als mogelijke anticonceptiemethode, met name door de grote stoot hormonen. Zij hebben hier slechte ervaringen over gehoord, vinden het ingrijpender dan constante afgifte en wilden ook omwille van mogelijke bijwerkingen de prikipil niet. Daarnaast gaf een studente aan dat ze het eng vindt dat ze niet precies weet wat er verandert en dat ze bang is dat de vruchtbaarheid vermindert.

Eén van de studentes gebruikte echter wel de prikpil als anticonceptiemethode. Zij gaf ook aan dat ze weet dat weinig mensen hem gebruiken. Zij dacht dat dit komt doordat mensen bang zijn voor hormonen, maar zij heeft daar echter geen last van. Voor haar is het ook niet erg dat het waarschijnlijk langer duurt voordat zij weer vruchtbaar is.

“Als ik echt zwanger wil worden, dan kan het wel een tijdje duren voordat ik, voordat het ritme er weer in zit zegmaar. Ik was toen achttien en heb nog steeds geen kinderwens. Dus dat is voor mij niet echt.. Hoe noem je dat. Het is geen belangrijke factor, geen doorslag, nee. [...] ik heb daar nooit echt over nagedacht. Maar, uhm. Ik denk dat als je eenmaal samen kindjes wilt, dat je dan gewoon kan stoppen. [...] en dan maar zien.”

Haar moeder en beste vriendinnetje gebruikten ook de prikpil, en zij vindt het fijn dat zij niet de hele tijd hoeft na te denken over het gebruik en dat ze niet meer ongesteld wordt. Daarnaast heeft ze geen last van de prik, hoeft ze er niet altijd aan te denken en hoeft het ook niet stipt elke drie maanden. Meestal zet ze het in de agenda.

Condoom

Geen van de studenten maakte op het moment van het vraaggesprek gebruik van het condoom als enige anticonceptiemethode. Het condoom werd door een aantal studenten ook niet gezien als anticonceptiemethode.

“Condoomgebruik heeft niet met anticonceptie te maken. Meer anti-geslachtsziektes. Zie ik echt absoluut, volledig los van elkaar.”

Een andere student gaf ook aan dat de anticonceptieve werking van het condoom meer een side-effect is dan de core-business. Zij gaf ook aan dat zij dacht dat dit kwam doordat er ook over gezegd wordt dat een condoom gebruikt dient te worden wanneer men zich wil beschermen tegen soa's.

Een aantal studenten gaf aan dat zij vooral het condoom niet wilden gebruiken omdat zij het niet betrouwbaar genoeg vinden. De risico's dat het mis gaat achten de studenten groot. Eén van de studenten welke eerder het condoom als enige anticonceptiemethode gebruikte, gaf aan dat zij na een foutje met het condoom, dit ook niet prettig meer vond.

“Eerst gebruikten we condooms maar een keer was ie gescheurd en toen dacht ik wel van ja dit moet niet elke keer gaan gebeuren want de morning afterpil is ook niet lekker, nee. [...] Een nee toen dacht ik van nee het is wel handiger als ik in ieder geval weer aan iets ga.”

Daarnaast werd door een van de studenten ook aangegeven dat het condoom niet werd gebruikt doordat haar vriend dat niet wilde. Twee andere student zeiden dat zij seks zonder condoom met hun vriend prettiger vonden zonder condoom. Tevens werd als reden om geen condoom te gebruiken genoemd dat zij benieuwd was naar hoe het voelde zonder.

Gegeven redenen om voor het condoom te kiezen als anticonceptiemethode zijn onder andere het niet zwanger willen worden en het fijne idee om in het begin bescherming te hebben tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Daarnaast werd het als positief gezien dat het condoom snel en makkelijk beschikbaar is.

“Nou die eerste keer toen was het redelijk spontaan, dat we dachten nou laten we het voor het eerst gaan doen. En, toen had mijn ex al condooms in huis, dus. Nou het was ook wel logisch eigenlijk, ja.”

Je hoeft, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de pil, niet te wachten totdat deze werkt, maar je kunt gewoon beginnen. Als nadelen van het gebruik van het condoom werd door twee studenten genoemd dat zij er nooit helemaal op durven te vertrouwen. Zij zijn bang dat het condoom scheurt. Daarnaast werd door twee studenten genoemd dat het echt een onderbreking is van wat je aan het doen bent.

