

ingediend op **1297** (2021-2022) – Nr. 1
19 mei 2022 (2021-2022)

Verslag van de hoorzittingen

namens de Commissie voor Welzijn,
Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding
uitgebracht door Koen Daniëls

over het verzoekschrift over sensibilisering
over de risico's van hormonale anticonceptie

Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding:

Voorzitter: Stefaan Sintobin.

Vaste leden:

Koen Daniëls, Lorin Parys, Elke Sleurs, Tine van der Vloet, Katja Verheyen;

Immanuel De Reuse, Stefaan Sintobin, Suzy Wouters;

Maike De Rudder, Katrien Schryvers;

Freya Saeys, Maurits Vande Reyde;

Ann De Martelaer, Jeremie Vaneekhout;

Freya Van den Bossche.

Plaatsvervangers:

Allessia Claes, Piet De Bruyn, Freya Perdaens, Sarah Smeyers, Annabel Tavernier;

Yves Buysse, Ilse Malfroot, Frieda Verougstraete-Deschacht;

Vera Jans, Kurt Vanryckeghem;

Gwenny De Vroe, Emmily Talpe;

Johan Danen, Celia Groothedde;

Conner Rousseau.

Toegevoegde leden:

Lise Vandecasteele.

INHOUD

1.	Uiteenzetting door Ans Van Gasse, eerste indiener	5
1.1.	Inleiding	5
1.2.	Sensibilisering	5
1.3.	Leerplandoelen	6
1.4.	Correcte en laagdrempelige informatie.....	6
1.5.	Sensibiliseren: een uitdaging	7
1.6.	Consultatie en opvolging	7
1.7.	Slot	7
2.	Uiteenzetting door Roel Van Giel	8
2.1.	Risico's	8
2.2.	Het aanbod van Domus Medica	8
2.3.	De noden	8
2.4.	Hoe kan Domus Medica helpen	9
3.	Uiteenzetting door Hilde Deneyer en Tom Herremans	9
3.1.	Het Vlaams Apothekers Netwerk	9
3.2.	Waarom de apothekers	9
3.3.	De rol van apothekers	10
3.4.	De tools van apothekers	11
3.5.	Aanbevelingen	11
4.	Uiteenzetting door Johan Verhaeghe	12
4.1.	Het veranderend gebruiksveld van anticonceptie.....	12
4.2.	Anticonceptieve keuzes anno 2022	12
4.3.	Neveneffecten van PPR-methoden van medisch standpunt	13
4.4.	Langetermijnrisico's van PPR-methoden.....	13
4.5.	Checklijst.....	13
4.6.	Voordelen van PPR-methoden behalve anticonceptie	14
4.7.	De LARC-methoden	14
4.8.	Conclusies.....	14
5.	Uiteenzetting van Sarah Hulsmans	15
5.1.	Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid.....	15
5.2.	De kernboodschappen	15
5.3.	Feiten en cijfers	15
5.4.	Maatschappelijke tendensen	16
5.5.	Het aanbod van Sensoa	16
5.6.	De bijwerkingen.....	16
5.7.	Online platformen	17
5.8.	Besluit.....	17

6.	Vragen van de leden	17
6.1.	Vragen van Suzy Wouters	17
6.2.	Vragen van Maxim Veys	18
6.3.	Vragen van Koen Daniëls	18
6.4.	Vragen van Ann De Martelaer	20
6.5.	Vragen van Freya Van den Bossche	20
6.6.	Vragen van Celia Groothedde	21
6.7.	Vragen van Katrien Schryvers.....	22
7.	Antwoorden van de sprekers	23
7.1.	Antwoorden van Ans Van Gasse	23
7.2.	Antwoorden van Roel Van Giel	24
7.3.	Antwoorden van Hilde Deneyer en Tom Herremans	27
7.4.	Antwoorden van Johan Verhaeghe.....	29
7.5.	Antwoorden van Sarah Hulsmans	30
8.	Replieken van de parlementsleden	31
8.1.	Repliek van Koen Daniëls	31
8.2.	Repliek van Celia Groothedde	31
9.	Bijkomende antwoorden van de sprekers	31
9.1.	Antwoorden van Tom Herremans	31
9.2.	Antwoorden van Johan Verhaeghe.....	31
9.3.	Antwoorden van Sarah Hulsmans	32
	Gebruikte afkortingen	33
	Bijlagen: zie dossierpagina van dit document op www.vlaamsparlement.be	

Op dinsdag 1 februari en woensdag 4 mei 2022 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding hoorzittingen over het verzoekschrift over sensibilisering over de risico's van hormonale anticonceptie.

De sprekers waren:

- Ans Van Gasse, eerste indiener van het verzoekschrift;
- Roel Van Giel, voorzitter Domus Medica;
- Hilde Deneyer, algemeen directeur Vlaams Apothekers Netwerk;
- Tom Herremans, beleidsmedewerker Vlaams Apothekers Netwerk;
- Johan Verhaeghe, gewoon hoogleraar Faculteit Geneeskunde KU Leuven;
- Sarah Hulsmans, beleidsmedewerker Reproductieve gezondheid Sensoa.

Alle sprekers maakten gebruik van een presentatie. Deze zijn terug te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op www.vlaamsparlement.be.

(De vergadering van 1 februari 2022 werd als videoconferentie georganiseerd, de vergadering van 4 mei 2022 was een hybride vergadering.)

1. Uiteenzetting door Ans Van Gasse, eerste indiener

1.1. Inleiding

Ans Van Gasse stelt de commissie voor aan Steffi en Nina, twee jonge twintigers met een bruisend leven in het verschiet. Het toeval wil dat deze twee jonge vrouwen, die elkaar niet kenden, hetzelfde noodlot hebben doorgemaakt: een trombose als gevolg van hormonale anticonceptie die niet correct was voorgeschreven. Uit de autopsierapporten blijkt dat er in beide gevallen voldoende voortekenen waren om andere anticonceptie voor te schrijven. De jonge vrouwen noch hun familie waren daarvan op de hoogte.

Enkele nabestaanden vinden dat schrijnend en hebben zich verzameld. Ze stellen vast dat veel jonge vrouwen ondanks het jarenlange gebruik van anticonceptie met desinformatie of beperkte informatie geconfronteerd worden. Ze hebben een campagne opgestart om de beperkt beschikbare informatie te verspreiden. De campagne kent bijval in de media en bij veel jonge vrouwen.

Er zijn veel getuigenissen verzameld van vrouwen die dezelfde ervaring hebben meegemaakt en die zich evenmin gehoord voelen door zorgverleners of de brede maatschappelijke context. Het inzicht is snel gegroeid dat er moet worden ingezet op sensibilisering en consultaties.

1.2. Sensibilisering

Er is nood aan meer sensibilisering. Er is informatie over het gebruik van anticonceptie, het voorkomen van tromboses en andere bijwerkingen, maar die is niet gekend door de doorsnee jonge gebruiker.

Sensibilisering begint op school. Op verschillende momenten staat seksuele voorlichting op het programma. Het gevoel bestaat dat het onvolledig gebeurt omdat bepaalde zaken niet of onvoldoende worden vermeld. De leerplandoelen moeten ervoor zorgen dat de correcte informatie op een laagdrempelige manier beschikbaar is voor jongeren. De nadruk moet liggen op het belang van de juiste vorm van anticonceptie voor elk lichaam. Anticonceptie wordt op maat gemaakt. Trombosegevoelige vrouwen wordt aangeraden gebruik te maken van een spiraal. Omdat veel jongeren daar niet van op de hoogte zijn vragen ze niet naar een spiraal.

Voorts moeten artsen meer gesensibiliseerd worden. De opleiding tot arts is de voorbije jaren grondig gewijzigd. Elke generatie van artsen handelt op dit ogenblik op andere wijze. Er ligt een grote verantwoordelijkheid bij elke individuele arts om zich

bij te scholen. Domus Medica raadt bijvoorbeeld aan eerste- en tweedegeneratieanticonceptiepillen voor te schrijven omdat deze veiliger zijn dan een combinatiepil. Op basis van getuigenissen blijkt dat veel vrouwen dat niet voorgeschreven krijgen. Nederland zet daar sterk op in door een Landelijke Eerstelijns Afspraak. Er worden op regelmatige basis bijscholing georganiseerd voor artsen en apothekers. Domus Medica organiseert dat ook maar de indruk bestaat dat hun bijscholing te vrijblijvend zijn. Omdat anticonceptie door 42 procent van alle vrouwen wordt genomen is het een wijdverspreid medicijn. Het valt evenwel niet te vergelijken met andere vormen van medicatie. Om die reden zou het logisch zijn om in te zetten op frequente bijscholing om juist gebruik te faciliteren.

Vervolgens moet er worden ingezet op de FAGG-checklist. Deze vragenlijst opgesteld door Domus Medica speurt naar indicaties van trombosegevoeligheid. Deze lijst wordt niet altijd gebruikt. Er zijn drie belangrijke verbeterpunten. De lijst kan handiger in gebruik. De huidige lijst is te lang en neemt te veel tijd in beslag. Het gebruik van de lijst wordt niet gecontroleerd. Niemand weet hoe vaak dit veiligheidsmechanisme wordt gebruikt. Er moet ten derde een informatiecampagne gestart worden zodat patiënten ook weet hebben van deze lijst wanneer hun arts die niet gebruikt.

1.3. Leerplandoelen

Inzake leerplandoelen lijkt het nuttig te focussen op de bestaande platformen zoals het CLB-bezoek om bij jongeren na te gaan welke anticonceptie ze gebruiken, of ze dat goed gebruiken, en of ze goed op de hoogte zijn. Jongeren geven aan dat veel leerkrachten vragen over seksualiteit en anticonceptie uit de weg gaan tijdens de seksuele voorlichting. Ondanks de steun vanuit bepaalde platformen is er nog veel individuele vrijheid waardoor er ruimte is om fouten te maken. Sensoa, die leerkrachten en onderwijs al ondersteunen, kan beter ingezet worden door jaarlijks voor kant-en-klare lespakketten te zorgen. In die pakketten kan geüpdatete informatie overzichtelijk ter beschikking worden gesteld. Er moet verder blijvend ingezet worden op workshops en seminars door externe experts van initiatieven als BeMSA. Deze kunnen blijvend geïncorporeerd worden in de bijscholing van leerkrachten en leerlingen. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat wie goed geïnformeerd is, meer therapietrouw is. Anticonceptie zal op deze manier vaker correct worden gebruikt waardoor men beter beschermd is tegen bepaalde risico's, bijwerkingen en zwangerschappen.