“Bij de pil kun je gewoon doorgaan met waar je mee bezig bent zonder onderbreking en dat vond ik ook een nadeel van het condoom. Dat je hem moet pakken en weet je, dan zit je net in de mood en dan moet je hem weer gaan zoeken en openmaken en gedoe. Dat is gewoon jammer.”

Door twee studenten is het condoom wel eens overgeslagen, terwijl het condoom op dat moment de enig gebruikte anticonceptiemethode was. Bij de ene student was dit tijdens de eerste keer, omdat zij nieuwsgierig was hoe het voelde zonder en omdat zij überhaupt wilde weten hoe het psychologisch voelde. Door een andere student is het condoom wel eens overgeslagen tijdens de vakantie toen zij gedronken hadden, en tijdens een andere avond nadat zij gedronken hadden.

Anticonceptiepleister

Onder de studenten welke in de vraaggesprekken zijn bevraagd, is niemand geweest die de anticonceptiepleister als anticonceptiemethode (heeft) gebruikt. Redenen om wel voor de anticonceptiepleister te kiezen die gegeven zijn, is dat het makkelijk klinkt, en handig dat het maar een keer per week is. Er werden meerdere redenen genoemd om niet voor de anticonceptiepleister te kiezen. Twee studenten hebben nog nooit echt goed van de anticonceptiepleister gehoord.

“Ja grappig echt nooit aan gedacht. Wel eens over gehoord maar verder niet echt.”

Daarnaast vroeg een studente zich af of het wel kan werken, hoe goed het lichaam het kan opnemen. Een andere studente vroeg zich af hoe dat dan moest wanneer ze in bikini wilde. Daarnaast was iemand bang dat ze de pleister zal verliezen, ook al weet ze wel dat het vast gemaakt is om te blijven zitten. Zij vroeg zich echter wel af waarom het iedere keer op een ander gedeelte van de huid geplakt diende te worden. Dat vond ze raar. Doordat zij daarnaast negatieve verhalen hoorde over dat het niet goed is voor de huid en dat het lokaal werkt van buitenaf, heeft zij niet voor deze methode gekozen.

Noodanticonceptie

Wanneer de studentes aangaven dat zij ooit noodanticonceptie hebben moeten gebruiken, werd meestal de morning-afterpil genoemd. Redenen voor het gebruiken van de morning-afterpil zijn onder andere het scheuren van het condoom. Voor de zekerheid werd dan de morning-afterpil gebruikt. Daarnaast heeft een student een keer de morning-afterpil geslikt nadat zij een keertje ziek was en een keertje omdat zij de pil vergeten was. Eén student gaf aan dat de morning-afterpil niet lekker was, de ander zei dat het prima was. Wanneer er gedurende het gesprek over het koperspiraal als anticonceptiemethode gesproken werd, gaven alle studenten aan dat zij hier nog nooit over gehoord hadden.

“Is dat een soort vroegtijdige abortus ofzo? [...] Dus het is eigenlijk een andere vorm van de morning-afterpil? [...] Die zou je dus gewoon kunnen laten zitten? Wat handig.”

Natuurlijke methoden

Wanneer gedurende het gesprek over natuurlijke methoden werd gesproken, gaven twee van de studenten aan dat zij wel benieuwd waren naar wat dat dan zijn, en dat zij het leuk vinden om die informatie te lezen. Echter, door de meeste studenten werd genoemd dat de natuurlijke methoden niet betrouwbaar waren en dat zij het daarom niet zouden willen.

“En al die natuurlijke methodes, sorry maar daar ben ik het gewoon totaal niet mee eens. Want die zijn gewoon allemaal behoorlijk uh, ja. Onbetrouwbaar. En dat vind ik dus wel best wel belangrijk.”

Onbekende methoden

Twee studenten gaven aan dat zij niet snel zouden kiezen voor een methode waar zij nog nooit van gehoord hebben.

“Maar ik ken ook verder niemand die dit gebruikt. Op de een of andere manier vind ik het dan toch wat enger omdat niemand het gebruikt. [...] Ik zou dit op de een of andere manier dan toch niet nemen.”

Bijlage 15: Een overzicht verwachting informatie bij huisarts.