1.4. Correcte en laagdrempelige informatie

Informatie over medicatie en gezondheid moet correct en laagdrempelig beschikbaar zijn. Dit fundamentele patiëntenrecht zorgt ervoor dat patiënt en dokter samen een keuze kunnen maken. De rol van de huisarts valt niet te onderschatten, maar die van de patiënt evenmin. Allesoverseks.be is een website van Sensoa en bevat informatie over de mogelijke nadelen van hormonale anticonceptie. De website blijkt niet vlot vindbaar voor jongeren die niet goed weten welke informatie ze zoeken. Anticonceptie komt op jonge leeftijd het leven binnen. De website is niet op dat niveau gemaakt. Seksualiteit blijft daarenboven een taboe. Jongeren praten er moeilijk over. Alle verantwoordelijkheid voor het verzamelen van informatie bij hen leggen houdt risico's in waardoor jongeren in een kwetsbare positie terechtkomen. De informatie op allesoverseks.be moet meer op hun niveau zijn en duidelijker worden aangegeven. De site moet niet alleen informatie aanbieden over voor- en nadelen van anticonceptie maar ook over de FAGG-checklist, de aanpak van een consultatie en de gewenste reactie van een patiënt.

1.5. Sensibiliseren: een uitdaging

Het is belangrijk dat niet alleen anticonceptie maar ook informatie erover gemakkelijk toegankelijk is. Uit getuigenissen en eigen ervaringen blijkt dat niet altijd het geval te zijn. Aangezien daar geen gegevens over beschikbaar zijn, is het aangegeven een onderzoek te voeren naar de kennis over anticonceptie bij jongvolwassenen. De vragen over artsen zijn enkel gebaseerd op vluchtige gegevens en verhalen. De praktijk van consultaties over anticonceptie zou ook onderzocht moeten worden. Een consultatie verloopt in samenwerking tussen arts en patiënt die elk een belangrijke rol spelen.

Er is niet zozeer een gebrek aan informatie. Het probleem, waardoor sensibiliseren een uitdaging is, ligt in de toegankelijkheid ervan. De recentste informatie moet voor alle partijen toegankelijk zijn om tot consultaties te komen die leiden tot een beslissing, gemaakt door arts en patiënt samen.

1.6. Consultatie en opvolging

Domus Medica adviseert artsen al lang om in het eerste jaar dat anticonceptie wordt gebruikt, een voorschrift voor maximum drie maanden te geven. Daarna moet de patiënt onderzocht worden op mogelijke risico's. Getuigenissen en ervaringen leren dat dit in de praktijk niet altijd gebeurt. Het is essentieel dat artsen de gewoonte hebben patiënten consequenter op te volgen. Om die reden zou onderzoek gevoerd moeten worden naar hoe consultaties in de praktijk verlopen. Tijdens de vergadering van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van 4 mei 2021 is ook gewezen op een gebrek aan wetenschappelijk onderzoek en cijfers, waardoor deze situatie complexer wordt (*Vragen om uitleg* VI.Parl. 2020-21, nr. 2608 en 2745). Hierover is er onvrede. Veel getuigenissen illustreren hoe mensen zich niet gehoord voelen door hun omgeving.

Er moet worden ingezet op onderzoek naar tromboserisico's. Mensen die een trombose hebben overleefd, geven aan nergens heen te kunnen met hun informatie. Het zou de bedoeling moeten zijn dat bijwerkingen altijd kunnen worden aangegeven. In een campagne, die bredere gaat dan anticonceptie en tromboserisico, kan daar de nadruk op worden gelegd.

1.7. Slot

Uit de getuigenissen blijkt veel onwetendheid. Het is schrijnend dat zo veel vrouwen gedurende vele jaren dagelijks medicatie gebruiken waarvan ze niet weten hoe het middel werkt. Daarin schuilt een groot gevaar. Er zijn verhalen over verkeerd gebruik van anticonceptie waardoor vrouwen gevaar lopen of ongewenst zwanger worden. Vrouwen beseffen niet altijd dat anticonceptie een medicijn is dat invloed kan hebben op andere medicatie. Roddels stellen andere anticonceptiemiddelen in een kwaad daglicht waardoor jongeren zich verplicht voelen tot één bepaald middel dat niet goed is voor hen.

Anticonceptie kan een heel leven beïnvloeden. Vrouwen beginnen er op jonge leeftijd mee. Deze doelgroep heeft duiding en informatie nodig, en zit met vragen die op dit ogenblik niet worden beantwoord.

Er zijn cijfers en informatie maar de doorsneegebruiker vindt die niet. Anticonceptie blijft een vorm van chronische medicatie, wat gedegen gebruik vereist. Er wordt te weinig over gepraat. Gebruik ervan kan de levenskwaliteit in gunstige of ongunstige richting beïnvloeden.

Ans Van Gasse benadrukt afsluitend niet tegen anticonceptie te zijn. Ze wil in de eerste plaats dat mensen beter weten waarmee ze bezig zijn.

2. Uiteenzetting door Roel Van Giel

2.1. Risico's

Roel Van Giel toont een overzichtstabel van het risico op trombose per 10.000 vrouwen per jaar om een en ander in het juiste perspectief te plaatsen. Er bestaat in de geneeskunde bij geen enkel medicament en geen enkele behandeling een nulrisico. Ook andere feiten, zoals een zwangerschap, hebben een risico op trombose.

Extra risicofactoren voor een diepveneuze trombose, in combinatie met de inname van hormonale anticonceptie, zijn een voorgeschiedenis ervan, een familiale geschiedenis, roken, overgewicht en leeftijd. Zeker in de beginperiode van het gebruik is alertheid belangrijk omdat het risico op trombose het grootste is in de eerste maanden. Tijdens een consult over de vraag naar anticonceptie moeten deze risicofactoren besproken worden.

Uit de Belgische Gezondheidsenquête 2018 bleek dat acht op tien vruchtbare vrouwen een vorm van anticonceptie gebruiken.

2.2. Het aanbod van Domus Medica

De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt bij de start of verandering van anticonceptie. Vrouwen kiezen niet alleen vanuit het oogpunt van anticonceptie voor een hormonaal preparaat, maar ook als gevolg van cyclusstoornissen, dysmenorroe of het uitstellen van de menstruatie. Het is belangrijk dat de huisarts goed geïnformeerd is over de types anticonceptie en de risicofactoren voor de patiënt. Sommige patiënten zijn al goed geïnformeerd, maar de vraag is dan of ze de juiste informatie hebben. Anderen zijn dan weer heel onwetend op dat vlak. Daarnaast schrijven ook onder andere gynaecologen, dermatologen en vroedvrouwen anticonceptie voor.

De richtlijn van 2011, die in herziening is, is omgezet in een overzichtelijk document waarin de basisboodschap is opgenomen. Momenteel lopen er geen e-learning of webinars, maar om de twee jaar is er een huisartsenconferentie waarop over bepaalde thema's wetenschappelijke voordrachten worden gegeven, gecombineerd met een beurs. Anticonceptie wordt daar ook altijd besproken en dat thema wordt door veel huisartsen gevolgd.

De richtlijn beveelt orale anticonceptie als eerste keuze aan. De reden om een combinatiepil met levonorgestrel als eerste keuze naar voor te schuiven, is omdat die een lager risico op diepveneuze trombose geeft. Ondertussen is er een hele evolutie in de pillen en daarom is een herziening van de richtlijn nodig. De richtlijn geeft ook aan hoe een consult hierover het beste gebeurt en welke informatie er aan de patiënt moet worden gegeven. Er moet medisch nagekeken worden of er risicofactoren zijn waarvoor er een contra-indicatie is om een hormonaal preparaat voor te schrijven. De patiënt moet geïnformeerd worden over de nevenwerkingen en samen met de patiënt worden de risico's afgewogen en wordt er een beslissing genomen. Patiënten moeten ook geïnformeerd worden over de verschillende anticonceptiemethoden.

Ook heel wat andere organisaties bieden informatie aan, zoals het FAGG, het NHG en het BCFI.

2.3. De noden

Het is soms moeilijk om te volgen welke nieuwe pillen er zijn. Ze veranderen vaak van naam en worden van de ene firma overgenomen door een andere. Er is daarom

nood aan correcte gegevens over nieuwe anticonceptie op de markt. Het is niet omdat het nieuw is dat het daarom het beste is voor de patiënt. Soms is medicatie waar al jarenlang ervaring mee is op zijn minst even goed en is het risico soms lager.

Er kan meer structuur komen in wie betrokken wordt in het anticonceptietraject en wie voorschrijft. Soms verandert een patiënt van anticonceptie, maar is de huisarts niet op de hoogte omdat de informatie niet gedeeld wordt. Dat maakt opvolging moeilijk. Het blijft een medicament, maar patiënten vergeten dat soms te vernemen tijdens een consult.

Om dit op een goede manier te kunnen doen, hebben organisaties middelen nodig, bijvoorbeeld voor het updaten van richtlijnen en het bijhouden van nieuwe ontwikkelingen. Richtlijnontwikkeling kost veel, maar het is een basiselement van evidencebased geneeskunde en goede geneeskundige zorg om de beroepsgroep up-to-date richtlijnen aan te bieden. Domus Medica investeert daar veel eigen middelen in en heeft eigen personeel om de richtlijnen up-to-date te houden, maar dit is een taak van de overheid. Het bedrag dat in richtlijnontwikkeling geïnvesteerd wordt, daalt jaar na jaar waardoor veel richtlijnen niet meer up-to-date zijn.

De huisartsgeneeskunde moet de volgende jaren nog een evolutie doormaken. Het inschakelen van praktijkverpleegkundigen en eventueel vroedkundigen kan een hulpmiddel zijn om nog beter aan informatieoverdracht naar de patiënt te doen. Na de consultatie bij de arts kan de praktijkverpleegkundige dingen herhalen of kunnen er extra vragen gesteld worden. Dat vraagt een andere organisatie van huisartsgeneeskunde en een andere financiering.

De uitwerking van een geïntegreerd elektronisch dossier voor verschillende zorgverleners die met de patiënt te maken hebben, is belangrijk om te weten wat er gebeurt, wat de adviezen zijn of wat de wijzigingen in het beleid zijn. Daar is al veel rond gebeurd, maar in de volgende jaren moet daar nog een versnelling hoger geschakeld worden.

2.4. Hoe kan Domus Medica helpen

In de toekomst wil Domus Medica blijven inzetten op het updaten van de richtlijnen, e-learning, vormingen en het inzetten van verpleegkundigen en vroedvrouwen in de huisartsenpraktijk. Daarnaast moet de maatschappij, samen met partners zoals apothekers, CLB's en Sensoa, blijvend geïnformeerd worden over welke types van anticonceptie er mogelijk zijn, wat de voor- en nadelen zijn en wat de symptomen van een trombose zijn.

3. Uiteenzetting door Hilde Deneyer en Tom Herremans

3.1. Het Vlaams Apothekers Netwerk

Hilde Deneyer wijst erop dat het VAN nog maar tien jaar bestaat. Het is een netwerkvereniging van verschillende lokale beroepsverenigingen, inclusief Brusselse, en aligneert zich zoveel mogelijk met alles wat op Vlaams niveau gebeurt. Het VAN werkt op een aantal focusdomeinen en heeft zich daarvoor geïnspireerd op de werking van Domus Medica. Uiteraard volgen ze alles op wat te maken heeft met de eerste lijn, preventie en vaccinatie. Ze treedt Roel Van Giel bij dat er geen enkele vorm van financiële ondersteuning is.

3.2. Waarom de apothekers

Apothekers zijn op de hoogte van de risicofactoren voor diepveneuze trombose. Ze aligneren zich met de doelstellingen en verwachtingen van de patiënt, de baten

versus de risico's en het informeren over nevenwerkingen. De kerntaak van apothekers bij het afleveren van medicatie is begeleiden bij correct geneesmiddelen-gebruik, zeker bij een eerste afgifte. Apothekers noteren dit normaal gezien in een globaal farmaceutisch dossier. Alle officiële apothekers in België kunnen, wanneer de patiënt zijn toestemming geeft, op regelmatige basis het gedeeld farmaceutisch dossier consulteren. Op die manier vormen de apotheken een soort van netwerk waar ook een niet-afleverende apotheker gebruik van kan maken.

Uiteraard is het informeren over nevenwerkingen en contra-indicaties belangrijk. Het is een aanbeveling om bij de eerste afgifte van een medicament te kijken in het gedeeld farmaceutisch dossier.

Een recente studie van Ipsos geeft aan dat de apotheker door de bevragers als een zeer betrouwbare, laagdrempelige en nabije zorgverlener wordt beschouwd. Ook de meest kwetsbaren die niet altijd bij de huisarts geraken, kunnen wel opgevangen worden door de apotheker en hopelijk doorverwezen worden naar een huisarts. Apothekers zijn wijdverspreid en staan daardoor heel dicht bij de bevolking. Ze zijn wetenschappelijk opgeleid en een expert in geneesmiddelen en farmaceutische zorg. Ze zijn dan ook goed geplaatst om in te zetten op preventie en sensibilisering en zijn daartoe ook bereid. Er is echter geen enkele financiering voor het uitwerken van richtlijnen en preventie an sich. Hilde Deneyer pleit voor een politiek debat op dat vlak.

De voorbije twee jaar hebben apothekers iets minder dan 4 miljoen covidvaccinatiesgesprekken gevoerd. In tegenstelling tot de huisartsen hebben ze geen consulten. Als een patiënt in de apotheek komt en over een bepaald onderwerp een vraag stelt, dan gaan apothekers daarop in maar zijn ze al gauw een kwartier bezig. Wanneer ze geen medicatie afleveren, betekent dit tijd die op geen enkele manier wordt vergoed. Toch blijven apothekers daar hard op inzetten.

3.3. De rol van apothekers

Tom Herremans gaat in op de rol van de apotheker bij het afleveren van anticonceptie, maar die is door te trekken naar elk soort medicatie. Bij de eerste afgifte adviseert de apotheker over het correcte gebruik op basis van zijn wetenschappelijke kennis, op basis van wat de arts op het voorschrift heeft meegegeven en op basis van de historie uit het gedeeld farmaceutisch dossier. De belangrijkste nevenwerkingen en interacties worden mondeling meegegeven. Voor anticonceptie zal de apotheker in theorie ook bewustmaken omtrent de risicofactoren en wijzen op het belang van opvolging door de huisarts, zeker in het begin. De apotheker stelt mensen ook gerust, geeft de juiste informatie om te ontkrachten wat er de ronde doet aan valse informatie. Patiënten komen vaak net van de arts waar ze een uiteenzetting hebben gekregen, maar waar misschien niet alle vragen naar boven zijn gekomen en die worden dan vaak aan de apotheker gesteld.

Bij het sensibiliseren over de risicofactoren van anticonceptie worden specifieke doelgroepen aangesproken. De apotheker doet ook aan bewustmaking rond de symptomen. Dat gebeurt waarschijnlijk niet door elke apotheker even goed, maar er zijn tools voorhanden, zoals een checklist. Als de patiënt de medicatie al een tijdje neemt, kan de apotheker opvolgen hoe het verloopt met de therapietrouw. Wanneer nodig kan de apotheker contact opnemen met de voorschrijver.

De apotheker volgt ook problemen en symptomen op die met geneesmiddelen verband houden. Een tool daartoe kan het opmaken zijn van een medicatieschema. Binnen de apotheeksector is er het huisapothekerschap, waarbij mensen die chronisch medicatie nemen een huisapotheker kunnen kiezen. De apotheker krijgt daar een kleine vergoeding voor. Mensen die enkel maar de pil nemen, kunnen ook een medicatieschema laten maken bij de apotheker, maar daar ontvangt de apotheker

geen vergoeding voor. Het kan nuttig zijn om te sensibiliseren opdat meer mensen zo'n medicatieschema zouden hebben, op voorwaarde dat er een performant systeem is om dat schema te delen met andere zorgverleners. Er is Vitalink, maar dat werkt niet altijd zoals het zou moeten. Het delen van medicatieschema's kent heel wat configuratieproblemen.

Het klopt dat pillen vaak van naam veranderen en dat de samenstelling soms wijzigt. Dat is een warboel, maar het BCFI is op dat vlak een betrouwbare bron waar ook apothekers gebruik van maken. Als apothekers in de praktijk merken dat de arts zich misschien heeft vergist of als er een verandering is tussen voorschrijvers, dan kan het nuttig zijn dat apothekers dat melden aan de artsen die de patiënt van dichtbij behandelen. Het is dagelijkse praktijk dat er bezorgdheden zijn bij de apotheker of de patiënt en dat er gecommuniceerd wordt naar de artsen om opnieuw een consultatie in de plannen.

Apothekers hebben ook farmacovigilantie als taak. Als er problemen zijn rond nevenwerkingen, moeten die geregistreerd worden op een gele fiche van het FAGG. Apothekers kunnen op dat vlak echter nog gesensibiliseerd worden want het is nog geen standaardprocedure.

3.4. De tools van apothekers

Apothekers beschikken over wetenschappelijke kennis die ze mondeling aan de patiënt doorgeven. Daarnaast is er heel wat materiaal beschikbaar voor zowel apotheker als patiënt op de websites van APB, PhiL en RMA. De apotheeksoftware is een belangrijke tool. Het geeft informatie over de eerste uitgifte, nevenwerkingen en contra-indicaties. In sommige software is de link naar RMA-materiaal geïntegreerd. Navorming voor apothekers gebeurt via IPSA.

3.5. Aanbevelingen

De aanbevelingen van het VAN zijn het opleiden en vormen van zorgverleners, het sensibiliseren om de juiste materialen te gebruiken, de bestaande kennis opfrissen en theorie in herinnering brengen. Voor artsen is dat vooral op het vlak van intake en het afwegen van de baten en de risico's bij elke patiënt. Voor apothekers gaat het ook over de juiste materialen en welke kernboodschappen ze moeten meegeven aan de patiënt. Een tool daartoe kan een MFO-programma zijn, wat nu al voor veel verschillende onderwerpen bestaat. Dit moet altijd worden goedgekeurd door het RIZIV, maar anticonceptie kan zeker een onderwerp zijn voor zo'n overleg. Tijdens dat overleg is er vaak eerst een theoretisch stuk over de soorten pillen, over de aandoeningen, de risicofactoren en de nevenwerkingen. Daarna gaan apothekers en huisartsen vaak per wijk of per buurt samenzitten om lokale afspraken te maken die daarna worden opgevolgd aan de hand van indicatoren. Standaard is zo'n overleg voorzien voor huisartsen en apothekers, maar dit kan uitgebreid worden naar andere zorgverleners.

Het is belangrijk om burgers te sensibiliseren via [Sensoa](https://www.sensoa.be), [allesoverseks.be](https://www.allesoverseks.be) of [Gezondheid en Wetenschap](https://www.gezondheid-en-wetenschap.be).

Het zou nuttig zijn om een kwaliteitsprogramma Zorg te ontwikkelen rond anticonceptie. Zo'n kwaliteitsprogramma wordt gebruikt om de dienstverlening in de apotheek te verbeteren. De apotheker wordt dan opgeleid waarna er een 'mystery patient' langskomt die de apotheker evalueert, ernaar terugkoppelt en een soort van coachingtraject start.

Een andere aanbeveling is de ontwikkeling van incentives voor apothekers, bijvoorbeeld het gesprek over het goed gebruik van geneesmiddelen. Dat bestaat al voor astmapatiënten: wanneer die voor het eerst een puffer meekrijgt, dan legt de

apotheker heel specifiek bepaalde handelingen uit over het gebruik ervan en wordt er gepeild naar de angst en misverstanden omtrent cortisonegebruik. Enkele maanden later volgt dan een tweede GGG-gesprek om de therapie op te volgen. Dit zou ook nuttig kunnen zijn voor anticonceptie.

Op het vlak van software kunnen bepaalde knoppen meer duidelijk gemaakt worden zodat apothekers makkelijker informatie terugvinden of meer verplicht worden om die mee te geven.

Om tot een goede preventiewerking in Vlaanderen te komen, moet er een aangepast financieringsmodel zijn. Apothekers worden niet of in heel beperkte mate vergoed voor hun preventietaken en het is belangrijk om de tijd die een apotheker daarin stopt, te verlonen. Dat zal ook helpen om het beeld van de apotheker, vooral bij jonge mensen, bij te stellen zodat die ook wordt gezien als een echte zorgverlener.

4. Uiteenzetting door Johan Verhaeghe

4.1. Het veranderend gebruiksveld van anticonceptie

Johan Verhaeghe spreekt namens de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Er is een heel veranderend gebruiksveld van anticonceptie met een aantal positieve evoluties, voornamelijk op het vlak van terugbetaling en comfort. Ook de LARC-methoden zijn beschikbaar. Er is terugval van sterilisatie op jonge leeftijd, wat gunstig is.