Werking

- Hoe het werkt
- Werkingsduur
- Hoeveelheid hormonen

Gebruiksgemak

- Hoe vaak je iets moet doen
- Wat je er voor moet doen
- Hoe je er mee om moet gaan, wat je wel en niet mag doen

Betrouwbaarheid

- Wat de bescherming is
- Hoe veilig, hoe betrouwbaar
- Wanneer niet meer betrouwbaar (bijvoorbeeld overgeven/diarree)

Bijwerkingen

- Bijwerkingen
- Bestanddelen (die van persoonlijk belang zijn)
- Risico's

Gevolgen

- Wel of niet meer ongesteld zijn
- Invloed op menstruatiecyclus (wel of niet meer ongesteld zijn bijvoorbeeld)

Verkrijgen

- Kosten
- Hoe het aangebracht wordt
- Hoe het in zijn werk gaat (bijvoorbeeld naar ziekenhuis)
- Gevoel bij plaatsen (pijn)

Bijlage 16: Overzicht nieuwe ideeën keuzehulp

Nieuwe ideeën opbouw keuzehulp

- Samenvoegen anticonceptiekompas en anticonceptie.nl. Eerst een test doen en dan meer informatie.
- Zeggen waar je terecht komt wanneer je op volgende klikt.
- Aangeven wat je belangrijk vindt in een keuzemenu en door de test heen meer informatie over de verschillende opties.
- Keuzemenu waar je kunt aangeven wat je belangrijk vindt en waar je meer informatie over zou willen hebben.
- Genuanceerde vragen waarbij je kunt aanvragen hoe belangrijk het voor je is door middel van scores. Daarna meerdere opties krijgen.
- Test keuzehulpmiddel en daarna aanbieden van informatie over alles.
- Minder vragen maar meer ranken van dingen, wat vind je belangrijk. Niet kiezen maar met cijfers aangeven.

Nieuwe ideeën presentatie uitkomst

- Sorteren op basis van hoe lang je beschermd bent of met of zonder hormonen. Dan kun je daarna verder lezen.
- Meerdere opties geven en dan kunnen zien waarom dat de beste optie voor jou is. Aangeven in hoeverre bepaalde opties geschikt zijn.
- Een soort kieswijzer, waarbij je elke optie ziet en waarom die wel of niet gekozen is, zodat te verifiëren is of ze voor mij de juiste optie hebben gekozen.
- Weging geven, een cijfer.
- Niet kiezen maar met cijfers aangeven waardoor je kunt zien wat het belangrijkste is, zonder dingen uit te sluiten. Je krijgt meerdere opties, niet persé een.
- Overzicht geven van alles wat er is en wat bij je past. Overeenkomsten zien met andere keuzes. De ideale keuzehulp is een soort kieswijzer. Je ziet hoeveel overeenkomsten je met een bepaalde methode hebt en wanneer je die niet wilt, dan kun je een andere keuze maken.

Nieuwe ideeën vragen

- Meer informatie over de vraag
- Vragen/factoren waar je uit moet kiezen die bij elkaar passen in kopjes onderverdelen, dat je geen lijst hebt met dingen die niet bij elkaar passen.
- Minder vragen maar meer ranken van dingen, wat vind je belangrijk. Niet kiezen maar met cijfers aangeven.
- Voor studenten hoeft er geen vraag in over de overgang, net als of je nooit meer zwanger kan worden. Wil je je menstruatie reguleren hoort er wel bij.
- Meenemen dat je wilt overstappen en waarom je niet tevreden bent.
- Combinatie van aantal vragen, meerdere opties en dat je er meer informatie over kunt vinden.
- Vaste partner ja of nee.
- Regelmatig leven of niet.
- Laatste bachelorjaar en misschien een kind.

Nieuwe ideeën antwoordmogelijkheden

- Een grote lijst met antwoorden onderverdelen in kopjes.
- Mogelijkheid tot niet belangrijk, heel belangrijk en er tussenin.
- Schuifjes zodat je genuanceerder antwoord kan geven.
- Aangeven welke het belangrijkste is en welke daarna
- Optie drie: maakt niet uit.
- Een paar dingen aan kunnen klikken (bij de optie hoe vaak wil ik er aan denken)
- Schaal maken bij de optie hoe vaak je er aan wilt denken in plaats van kiezen. Weinig is dan bijvoorbeeld eens per drie maanden, jaar of paar jaar. En dan verder vragen over andere dingen.
- Geen voorkeur knopje. Of aangeven niet belangrijk en heel belangrijk en dat je er dan tussen kunt gaan zitten.