Er zijn echter nog altijd veel uitdagingen. Zo kan een groep nog altijd niet bereikt worden als gevolg van diverse redenen, de zogenaamde 'unmet need'. Het aantal abortussen daalt niet terwijl dat nochtans een doelstelling was van de terugbetaling. In klinische studies lijkt de therapietrouw dalende te zijn. De gebruikers wisselen ook meer van methode. Er is ook bezorgdheid en overbezorgdheid voor nevenwerkingen. Ook de voorschriftplicht is een drempel.

Er zijn algemene nadelen. Naarmate anticonceptie lichter gedoseerd wordt, worden de bloedingen minder voorspelbaar dan met een klassieke pil. Er is een bredere leeftijdzone, van tieners tot vijftigplussers die heel andere noden hebben. Er is veel meer overgewicht en overgewichtchirurgie dan vroeger en veel patiënten nemen toch die medicatie alhoewel ze nooit ingesloten worden in klinische studies. Er zijn ook altijd meer niet-anticonceptiva-indicaties voor pilgebruik, wat kan leiden tot mogelijk overgebruik op termijn.

Voor de gebruiker zijn angst en tolerantieproblemen veel grotere problemen dan kost en beschikbaarheid. Vrouwen willen vooral niet in gewicht bijkomen en willen dat de cyclus relatief bewaard blijft. Wat de patiënt graag wenst, is goed gekend.

4.2. Anticonceptieve keuzes anno 2022

Er is een tendens om anticonceptiva in te delen volgens hun gebruik eerder dan hun samenstelling. Het gaat van natuurlijke familieplanning, barrièremethoden tot de grote emmer aan PPR-methoden zoals pillen, pleisters en ringen. Dit zijn combinatieproducten van oestrogenen en progestagenen. Verder is er een toenemend gebruik van POP's, producten die alleen een progestageen bevatten.

LARC-methoden zijn de nieuwe trend – dat is anticonceptie voor langere tijd die omkeerbaar is –, namelijk de intra-uteriene apparaten met koper of progestageen en het subdermaal implantaat. De methode die er een beetje uitvalt is de prikpil omdat die strikt userbased is. Tot slot is er ook de definitieve anticonceptie.

In België zijn de PPR-methoden het populairst en de pil maakt daar het grootste gedeelte van uit, maar ook een belangrijk aandeel vormen intra-uteriene apparaten.

4.3. Neveneffecten van PPR-methoden van medisch standpunt

Vanuit medisch standpunt is de tussentijdse bloeding een van de belangrijkste nevenwerkingen van PPR. Andere nevenwerkingen zijn zeldzaam. Er is veel discussie over welke stukje aan de methode zelf kan worden toegewezen en wat een soort van nocebo-effect is. Dat zijn effecten die ook te zien zijn bij inname van een placebo. De studies daarover zijn zeer wisselend. Sommige studies tonen aan dat de pil aanleiding kan geven tot stemmingsdalingen, maar andere tonen dan weer aan dat er een nocebo-effect is. De afwezigheid van maandelijkse menstruatie ervaren veel patiënten als een nadeel, maar vanuit medisch standpunt is dat geen nadeel.

Uit de resultaten van een studie op het vlak van gewichtstoename blijkt dat sommige patiënten hetzelfde gewicht zullen behouden, terwijl anderen zullen afvallen en nog anderen zullen bijkomen.

4.4. Langetermijnrisico's van PPR-methoden

Inzake langetermijnrisico's gaan de enige bestaande gegevens met betrekking tot de pil over trombose, wat jammer is. Men focust vooral op trombose omdat die vroeg optreedt en gemakkelijk klinisch te beoordelen is. Over wat de pil bijvoorbeeld doet op het vlak van aderverkalking of diabetes is het na zestig jaar nog altijd wachten op een definitief antwoord. Met betrekking tot kanker bestaan er vooral data over oudere pillen. Er wordt meestal uitgegaan van een lichte modulatie van de kankerincidentie, met een zeker beschermend effect op endometrium-, eierstok- en colorectale kankers maar een licht verhoogd risico van baarmoederhalskanker en borstkanker.

Met betrekking tot trombo-embolie is er een verhoogd risico, maar in absolute cijfers valt dat mee. Moet dit aan de patiënt meegedeeld worden? Over het algemeen worden dingen aan de patiënt gezegd die belangrijk en frequent zijn. Het debat kan zijn of alle aandacht moet gaan naar iets dat bij 1 op 10.000 vrouwen extra voorkomt. Het risico is minstens even hoog tijdens een zwangerschap en in het kraambed is de kans op trombose het grootst.

Uit modulatie van het risico van veneuze trombo-embolie met PPR-methoden zijn de patiëntgebonden factoren belangrijker dan de inname of productgebonden factoren. Het allerbelangrijkste is een genetisch risico, trombofilie, waarbij het risico op een trombose door de pil tienmaal hoger. Een tweede risicofactor is de leeftijd, waarbij vrouwen van boven 40 tot 45 jaar een verhoogd risico hebben. Dan is het dikwijls tijd om te denken over een andere methode met minder risico. Op het vlak van BMI en roken zijn er variabele resultaten. Er is ook al op gewezen dat trombose vooral in de beginperiode voorkomt. Er zijn zeker verschillen onder de producten onderling en dat kan belangrijk zijn in het beleid, maar patiëntgebonden factoren zijn belangrijker dan productgebonden factoren.

4.5. Checklijst

Er zou een checklist bij de apotheker ingevuld kunnen worden als er geen voorschrift meer nodig zou zijn. Wat moeilijk bij de apotheek zou kunnen, is het meten van de bloeddruk, tenzij het anders georganiseerd zou worden. Uit testen blijkt dat dit een zeer belangrijk aspect is bij het opstarten van de pil en het begeleiden van de pil. Er moet ook gekeken worden of er andere zaken aan bod kunnen komen, zoals het nemen van een uitstrijkje omdat er iets meer kans is op baarmoederhalskanker met

de pil. Dat moet vanaf 25 jaar. Ook een soa-screening kan belangrijk zijn omdat het om seksueel actieve mensen gaat.

4.6. Voordelen van PPR-methoden behalve anticonceptie

De pil kan voordelen opleveren bij de behandeling van acne en hirsutisme. Er zijn ook gynaecologische voordelen, bijvoorbeeld bij pijnlijke maandstonden en bij fors menstrueel bloedverlies, en er zijn minder cystes en tumoren van de eierstokken omdat de eigen cyclus stilligt. Theoretisch is er ook het voordeel dat de follikels bewaard worden zodat vruchtbaarheid mogelijk zou zijn op latere leeftijd. Men begint ook te zien, bijvoorbeeld in Noorwegen, dat de leeftijd van de menopauze licht begint te verschuiven door meer en langer pilgebruik. Patiënten nemen de pil vaak voor lange tijd als het gaat over acne, hirsutisme en dysmenorroe en dit kan gevaren inhouden.

4.7. De LARC-methoden

LARC-methoden doen het in de praktijk beter op het vlak van betrouwbaarheid dan PPR-methoden. Op het vlak van 'continuation rate' is er ook een verschil tussen beide, waarbij LARC betere cijfers kan voorleggen.

Het Mirenaspiraal heeft de gynaecologie veranderd. Voordien was er de gynaecologie van de hysterectomieën en operaties. Met Mirena kan er veel conservatiever behandeld worden. Uit een studie in de Verenigde Staten blijkt dat de setting waarnaar men gaat belangrijk is voor welke mogelijkheden men aangeboden krijgt. Voor de LARC-methoden moet een dokter aanwezig zijn en moet er een omgeving zijn waar een patiënt kan rusten, een pijnstillertje kan krijgen en waar de vitale tekens in de gaten kunnen worden gehouden. Gynaecologen vinden het belangrijk dat de patiënt alle methoden aangeboden krijgt en dat er een juiste setting voor is.

Met de LARC-methoden is er geen tromboserisico bekend, maar zijn er andere mogelijke nadelen.

4.8. Conclusies

Alle anticonceptiemethoden hebben potentiële neveneffecten en potentiële voordelen en nadelen voor de gezondheid, maar men moet methodegebonden neveneffecten onderscheiden van nocebo-effecten. Anticonceptie blijft best onder medische controle, zelfs met de beschikbaarheid van vragenlijsten. Alle beschikbare methoden moeten besproken worden. De bloeddruk meten is en blijft belangrijk. Cervixcytologie en soa-screening moeten gelijktijdig kunnen gebeuren. Er moet een effectieve en veilige omgeving aangeboden kunnen worden voor het plaatsen en wisselen van LARC. Er moet worden gestreefd naar een doelmatig gebruik van hormonale anticonceptiva voor niet-anticonceptieve indicaties.

De huidige anticonceptie is sterk gericht op hormonen en cyclussubstitutie. Het is een oplossing van de twintigste eeuw en het is nog altijd wachten op een oplossing van de 21e eeuw. Er is nog geen enkele gamechanger geweest. Waarom komt er geen switch naar biologicals? De industrie zegt dit nooit te zullen kunnen aanbieden aan eenzelfde prijs. Er zou dus geen hoge return on investment voor de industrie zijn en er is angst voor nieuwe regulatorische of ethische issues. Jammer genoeg is alle research gestopt. Alles hangt af van wat er in academia naar boven zou kunnen komen en wordt gesponsord uit filantropie of door ngo's. Op dat vlak ziet het er niet goed uit en toptalenten werken niet voor reproductie, maar in oncologie en neuroscience. Er is dus veel werk aan de winkel.

5. Uiteenzetting van Sarah Hulsmans

5.1. Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid

De focus van *Sarah Hulsmans* bij *Sensoa*, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid, is vooral anticonceptie en preventie van ongewenste zwangerschap. Ze staat ook in voor de implementatie van *Zanzu*, de website over seksualiteit voor anderstaligen.

Sensoa werkt rond verschillende thema's, waaronder reproductieve gezondheid. Een doel is het correct en consistent gebruik van anticonceptie. *Sensoa* werkt naar het grote publiek via allesoverseks.be, maar de hoofddoelgroep zijn intermediairs, hulpverleners. Op die manier kan *Sensoa* ook rechtstreeks werken naar de doelgroepen en dit bepaalt de keuzes in interventies die *Sensoa* doet. *Sensoa* staat voor laagdrempelige informatie en keuzevrijheid om op die manier elke Vlaming het recht te geven om tot seksuele zelfbeschikking te komen.