Bijlage 17: Ervaringen en wensen inhoud keuzehulp

Werking

- Hoe werkt het
- Wat is het
- Kans zwangerschap, betrouwbaarheid
- Op welke basis het werkt, precieze werking
- Werking bij ziekte

Gebruiksgemak

- Hoe (makkelijk te) gebruiken
- Wat je moet doen wanneer je seks hebt, of je het er uit moet halen of er last van kunt hebben.
- Hoe vaak er mee bezig zijn
- Spiraal voelen
- Hoe het ingebracht wordt
- Hoe gebruikt, wanneer precies en hoe het gaat. Elke dag en stopweek
- Hoe en of je het merkt wanneer methode niet goed zit
- Voel je het zitten, zie je het zitten
- Plaats anticonceptiemethode

Betrouwbaarheid

- Hoe lang je beschermd wilt zijn
- Wanneer switchen en wanneer niet, juiste startmoment.
- Hoe lang effect

Bijwerkingen

- Bijwerkingen
- Redenen om de anticonceptiemethode niet te mogen gebruiken

Bestanddelen

- Verschil hormoonwaarden tussen methoden
- Hoe methode er uit ziet en hoe groot het is

Gevolgen

- Menstruatie verschuiven
- Effect cyclus
- Dat je er niet onvruchtbaar van wordt
- Dat je het niet kunt uitplassen
- Gevolgen voor libido

Verkrijgen

- Kosten.
- Zelf doen of naar arts
- Bij arts of gynaecoloog laten plaatsen

- Vergoeden anticonceptiemethoden

Aanbevelingen

- Altijd voor morning-afterpil zorgen
- Vertellen dat als je het op juiste manier gebruikt dan betrouwbaar
- Vertellen dat je naar huisarts kunt

Algemeen

- Voor- en nadelen
- Reden waarom anticonceptie of wisselen anticonceptie
- Informatie seksueel overdraagbare aandoeningen en condoom

Bijlage 18: Samenvatting manier besluiten nemen en fijne (elementen) keuzehulp per respondent.

Respondent 1.

Respondent 1 wil van alle methoden de voor- en nadelen weten. Zij maakt gebruik van google en leest zoveel mogelijk informatie over de verschillende opties. Voor het bezoek aan de huisarts zou de keuzehulp gebruikt kunnen worden zodat je kunt meedenken met de huisarts, alvast wat meer informatie kunt opzoeken en samen kunt verifiëren of de informatie klopt. De test kan ook de factoren laten zien die de keuze kunnen beïnvloeden. Je kunt vervolgens wat gericht op zoek naar informatie. Wanneer er uit een keuzehulp een optie komt, zou zij van deze optie alles willen weten, net als van alle andere mogelijke opties. Zij wil geen simpele test maar een test waar alle factoren worden meegenomen. Wanneer zij voor een lange of korte versie kan kiezen, kiest zij de lange omdat deze vollediger is en ze maar liever een goede test doet als ze hem invult. Zij houdt niet van stellingen want dan zijn er maar twee opties. Zij wil het idee hebben dat alle factoren die zij belangrijk vindt meegenomen zijn. De my contraceptive tool en de website anticonceptie.nl vond zij het beste. Uiteindelijk kiest zij op basis van de voor- en nadelen en haar gevoel.

Respondent 2.