5.2. De kernboodschappen

Sensoa streeft naar anticonceptie op maat. Dit wil zeggen dat het middel of de methode aangepast is aan de medische toestand en de behoeften van de vrouw. Het is een zaak van gedeelde besluitvorming tussen de arts en de vrouw of het koppel. Anticonceptie is daarnaast ook een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de vrouw en haar partner. Mannen hebben echter weinig opties om de anticonceptie mee te bepalen – behalve een condoom of sterilisatie – maar ze kunnen op andere manieren hun verantwoordelijkheid nemen, bijvoorbeeld door mee te betalen of mee na te denken. *Sensoa* raadt vrouwen vaak aan om hun noden te herevalueren. Het is belangrijk om niet het hele leven lang dezelfde anticonceptie te nemen, want medische behoeften veranderen. Er wordt ook meegegeven dat geen middel of methode 100 procent betrouwbaar is, zeker ter preventie van ongeplande zwangerschap.

Sensoa informeert en sensibiliseert via de website en via relationele en seksuele vormingspakketten. Daarnaast zijn er ook vormingen ten aanzien van huisartsen, de eerste lijn en leerkrachten om hen te ondersteunen in het bespreekbaar maken van seksualiteit. Op de website worden de verschillende mogelijkheden visueel weergegeven. Met betrekking tot diepveneuze trombose gaat het enkel over de combinatiemethoden met twee synthetische hormonen en niet over middelen waar enkel progestageen in zit. Op de website probeert *Sensoa* bij elk middel de bijwerkingen en neveneffecten te tonen.

5.3. Feiten en cijfers

Op de website sensoa.be vindt men vooral feiten, cijfers en lesmateriaal. In België is de pil nog altijd nummer één, maar er is een verschuiving naar langdurige anticonceptie, voornamelijk het spiraal. Jonge jongeren gebruiken vooral het condoom, oudere jongeren vooral de pil en naarmate men ouder wordt stapt men over naar het spiraal.

Uit de *European Contraception Atlas* blijkt dat België het heel goed doet op het vlak van anticonceptie. De score wordt toegekend op basis van een aantal criteria, zoals toegang, betaalbaarheid en informatie. Op het vlak van informatie moet er een website zijn die door de overheid wordt gefinancierd, maar niet gecontroleerd. Zo'n website is allesoverseks.be. *Sensoa* bepaalt zelf wat erop komt, maar het is de Vlaamse overheid die betaalt.

België heeft een laag aantal tienerzwangerschappen door een goede toegang tot en betaalbaarheid van anticonceptie. België heeft ook een laag abortuscijfer.

Anticonceptiegebruik is in België wijdverspreid. De unmet need is hier niet zo groot. Het kan natuurlijk altijd beter op het vlak van kwetsbare groepen, en een aantal kwetsbare vrouwen wordt nog niet bereikt. Sensoa zal zich daar de komende jaren meer op richten. Het anticonceptiegebruik stijgt jaar na jaar.

5.4. Maatschappelijke tendensen

Sarah Hulsmans ziet, op basis van aanvoelen, een aantal tendenzen. Er is enorme hormoonmoeheid/pilmoetheid. Sommigen willen overstappen naar natuurlijke methoden vanuit het idee dat ze willen weten wat ze in hun lijf stoppen. Vrouwen hebben veel vragen met betrekking tot de pil. In het begin zorgde de pil voor vrijheid voor de vrouw, maar tegenwoordig zijn er altijd meer vragen over de bijwerkingen. Er is een grotere kritische ingesteldheid, wat niet per se slecht is. Het moet aangemoedigd worden dat vrouwen daarover nadenken, maar het is niet de bedoeling om ze schrik aan te jagen waardoor ze overstappen op iets dat niet helemaal werkt en waardoor er veel meer ongeplande zwangerschappen zouden zijn.

Er is een maatschappelijke tendens naar gezondheidszorg op individuele maat van de patiënt. Patiënten zijn kritischer ten aanzien van hun hulpverlener, wat ook niet per se slecht is. Ze zoeken naar een tweede opinie of gaan zelf op zoek naar informatie, maar daardoor moet de hulpverlener zelf ook goed geïnformeerd zijn. Dit kan ook een positief neveneffect hebben, namelijk dat de pil niet zomaar meer wordt voorgeschreven. Er wordt soms onmiddellijk een spiraal voorgeschreven of gekeken naar andere dingen. Het legt ook wel veel verantwoordelijkheid bij de patiënt.

5.5. Het aanbod van Sensoa

Sensoa heeft de websites, een onder-vier-ogenmethodiek, een vorming 'praten over gezinsplanning' en een groot pakket 'lesgeven over anticonceptie' voor voornamelijk leerkrachten.

Allesoverseks.be bevat veel thema's, waaronder anticonceptie één blokje is. In verband met anticonceptie is de populairste pagina de anticonceptiewijzer. Die wijzer staat bezoekers toe om anticonceptie met elkaar te vergelijken volgens een aantal criteria en bij elk middel kan men extra informatie vinden over onder andere betrouwbaarheid en prijs. Sensoa raadt iedereen aan om die wijzer te proberen om goed voorbereid te zijn alvorens men naar de arts gaat. Op de website staat ook informatie over alle effecten en bijwerkingen van hormonen, dus niet alleen over trombose, maar ook over overgewicht, het libido, risico op depressie, een effect op de stemming en de emoties, en kanker. Er zou nog veel meer op de website geplaatst kunnen worden, maar er staat al veel op en er wordt blijvend aan gewerkt. Met betrekking tot het tromboserisico staat er dat dit verhoogt met leeftijd, gewicht en roken en dat de arts mee bepaalt wat het risico is.

5.6. De bijwerkingen

De moeilijkheid met betrekking tot de bijwerkingen is dat ze verschillen van vrouw tot vrouw maar ook van maand tot maand omdat iemands persoonlijke hormoonhuishouding meespeelt. Er zijn ook weinig studies daarover. Het is geweten dat er bijwerkingen zijn, maar Sensoa kan niet zeggen waaraan die juist liggen omdat er niet genoeg onderzoek naar is. Het is ook niet te voorspellen welke vrouw op welk soort anticonceptie zal reageren. Als op voorhand duidelijk zou zijn welke vrouw op welke soort anticonceptiemiddel zou reageren, dan zou men direct naar een alternatief kunnen overstappen en moet niet elke vrouw soms een lange lijdensweg afleggen om tot een juist hormonaal anticonceptiemiddel of andere anticonceptie te komen. Sensoa kan nooit tegen een vrouw zeggen dat haar stemming beïnvloed

wordt door de pil omdat dat bewezen is, maar moet de vrouw doorverwijzen naar haar arts om dit te bespreken.

5.7. Online platformen

Sensoa.be wordt het meest bezocht door leerkrachten omdat ze op zoek zijn naar informatie over hoe ze over seksualiteit met hun leerlingen kunnen praten of er les over kunnen geven. De tweede grootste groep zijn hulpverleners, van wie een grote groep huisartsen die vaak in een consult op de website gaan kijken.

De bezoekers van allesoverseks.be bestaan voor een groot deel uit 18-jarigen. Jongeren vinden er zeker de weg naar. Veel bezoekers komen ook terecht op de website omdat ze ontevreden zijn over hormonale anticonceptie en op zoek zijn naar de bijwerkingen. Ze willen op de hoogte zijn van de voor- en nadelen. Die tool is er, maar er is in het algemeen te weinig informatie om aan elke vrouw op voorhand te kunnen zeggen of het voor haar al dan niet een goed anticonceptiemiddel is.

Naast die tool is er ook een onder-vier-ogenmethodiek ontwikkeld in samenwerking met Domus Medica. Dat is een methode om in vier stappen met patiënten over seksualiteit te praten. De methode is gebaseerd op de behoeften van artsen. Die methodiek wordt ook toegepast in de vorming 'praten over gezinsplanning' voor een bredere groep van intermediairs. Daar ligt de focus op het vermijden van een ongeplande of ongewenste zwangerschap, maar hormonale anticonceptie komt er ook aan bod.

Op de website staat ook een pagina over lesgeven over anticonceptie. Elk jaar is er een Week van de Lentekriebels, een week waarin Sensoa leerkrachten wil aanzetten om les te geven over seksualiteit. In 2022 was het thema anticonceptie.

5.8. Besluit

Sensoa benadrukt dat de pil een enorme vrijheid heeft teweeggebracht en vrouwen de keuze heeft gegeven met wie, wanneer en hoeveel kinderen ze willen. Nu is er de volgende fase waarin men vindt dat het niet alleen moet werken maar ook niet mag schaden. Vrouwen willen niet meer alleen de verantwoordelijkheid dragen, maar vinden dat ook hun partner daarin een rol kan spelen. Er is te weinig bewijs voor de bijwerkingen en neveneffecten en Sensoa vraagt dat er meer onderzoek komt. Wanneer een vrouw op zoek gaat naar een alternatief, is het niet de bedoeling dat dit alternatief niet zo goed werkt en Sensoa wil vrouwen beschermen tegen ongeplande zwangerschappen. De anticonceptiewijzer wijst vrouwen op hun opties en de arts en de hulpverlening spelen daarin een belangrijke rol.

6. Vragen van de leden

6.1. Vragen van Suzy Wouters

Suzy Wouters apprecieert de aandacht voor deze belangrijke problematiek. Anticonceptie voorschrijven kan niet zonder de gebruiker voldoende te informeren over de risico's ervan. De risicofactoren van de vrouw zelf moeten in rekening worden gebracht. Er moet worden gezocht of deze vorm van anticonceptie aangewezen is voor de vrouw in kwestie. De vraag rijst of het niet aangewezen is om naast scholen ook ouders te sensibiliseren.

Suzy Wouters vraagt of er in de praktijk dan vooral pillen worden voorgeschreven die het minste risico vormen. Wordt daar voldoende wetenschappelijk onderzoek naar gedaan? Wordt het aan de patiënten meegedeeld als er een pil wordt voorgeschreven die een hoger risico inhoudt?

In hoeverre is de richtlijn bekend en toegepast door de dokters? Hoe kan dit beter? Waarop moet dringend worden ingezet? Welk budget is er nodig?

Hoe ziet Domus Medica de rol van de apotheker op het vlak van sensibilisering over anticonceptie?

Alertheid in de beginperiode is belangrijk omdat het risico op trombose het grootste is in de eerste maanden.

Voor de noodpil is geen voorschrift nodig. Suzy Wouters vraagt of het voldoende uitgewerkt is wat apothekers moeten meedelen aan de patiënt.

Indien er toestemming is, wordt er standaard naar het gedeeld farmaceutisch dossier gevraagd? Suzy Wouters heeft er nog nooit over gehoord.

Is de navorming voldoende gekend? Is er veel vraag naar?

Wat is de ervaring van het VAN met het verspreiden van correcte informatie aan de patiënt omtrent anticonceptiegebruik? Krijgt het signalen dat dit soms niet correct gebeurt?

Het verzoekschrift vraagt om in te zetten op de FAGG-checklist en deze vooral in te korten. Hoe staat de Johan Verhaeghe daar tegenover? Hoe kan er een balans gevonden worden tussen voldoende opvolging en monitoring zonder dat de slinger doorslaat en er te veel wordt opgevolgd?

De indieners vragen in het verzoekschrift om meer en uitgebreidere informatie te zetten op de website van Sensoa. Hoe reageert Sarah Hulsmans op het feit dat de verzoekers aanhalen dat enkel bij verder doorklikken op de site informatie wordt gevonden over de risico's?

6.2. Vragen van Maxim Veys

Maxim Veys drukt zijn waardering uit voor de duidelijkheid van zowel het verzoekschrift als de toelichting. Het verzoekschrift is door een significant aantal personen ondertekend. De commissie moet zich beraden over de vraag hoe ze verder aan de slag gaat met dit verzoekschrift. Hij stelt de vraag welke universiteit of instantie het gevraagde onderzoek zou kunnen voeren.

6.3. Vragen van Koen Daniëls

Koen Daniëls weet dat dit thema in het onderwijs voornamelijk wordt behandeld als een manier om een ongewenste zwangerschap te vermijden. Hij apprecieert de nuance van de verzoekers die aangeven niet tegen anticonceptie te zijn. Dat een van de jonge vrouwen naar wie in de inleiding wordt verwezen in dezelfde gemeente woonde, maakt dit verzoekschrift concreet.

Er is veel informatie maar die bereikt de leerlingen niet. Moet Domus Medica opgeroepen worden om dit op het eerste zicht evidente geneesmiddel opnieuw onder de aandacht te brengen? Een andere belangrijke partner, die onvermeld blijft, is de apotheker die het geneesmiddel aflevert. Hoe pas de apotheker in het geheel?

Er zijn de onderwijseindtermen. Er is seksuele opvoeding. Daarnaast zijn er externe partners zoals Sensoa. Ten slotte zijn er ouders en leerkrachten. Er lijkt onwil om dit debat aan te gaan uit angst dat jongeren geen anticonceptie meer zullen gebruiken wat tot andere ongewenste gevolgen zou leiden. Welke visie hebben de verzoekers hierover?

Streven de verzoekers naar een medisch-biologisch onderzoek? Moet er bij elke trombose onderzocht worden of er een link is met hormonale anticonceptie? Of moet het onderzoek nagaan in welke mate artsen informeren naar het voorkomen van tromboses in de familie?

Koen Daniëls is blij dat Domus Medica erkent dat er een aantal stappen nodig zijn. De vraag van de verzoekers is er een naar betere informatie, want niet iedereen kent het begrip diepveneuze trombose. Het gaat vaak om jonge meisjes en de bijsluiters zijn moeilijk begrijpbaar. Het is ook niet altijd duidelijk wat de kans op een bepaalde bijwerking is. Is het mogelijk dat de huisarts of de apotheker een checklist meegeeft met dingen waarop de patiënt moet letten, zoals opgezwollen benen, pijnlijke voeten enzovoort? Op die manier kan er meer bewustwording groeien?

De verzoekers geven aan dat huisartsen niet altijd naar de anamnese vragen. Kan er daarom in de richtlijn een eenvoudige checklist worden opgenomen?

Uit een onderzoek van Domus Medica uit 2005 bleek dat huisartsen te weinig aandacht hebben voor het bevragen van de contra-indicaties en het bespreken van de omstandigheden waarin hormonale anticonceptie minder werkzaam is. Is dat onderzoek ondertussen opnieuw gevoerd? Zijn er recentere data beschikbaar?

Koen Daniëls is het ermee eens dat het elektronische dossier op punt moet komen.

Vaak wordt hormonale anticonceptie voor een heel jaar voorgeschreven en dat zorgt ervoor dat de arts de patiënt minder vaak ziet om dit te bespreken. Wat is zijn mening daarover?

Artsen schrijven medicatie voor en apothekers leveren die af, maar er moet goed afgesproken worden wie welk gesprek voert bij een eerste aflevering. Hoe ziet Domus Medica dat?

Als huisartsen geconfronteerd worden met een patiënt die aangeeft bijwerkingen te hebben van hormonale anticonceptie en er indicaties zijn dat een diepveneuze trombose mogelijk is en er overgeschakeld wordt op andere anticonceptie, dan vraagt Koen Daniëls of dat altijd geregistreerd wordt?

De slide over de risicofactoren kan een goede checklist zijn voor de patiënt. Is zoiets mogelijk?

Niet alle apothekers zijn er voorstander van om een extra papier mee te geven met begrijpelijke informatie vanuit een juridisch oogpunt. Koen Daniëls vraagt het VAN of ze dat ook horen en of dat op een of andere manier ondervangen kan worden, bijvoorbeeld door er een zin aan toe te voegen dat de bijsluiter nog altijd gelezen moet worden.

Als namen van producten wijzigen, wijzigt dan ook de samenstelling van het product?

Moeten apothekers regelmatig met voorschrijvende artsen contact opnemen? Als er in de apotheek gesproken wordt over de, weliswaar kleine, kans op trombose, schrikken patiënten daarvan?

Het VAN doet enkele interessante aanbevelingen, bijvoorbeeld op het vlak van software. Is dat een financiële kwestie? Gaat het over verantwoordelijkheden? Gaat het over de vraag wie het doet en wie het up-to-date houdt?

Het is belangrijk dat apothekers sensibiliseren bij medicatiegebruik. Koen Daniëls maakt zich dan ook zorgen bij onlineapotheken. Wat moet daarrond gebeuren?

Gebeurt het doorgeven van indicatie van trombose letterlijk op een papieren geel formulier of gebeurt dat elektronisch?

Domus Medica had het over het risico op trombose binnen de eerste drie maanden, maar op de website van Sensoa duidt de wijzer op een kans op trombose binnen het eerste jaar en een verhoogd risico gedurende de hele periode van pilgebruik. Koen Daniëls vindt dat tegenstrijdige informatie, wat potentieel een impact kan hebben.

Is er vanuit medisch oogpunt iets dat naar voren kan geschoven worden met het minste risico? Uit het betoog van de Johan Verhaege leidt Koen Daniëls af dat implantaten het minste risico inhouden. Klopt dat? Uit het betoog van Sensoa haalt hij dat dan weer niet meteen. Een implantaat klinkt voor jonge mensen ook straf. Een pilletje innemen is iets anders dan iets laten inbrengen. Hoe moet hij dat interpreteren?

Er is gezegd dat bloeddrukmeting cruciaal is. Kan dat potentieel ook door apothekers gebeuren?

6.4. Vragen van Ann De Martelaer

Ann De Martelaer dankt voor de presentatie met duidelijke voorstellen. Ze wil vernemen of er is nagedacht over hoe deze thematiek toegankelijk kan worden gemaakt voor meisjes met een verstandelijke beperking. Is deze groep gehoord? Kunnen zij terecht bij organisaties die werken rond seksualiteit en deze doelgroep?

6.5. Vragen van Freya Van den Bossche

Freya Van den Bossche vraagt of de bekommernissen van de verzoekers terecht zijn. Moet het anders en beter?

Vooraf in de beginperiode is alertheid belangrijk omdat de risico's dan groter zijn, maar het vertrouwen in anticonceptie mag niet verdwijnen. Het risico moet geïsoleerd worden, maar ook voldoende geïsoleerd om paniekreacties te vermijden wanneer die niet nodig zijn. Op welke manier gaan artsen dat gesprek aan? Hoe moeten ze dat in de toekomst doen om ervoor te zorgen dat het risico goed wordt opgevolgd?

Roel Van Giel pleitte terecht voor meer middelen voor preventie want richtlijnen moeten up-to-date gehouden kunnen worden en vertaald op een manier waardoor mensen ermee aan de slag kunnen gaan. Welk budget is er nodig? Is dat vergelijkbaar met het budget in Nederland?

Freya Van den Bossche vraagt het VAN in welke mate apothekers ervaren dat er een zekere gêne is om hierover in gesprek te gaan. In de apotheek is men immers vaak niet alleen en zijn sommige gesprekken soms eenvoudiger te voeren onder vier ogen. Merken apothekers nog een drempel? Zo ja, bij welke groepen vooral? Wat zou kunnen gebeuren om dat gesprek te vergemakkelijken?

Heeft Sensoa een idee over het bereik van de website bij jongeren? Wie bereiken ze? Hoeveel jongeren zijn dat?

Sensoa biedt een aantal modules aan die bijvoorbeeld in het onderwijs kunnen worden gebruikt. In welke mate is anticonceptie verwerkt in de leerplannen inzake seksuele voorlichting? Wijst het aanbod van Sensoa erop dat er een lacune in het onderwijs is op dat vlak?

Er wordt blijkbaar weinig geïnvesteerd in onderzoek naar alternatieve methoden. Hoe kan de overheid daar mee voor een oplossing zorgen? Wat is er nodig om op dat vlak vooruitgang te boeken?

6.6. Vragen van Celia Groothedde

Volgens *Celia Groothedde* zijn er sinds 2011 meer inzichten gekomen over welke bijwerkingen hormonale anticonceptie in het algemeen en de pil in het bijzonder kunnen hebben, zowel lichamelijk als geestelijk. Op dat laatste is weinig ingegaan. Kan dat alsnog toegelicht worden?

Bij algemene gezondheidsproblemen wordt de pil wel eens als oorzaak vergeten omdat het dermate gangbaar is om ze te nemen. Is het geen idee om daar actief naar te vragen?

Er is subsidiëring nodig om de richtlijnen up-to-date te houden. Mocht die er niet komen, is Domus Medica dan toch van plan om de richtlijn aan te passen?

Hormonale anticonceptie wordt om allerlei redenen voorgeschreven. Worden daarbij altijd de nevenwerkingen vermeld?

Er zijn heel wat niet-hormonale en niet-gangbare anticonceptiva op de markt zoals het tracken van de cyclus, apps om de vruchtbaarheid te bepalen, een geëvolueerde Billingsmethode enzovoort. Deze zijn bij vrouwen die hormonale anticonceptie niet zien zitten populair, maar houden risico's in. Vaak zitten daar, zeker in de Verenigde Staten, conservatieven en religieus-conservatieve stromingen achter, waar vrouwen hier zich nauwelijks bewust van zijn. Hoe moet daarmee omgegaan worden? In de voorlichting komen die niet aan bod, maar dat zorgt ervoor dat meisjes en vrouwen daar volledig alleen aan worden overgelaten terwijl ze door de juiste voorlichting net een betere keuze kunnen maken.