Respondent 2 vindt het vooral belangrijk om informatie van haar arts te krijgen en samen met haar arts een beslissing te maken. Internet gebruikt zij liever niet, omdat ze niet weet of het echt betrouwbaar is. De informatie uit de keuzehulp zou ze vergelijken met wat de arts zegt. Ze had zelf nog nooit echt van keuzehulpen gehoord. Heel veel informatie en daarna wat vragen vindt ze heel tijdrovend en ze denkt dat het makkelijker kan. Een keuzehulp moet niet te kort zijn want dan twijfelt ze of er wel genoeg factoren zijn meegenomen. Wanneer zij voor een lange of korte versie kan kiezen, kiest zij de korte omdat de lange langer duurt en alleen de medische geschiedenis wordt meegenomen, wat sowieso nog door de arts gecontroleerd wordt. Ze vindt keuzehulpen die werken met stellingen het fijnst, zoals die van anticonceptievoorjou.nl. Ze zou echter wel wat aan de lay-out veranderen, deze is nu te kinderlijk. Daarnaast zou het ook fijn zijn als in plaats van alleen de mogelijkheid heel belangrijk of niet zo belangrijk, er ook een mogelijkheid neutraal is, of dat je kunt aangeven op een schaal hoe belangrijk het voor je is. Wanneer er een anticonceptiemethode uitkomt wil zij graag meteen meer informatie.

Respondent 3.

Respondent 3 vindt het fijn om haar mogelijkheden te overleggen met een arts. Daarnaast overlegt zij ook met haar moeder en vriendinnen. Om nog meer informatie over de verschillende opties te verkrijgen leest ze de bijsluiter en zoekt ze informatie op het internet. Ze zoekt naar betrouwbare bronnen, zoals het farmaceutisch kompas. Bij haar anticonceptiekeuze heeft zij de verschillende mogelijkheden opgezocht, deze op een rijtje gezet en informatie hierover opgezocht. Op die manier heeft zij dingen weggestreept. Ze vindt het fijn om vervolgens met de arts de opties te bespreken en te bekijken wat het beste bij haar past. Keuzehulpen heeft zij eigenlijk nooit gebruikt omdat zij ze gewoon nooit gezien heeft. Veel informatie in een keuzehulp vindt zij fijn. Daarnaast moet een keuzehulp vooral overzichtelijk zijn. Ze vindt het wel fijn als er een advies uitkomt, waarna ze dan meer informatie zou kunnen zoeken. Ze wil veel informatie want ze wil alles uitpluizen. Een combinatie van anticonceptie.nl en het anticonceptiekompas zou voor haar het beste zijn. Dan kun je eerst de test doen en daar meer informatie uit halen. Ze vindt het vooral ook belangrijk dat een

keuzehulp kijkt naar de situatie waarin jij je verkeert (bijvoorbeeld wisselen van anticonceptiemethode of op zoek naar methode tegen acne). Daarnaast is het ook belangrijk dat de reden voor wisselen meegenomen wordt. Zij ziet in de keuzehulpen een mogelijkheid tot meer zelfstandigheid, waarna je naar de arts kunt gaan met een idee. Je kunt dan de mogelijkheden die jij hebt gevonden en voor jou het 'beste idee' aangeven en vragen wat de arts vindt.

Respondent 4

Respondent 4 maakt bij haar keuze vooral gebruik van advies van de huisarts en haar vriendinnen. Verder zoekt zij ook wat informatie op op internet, maar daar staan ook rare verhalen op. Liever maakt zij samen met de huisarts haar keuze, omdat de huisarts het gewoon het beste weet. Vriendinnen kunnen haar vooral helpen door hun ervaringen te delen. Ze zou niet snel voor een methode kiezen waar ze niet van heeft gehoord, eerder voor een methode die haar vriendinnen ook gebruiken. Ze is nooit echt heel erg bezig geweest met verschillende anticonceptie, omdat zij tevreden is met de methode die ze voor het eerst gebruikte en mee is gestart op haar 15^e. In keuzehulpen vindt zij feiten en meer informatie belangrijk. Ook vindt ze het fijn als een keuzehulp vraagt wat nou echt het belangrijkste is aan anticonceptie, waarbij de vragen duidelijk zijn. De my contraceptive tool vindt zij de beste keuzehulp: duidelijke vragen en goed gekeken naar wat je het belangrijkste vindt. De lay-out van het anticonceptiekompas vond zij dan wel weer beter. Het anticonceptiekompas met de vragen van de my contraceptive tool zou voor haar het beste zijn.