In een publicatie van Domus Medica staat dat het risico op cardiovasculaire complicaties of veneuze trombo-embolieën, verbonden aan het pilgebruik bij jonge vrouwen, verwaarloosbaar klein is, maar dat het verschilt naargelang het type pil.

Celia Groothedde wijst erop dat vrouwen in preciaire situaties of om andere redenen uit de boot vallen. Hoe precairder de situatie van een vrouw, hoe minder zorg ze krijgt in de perinatale periode. Heeft Roel Van Giel gegevens of dergelijke vrouwen ook met betrekking tot anticonceptie of gynaecologische gezondheid minder specialisten en medische zorg opzoeken? Waar kunnen die mensen terecht zodat er goede, continue en gelijkwaardige zorg is?

Celia Groothedde vraagt het VAN of het een goed idee zou zijn dat er een meldingsplicht aan het FAGG zou zijn van tromboses.

Het is moeilijker om aan patiënten te vragen hoe de anticonceptie bevalt omdat ze niet altijd de brug maken naar bepaalde bijwerkingen. Zou dat een mogelijkheid zijn voor apothekers?

Veel vrouwen hebben goede ervaringen met hormonale anticonceptie, maar dat is niet altijd zo. Hoe worden worst practices eruit gehaald?

Johan Verhaeghe toonde een slide over hormonale anticonceptie en borstkanker. Wat betekent die 1,20 in de Deense studie? Betekent dit een verhoging van het risico van een op vijf?

De laatste tien jaar is het bewustzijn gerezen dat hormonale anticonceptie een invloed heeft op stemming en depressies. Is er onderzoek naar de reële invloed

van hormonale anticonceptie op het vlak van stemmingswisselingen en depressies? Vrouwen hebben sowieso tweemaal meer risico op depressies. Wat is de causale factor in die correlatie?

Uit een Amerikaans onderzoek blijkt dat er minder LARC's worden voorgeschreven. Is dat onderzoek te transponeren naar de Belgische situatie? In de VS is er in de family planning clinics een heel ander publiek, is er een heel andere terugbetaling, een andere toegang tot anticonceptie en een andere abortuswetgeving.

In Brussel is er een lange wachttijd voor een afspraak bij de gynaecoloog, maar in een centre de planning familial kan men binnen de week terecht. Is er geen lacune wat dat betreft? Hebben die wijkgezondheidscentra geen grotere laagdrempeligheid? In hoeverre kan dit de drempels mee wegwerken en ervoor zorgen dat mensen die nauwelijks bereikt worden toch gynaecologische zorg en anticonceptie krijgen op hetzelfde niveau als anderen?

Celia Groothedde vindt het opvallend dat er een verschil wordt gemaakt tussen het koperspiraal en het hormonaal spiraal, maar dat de GyneFix niet specifiek wordt vernoemd. Dat is een koperspiraal dat minder hevige bloedingen veroorzaakt, een aantal bijwerkingen van het koperspiraal niet heeft en een spiraal is zonder hormonen. Dat zou een aantal bezwaren kunnen wegnemen, maar er is wel een opgeleid gynaecoloog nodig om het in te brengen. Gynaecoloog Anne Verougstraete, een autoriteit op het vlak van anticonceptie, vindt dat er in elk ziekenhuis een opgeleid gynaecoloog zou moeten zijn om dit te kunnen aanbieden. Wat is de houding van de sprekers daarover?

Apothekers zijn de aangewezen partner als het op noodanticonceptie aankomt. Spiralen zijn ook een mogelijke vorm van noodanticonceptie. Is er daar een lacune in het aanbod? Op dat moment zouden mensen bereikt kunnen worden die op andere momenten niet bereikt kunnen worden.

Sensoa had het over het onderwijs, wat de plek is om jongeren te bereiken op het vlak van informatie over anticonceptie. Uit een getuigenis leerde ze dat iemand die op een streng katholieke school had gezeten toch in het eerste middelbaar een boekje kreeg waarin alle anticonceptie stond vermeld. Is het een goed idee om dergelijk lesmateriaal op school mee te geven?

Sarah Hulsmans zei dat ze bij specifieke vragen over de invloed van anticonceptie moet doorverwijzen naar de arts. Kan ze toelichten wat zij als wenselijk ziet?

Er zijn apps die aan aantrekkelijkheid winnen en die kunnen voor een aantal mensen een oplossing zijn, maar waarschuwingen erbij krijgen ze niet. In de praktijk is er vaak een sterk verhoogd risico op zwangerschap. Is dat een vlucht om van hormonale anticonceptie weg te gaan? Moet er voorlichting over komen? Op welke manier moet het parlement ermee omgaan? In hoeverre moet dit op de kaart worden gezet?

6.7. Vragen van Katrien Schryvers

Katrien Schryvers vraagt of Roel Van Giel het nodig vindt dat er een aangepast protocol zou zijn voor het voorschrijven van de pil voor de beginperiode? Wat met de periodes nadien? Om de hoeveel tijd zou een bijkomend onderzoek nodig zijn? Als een vrouw die de pil nam een trombose krijgt, wordt er dan systematisch nagegaan welk type van combinatiepil zij nam? Hoe wordt dit opgevolgd? Worden alle mogelijke nevenwerkingen van medicijnen systematisch geregistreerd door huisartsen?

Er is een gebrek aan transparantie over de verschillende pillen op de markt en de bestanddelen die erin zitten, onder meer omdat de benaming verandert. Op welke manier kan ervoor gezorgd worden dat het voor artsen duidelijk blijft welke bestanddelen in een bepaald soort pil zitten?

Dokters hebben niet altijd een goed zicht op de anticonceptie die een patiënt neemt. Hoe kan daar duidelijkheid over zijn? Worden dergelijke zaken niet altijd in het elektronische dossier opgenomen?

Er zijn ook psychische effecten van het gebruik van hormonale anticonceptie. Op welke manier wordt daarmee omgegaan? Worden dergelijke klachten geregistreerd? Wordt daarover gesensibiliseerd en informatie gegeven aan de patiënt?

Katrien Schryvers vraagt hoe het VAN de aanvullende rol van apothekers ziet op het vlak van uitleg over nevenwerkingen?

De risico's van de combinatiepil houden verband met de algemene gezondheid van vrouwen, bijvoorbeeld overgewicht. Is het mogelijk om daarover het gesprek met patiënten aan te gaan? In bepaalde apotheken zijn er afzonderlijke ruimtes ingericht om zo'n gesprekken te voeren. Hoe staat het VAN daar tegenover?

Wanneer een patiënt een medicijn neemt dat minder aangewezen is in combinatie met een pil, hoe kunnen apothekers daarop wijzen?

Apothekers hebben een zicht op het voorschrijfgedrag van verschillende artsen binnen een regio. Gelukkig is er steeds meer samenwerking tussen de verschillende 'gezondheidsberoepers'. Is dit bespreekbaar? Is het een taakstelling van een mutualiteit om daarin verschillen aan te kaarten?

Er zijn verschillende soorten mogelijke bijwerkingen van anticonceptie. Hoe wordt daar in de informatie van Sensoa een bepaalde weging aan gegeven? Het gaat dan zowel over weging naar frequentie van voorkomen, als een weging naar de impact op de gezondheid.

Sarah Hulsmans stelde dat er te weinig studies zijn en dat het niet te voorspellen is welke vrouw op welk middel op welke manier zou kunnen reageren. Op welke manier kan de wetenschap daar nog werk verrichten zodat er veel meer evidentie zou zijn?

7. Antwoorden van de sprekers

7.1. Antwoorden van Ans Van Gasse

Ans Van Gasse beaamt dat sensibilisering op alle vlakken nuttig is. Anticonceptie blijft een gevoelig thema. Zelfs als ouders gesensibiliseerd zijn is er geen zekerheid dat dit ook jongeren bereikt. Het lijkt nuttiger jongeren zelf te sensibiliseren. Over anticonceptie zou er in de brede maatschappij meer gesproken moeten worden. De ondersteunende rol van ouders is niet te onderschatten.

Er wordt nuttig onderzoek gevoerd naar gynaecologie en vrouwelijke gezondheid aan de universiteiten van Antwerpen en Gent. Er is blijvend behoefte aan onderzoek naar de bijwerkingen van anticonceptie maar de verzoekers vragen in de eerste plaats een sociologisch onderzoek. Er moet in kaart worden gebracht waar en hoe vaak consultaties fout lopen om het gevoel waarmee velen zitten te kunnen staven en oplossen.

Domus Medica kan een voorbeeld nemen aan de Nederlandse aanpak. Anticonceptie evolueert snel. Het wordt vaak en gedurende een lange periode gebruikt. Deze

medicatie moet daarom blijvend onder de aandacht worden gebracht. De bestaande e-learning moet vaker worden ingezet. Er moet blijvende aandacht voor zijn.

Elke apotheker heeft de plicht om de eerste aflevering correct te laten verlopen maar jongeren beschouwen een apotheek al te vaak als een winkel. Hoe eerder er gesensibiliseerd wordt, hoe groter de zekerheid dat de informatie doordringt. Toch blijft het belangrijk dat apothekers altijd alle nodige informatie geven. Het kan nuttig zijn daarop in te zetten in een campagne of daarnaar onderzoek te voeren. Mensen kunnen informatie krijgen van arts, apotheker of beiden. Vaak gebeurt het echter niet. Om die reden is de genoemde eerste stap belangrijker.

Het is belangrijk de risico's van hormonale anticonceptie in een correct kader te plaatsen en informatie op goede wijze te verstrekken om te vermijden dat jongeren het niet meer durven gebruiken. Om die reden wordt gefocust op anticonceptie op maat zodat leerlingen zich met kennis van zaken tot hun arts kunnen richten. Jongeren mogen niet onderschat worden want informatie die ze krijgen nemen ze wel degelijk op. Het is bijgevolg belangrijk dat zowel voor- als nadelen beschreven worden.

De situatie van meisjes met een verstandelijke beperking komt onvoldoende onder de aandacht. De verzoekers hebben geen kant-en-klare oplossing voor ogen. Het is de moeite waard hierover grondig na te denken. Er kan worden onderzocht hoe deze doelgroep met de problematiek omgaat, en welke informatie zij krijgen of moeten krijgen. De vraag van Ann De Martelaer wijst op een punt dat voor verbetering vatbaar is.