Respondent 5

Respondent 5 heeft zich voor haar keuze laten adviseren door haar vriendinnen. Ervaringen van haar vriendinnen en andere mensen zijn erg belangrijk. Enthousiaste verhalen van vriendinnen initieerde dat zij iets anders wilde. Daarnaast zoekt zij informatie op internet, al weet ze wel dat ze dat niet allemaal serieus moet nemen omdat er ook allemaal negatieve verhalen op staan. Zij gaat vervolgens naar de huisarts. Zij ziet het dan vooral zo dat de huisarts het regelt terwijl zij van tevoren al hebt bedacht wat je wilt. Van de huisarts wil ze dan nog wel de medische informatie. Wanneer zij nu weer een keuze zou moeten maken naar aanleiding van bijwerkingen, zou ze liever met een gynaecoloog praten omdat die er meer ervaring mee heeft en die beter kan adviseren. Ze wil de afweging op die manier beter kunnen maken, kijken naar de opties en voor- en nadelen. Keuzehulpen heeft zij nooit gebruikt, alleen om te weten wat zij moest doen bij het vergeten van de pil. Het lijkt haar wel handig op het moment dat je specifieke dingen over jezelf kunt invoeren en daar dan iets ideaals uitkomt met de voors en tegens en verschillen ten opzichte van andere dingen. In een keuzehulp vindt zij vooral het rangen van dingen belangrijk. Aangeven door middel van cijfers dat jij het belangrijkste vindt, in plaats van kiezen dit of dat. Dingen uitsluiten hoeft niet. Ze wil liever meerdere opties zien die bij haar passen, waar je vervolgens meer informatie over kunt opzoeken. De website anticonceptie.nl vond zij, ondanks dat deze wel een beetje onoverzichtelijk was, wel heel fijn. Deze gaf namelijk diepgaandere informatie.

Respondent 6

Respondent 6 maakt vooral een keuze op basis van haar gevoel. De keuzes moeten wel onderbouwd zijn. Wanneer zij een keuze wil maken rondom anticonceptie gaat zij het liefst eerst naar haar arts. Haar arts kan dan al een aantal opties geven, die zij vervolgens op het internet verder uitzoekt om te kijken wat het is, hoe het zit en waar ze zich het prettigst bij voelt. Zij had nog nooit gehoord over keuzehulpen. In de besproken keuzehulpen ziet zij vooral als voordeel dat je kunt zien welke keuzes

je hebt, dat je je bewust wordt van de keuzes die er zijn. Aan het einde van de keuzehulp wil ze graag wat meer informatie en het liefst heeft is dat ze alle opties krijgt en dan ziet wat het beste bij haar zou passen, en waarom. Zo is het duidelijker, kun je de keuze meer aan jezelf laten en kun je precies zien waarom dat gekozen is. Gezondheidsvragen in de keuzehulpen vind zij goed. Wanneer zij voor een korte of lange versie zou kiezen dan zou ze de lange kiezen, omdat ze het idee heeft dat ze meer informatie hebben en betere opties kunnen geven. Anticonceptiekompas.nl vond zij de beste keuzehulp, omdat deze goede vragen bevat waarbij je duidelijk ziet wat voor keuzes er echt zijn. De informatie werd hierin duidelijk onder elkaar gezet met mooi gebruik van kopjes. De my contraceptive tool was tevens een goede keuzehulp. Die was wat makkelijker dan het kompas, je kon heel makkelijk balkjes schuiven en zelf opgeven wat je het belangrijkste vond. De ideale keuzehulp zou ook werken met schuifjes zodat je wat genuanceerder antwoord kunt geven. Die balkjes zouden dan staan bij stellingen, omdat je dan makkelijk kan zien wat de opties zijn daarin en hoe belangrijk de keuzes daarin zijn.

Respondent 7

Respondent 7 vindt keuzes maken moeilijk. Ze stelt ze het liefst uit tot het laatste moment en vraagt ook vaak hulp van haar moeder, vriend, zusje of vriendinnen. Bij haar anticonceptiekeuze zijn haar vriendinnen en haar moeder heel erg sturend geweest, voornamelijk door hun ervaringen te delen. Ze heeft keuzehulpen op internet nooit gezien, opgezocht en gebruikt. Ze wil wel meer informatie (objectief) in een keuzehulp, en meer factoren die meegenomen worden. Twee, drie vragen is te weinig. Dan komt er ook een advies uit dat ze niet vertrouwd. Ze vindt het vooral fijn als een keuzehulp de factoren meeneemt waarvan je wilt dat de anticonceptiemethode aan voldoet, dat je daar in een keuze kunt maken. Een keuzehulp die haar goed zou kunnen helpen zou voor haar lijken op die van my contraceptive tool, een overzicht van alles wat er is en wat bij jou het beste past. Uit het rijtje kenmerken die je daar kon kiezen zou ze er echter wel meer willen kiezen dan maar 4. Haar ideale keuzehulp zou een soort kieswijzer zijn, waarbij je inzicht hebt in wat voor jou de beste zou zijn, maar ook in de tweede keuze en andere keuzes. De beste keuzehulpen vond zij de my contraceptive tool en anticonceptie.nl. Deze zijn namelijk heel informatief en uitgebreid.

Respondent 8

Respondent 8 heeft onlangs een keuze rondom anticonceptie gemaakt. Zij heeft bij deze keuze haar huisarts om advies gevraagd en met vriendinnen en huisgenoten gepraat. Uiteindelijk heeft zij alle methoden op een rijtje gezet, alles goed uitgezocht en vergeleken. Daarnaast heeft zij ook gebruik gemaakt van online keuzehulpen. Deze vond ze vaak flauw en gericht op jonge mensen. Websites met bronnen en bijsluiters vind ze fijn. Wanneer zij voor een lange of korte versie kan kiezen, kiest zij de voor de zekerheid de lange versie. De beste keuzehulpen vond zij de my contraceptive tool en anticonceptie.nl. Deze sloten namelijk goed aan bij haar vragen, gaven meerdere opties en gaven veel informatie. Zwart-witte vragen vond zij niet prettig, soms maakt het haar gewoon niet uit en bepaalt die vraag niet alles. Aangeven op een schaal hoe belangrijk iets voor je is vindt zij belangrijker.

Bijlage 19: Persbericht

30 mei 2014

Keuzehulp-anticonceptie om de anticonceptiekeuze te ondersteunen.

Gedurende de maanden maart, april en mei is bij Bureau Studentenartsen onderzoek gedaan naar de factoren die de keuze voor een anticonceptiemethode bij vrouwelijke studenten beïnvloeden en elementen waaraan een goede keuzehulp-anticonceptie voor vrouwelijke studenten zou moeten voldoen.

Informatie in het onderzoek is ten eerste verkregen door middel van literatuuronderzoek en documentanalyse. Tevens is contact gezocht met deskundigen op het gebied van keuzehulp-ontwikkeling. Daarnaast zijn studentes bevraagd over hun anticonceptiekeuze en de betrokken factoren en zijn aan hen een aantal keuzehulpen voorgelegd waarbij de studenten gevraagd is hun gedachten uit te spreken.

Met name betrouwbaarheid, gebruiksgemak, bijwerkingen, de hoeveelheid hormonen, de invloed op de menstruatie en de invloed op de vruchtbaarheid bleken belangrijke factoren te zijn waarop de anticonceptiekeuze gebaseerd werd. Voornamelijk vriendinnen bleken een rol te spelen bij de anticonceptiekeuze door ervaringen te delen.

Veelal waren studenten niet bekend met keuzehulpen. Zij dachten hun keuze niet volledig op een keuzehulp te kunnen baseren, maar zij zagen wel mogelijkheden om een keuzehulp te gebruiken om zich gericht voor te bereiden op het anticonceptieconsult bij de huisarts.

De beoordeling van de betrouwbaarheid van de keuzehulpen werd sterk beïnvloed door de hoeveelheid informatie en factoren die meegenomen werden. Niet alleen informatie over de anticonceptie, maar ook informatie over andere factoren hieromheen, zoals seksueel overdraagbare aandoeningen, vruchtbaarheid en thema's zoals acne en pijnlijke menstruatie, dienen geleverd te worden in een keuzehulp-anticonceptie voor studentes.

Een online keuzehulp-anticonceptie op de website van Bureau Studentenartsen kan het anticonceptieconsult van de huisarts niet vervangen, maar kan wel zorgen voor een gerichtere voorbereiding. De begeleiding omtrent anticonceptie kan op deze manier verbeterd worden en de keuze voor een anticonceptiemethode vergemakkelijkt. Uiteindelijk kan zo de patiënttevredenheid en autonomie worden verhoogd.

Meer informatie over dit onderwerp is te vinden op de website van Bureau Studentenartsen:

<http://www.huisartsenamsterdam.nl/>