7.2. Antwoorden van Roel Van Giel

Roel Van Giel is het ermee eens dat de bijsluiter niet altijd even duidelijk is. Hij vraagt zich af of het niet meer een juridisch document geworden is dan een medisch voorlichtingsdocument. De vraag om dit te vertalen naar verstaanbare informatie voor de patiënt is terecht. Een checklist is zeker een van de oplossingen. Domus Medica probeert de richtlijnen voor artsen te vertalen in korte documenten die een overzicht geven van de key messages, maar ook om hulpdocumenten aan te maken die aan patiënten meegegeven kunnen worden, en dat betekent zeker een meerwaarde.

Het is aan de overheid om dergelijke keuzes te maken. In Nederland is er een uitgebreide website ontwikkeld, thuisarts.nl, waarop alle richtlijnen vertaald worden in overzichtelijke informatie voor de patiënten. Er is een groot verschil tussen wat het NHG van de Nederlandse overheid krijgt en wat Domus Medica van de federale en Vlaamse overheid krijgt en dat verklaart waarom dit hier niet gerealiseerd kan worden. Gezondheid en Wetenschap probeert informatie op een heel begrijpelijke manier te vertalen, maar er is een Vlaamse site nodig waarop richtlijnen vertaald worden naar de patiënten.

Domus Medica geeft aan artsen mee dat er gevraagd moet worden naar de anamnese en artsen weten dat dit een risicofactor is, maar Roel Van Giel weet uiteraard niet of elke arts dat systematisch navraagt. Er zijn hulpmiddelen, zoals het maken van overzichten voor artsen, maar ook het elektronisch medisch dossier kan meer dan een fichebak zijn. Het zou bij het voorschrijven van bepaalde medicatie kunnen aangeven wat de risicofactoren zijn. Dergelijke elementen zouden zeker kunnen helpen.

De spreker weet niet of het onderzoek van 2005 is herhaald.

Roel Van Giel schrijft zelf geen voorschriften voor een heel jaar voor, net zoals veel andere collega's dat ook niet doen omdat ze tijdens één consult niet alles uitgelegd

krijgen over anticonceptie en de risico's. De informatie moet gespreid worden over verschillende consulten, zeker tijdens het eerste jaar, en op die manier kan er ook opvolging gebeuren.

De huisarts moet absoluut het gesprek voeren want vooraleer een voorschrift mee te geven, is er informatie van de patiënt nodig. Als de patiënt het medicament dan afhaalt, kan het zeker geen kwaad dat de apotheker een aantal kernboodschappen herhaalt want herhalen zorgt ervoor dat iets blijft hangen. Domus Medica gelooft daarom in de meerwaarde van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk want die kan bepaalde aspecten van een gesprek, een diagnose of een behandeling herhalen.

Het kan altijd beter, maar de huisartsgeneeskunde heeft al een hele evolutie doorgemaakt. Tegenwoordig wordt er op een andere manier omgegaan met anticonceptie, maar regelmatige bijscholing is belangrijk. Domus Medica heeft op federaal vlak voorstellen neergelegd om de accreditering te wijzigen want er is veel vrijheid. Artsen moeten een aantal punten verzamelen, maar Domus Medica wil meer inzetten op LOK's en op waar een arts zichzelf in wil bijscholen. Op dat vlak kan er nog vooruitgang geboekt worden.

Er moet een evenwicht gevonden worden tussen spreken met de patiënt over de nevenwerkingen maar zonder een angstcultuur te initiëren want het gebruik van anticonceptie heeft ook veel voordelen. In de opleiding huisartsgeneeskunde is er de voorbije tien tot vijftien jaar heel wat tijd en energie gestopt in communicatieskills en dat rendeert. Maar ook de patiënten worden mondiger en het is de taak van artsen om te luisteren, te corrigeren en informatie te geven die de patiënt nog niet kent. Het is belangrijk om alles open bespreekbaar te maken, maar dat is niet doenbaar tijdens één consult en moet gespreid worden, zelfs over verschillende zorgverleners.

Domus Medica heeft ongeveer 25 personeelsleden en het NHG 140. Dat toont de verhouding aan van wat een beroepsorganisatie kan doen. Het NHG krijgt per jaar, onder andere voor richtlijnontwikkeling en de website, 4 tot 5 miljoen euro aan subsidies van de Nederlandse overheid. Domus Medica krijgt van de Vlaamse overheid geen of geen structurele subsidie, net zoals geen enkele andere beroepsvereniging. Een overheid moet de keuze maken om te investeren in beroepsverenigingen.

Roel Van Giel heeft geen specifieke gegevens, maar volgt die stelling omdat mensen in preciaire situaties of in armoede zorg uitstellen. Dat is een van de redenen waarom Domus Medica gelooft in het inschakelen van verpleeg- of vroedkundigen in de huisartsenpraktijk. De financiële drempel in de huisartsgeneeskunde is laag, zeker omdat sinds dit jaar huisartsen het veralgemeend derde-betalerssysteem kunnen gebruiken waardoor enkel het remgeld geldt. Voor iemand met een verhoogde tegemoetkoming is dat 1 euro. Als huisartsen weten dat er een zeer moeilijke financiële situatie is, laten zij dat remgeld ook vaak vallen. Als patiënten bij die verpleegkundige komen, dan betalen ze niets omdat daar geen financieringskader voor is. Dergelijke laagdrempeligheid is net nodig om ook die mensen de nodige informatie te kunnen geven.

Roel Van Giel heeft zich vooral geconcentreerd op het risico op trombose omdat dit de aanleiding voor deze hoorzitting is, maar er zijn ook andere bijwerkingen en de meeste artsen zijn zich daar ook bewust van. Daarom raadt Domus Medica aan om de patiënt af en toe te zien en voorschriften niet zomaar af te geven. Als een patiënt op consultatie komt, is er een aanleiding om dingen te bevragen. Hij is het ermee eens dat artsen actiever naar dergelijke zaken moeten vragen omdat patiënten sommige nevenwerkingen niet altijd linken aan anticonceptie en dus ook niet spontaan vertellen. Er kan dus zeker gewerkt worden aan een actievere bevraging.

Het klopt dat informatie over andere anticonceptiemethoden soms een heel ethisch debat betreft waarbij vanuit een bepaalde ethische instelling bijna propaganda wordt verkondigd. Daarom is het belangrijk om als zorgverlener, die daarin een neutrale en onafhankelijke positie heeft, de opening te maken om het over alle types van anticonceptie te hebben, te wijzen op de voor- en nadelen, te wijzen op de propaganda die soms wordt gevoerd, te verwijzen naar websites waarop neutrale en wetenschappelijke informatie te vinden is. Dat is echter niet alleen een taak van zorgverleners, maar bijvoorbeeld ook van Sensoa en CLB's. Er moet een bredere sensibilisatiecampagne rond gebeuren.

Roel Van Giel heeft geen overzicht van hoeveel bepaalde pillen worden voorgeschreven. Het staat wel in de aanbevelingen om de pillen met het minste risico voor te schrijven. Als er om een of andere reden toch een andere pil wordt voorgeschreven, dan wijzen artsen erop waarom ze een andere pil voorstellen. Het is een risicoanalyse en die gebeurt in overleg met de patiënt om tot een gemeenschappelijke beslissing te komen over welke medicatie er voorgeschreven wordt.

Het is belangrijk om informatie over anticonceptie over meerdere consultaties te spreiden om de informatie gedoseerd mee te kunnen geven, maar ook om de patiënt te kunnen opvolgen. Eens het allemaal goed verloopt, kan de frequentie verminderen, maar af en toe een patiënt daarrond zien, kan geen kwaad.

Als er zich een trombose voordoet, dan wordt er altijd nagegaan wat het risico is want het is niet altijd een hormonaal medicament dat tot trombose leidt. Als de conclusie zou zijn dat het gebruik van hormonale anticonceptie de meest waarschijnlijke oorzaak is, dan zal daarop gereageerd worden en zal de medicatie niet meer worden voorgeschreven.

Er zijn veel verschillende merken van pillen. Websites zoals van het BCFI kunnen artsen daarbij helpen, maar het verandert snel. In de praktijk probeert een arts met een aantal pillen te werken waarmee die ervaring heeft, maar het is soms heel moeilijk.

Wijzigingen op het vlak van medicatie komen jammer genoeg niet automatisch in het elektronische dossier. Er is het medicatieschema, maar niet elke zorgverlener kan daar aan. Als huisartsen geen brief krijgen van een consult bij een collega, dan weten ze niet dat de medicatie gewijzigd is. Op het vlak van deling van gegevens en een uniform medicatieschema kunnen nog grote stappen vooruit worden gezet.

Roel Van Giel antwoordt dat als huisartsen vermoeden dat er een risico op trombose is en het middel niet meer voorgeschreven wordt, dit altijd in het dossier genoteerd wordt als een contra-indicatie voor het voorschrijven van dit type van medicatie. Via het verkort medisch dossier dat andere zorgverleners ook kunnen zien, worden de risicofactoren altijd meegedeeld. *Koen Daniëls* vraagt of dit ook gedeeld wordt met het FAGG en of dit centraal wordt opgevolgd. *Roel Van Giel* vindt dit een terechte vraag. Er zijn tools om nevenwerkingen van medicamenten door te geven aan de overheid, maar dat gebeurt niet altijd. Er zou bijna een automatische informatiedoorstroming moeten zijn als een huisarts een risicofactor van medicatie noteert in het elektronische dossier. Op dat vlak is verbetering zeker mogelijk. De cijfers gaan wel voort op studies en die maken gebruik van de medische dossiers. Er is misschien een onderschatting, maar geen totale onderschatting.

Domus Medica tracht evidente hulpmiddelen te ontwikkelen voor huisartsen want hoe praktischer het gemaakt wordt, hoe beter het wordt opgevolgd en hoe beter het gebruikt kan worden. Men wil richtlijnen vertalen naar praktische documenten die de huisarts samen met de patiënt kan gebruiken.

7.3. Antwoorden van Hilde Deneyer en Tom Herremans

Hilde Deneyer antwoordt dat er initiatieven zijn rond laagdrempelige communicatie, zoals het project MATCHeN in Gent. Ze heeft er geen weet van of dit specifiek rond dit onderwerp gebeurt, maar deze hoorzitting kan gebruikt worden om dit onder de aandacht te brengen.

Als geneesmiddelen van naam veranderen, verandert de samenstelling niet noodzakelijk. Het kan soms wel zijn dat een hulpmiddel verandert om een gelule of pil te maken.

Het VAN tracht in te zetten op contact met de huisarts en gelooft heel erg in het overleg tussen arts en apotheker. Het medisch-farmaceutisch overleg maakt dat mogelijk, wat een RIZIV-financiering is. Die initiator van dergelijk overleg is een lokale huisarts of apotheker die rond bepaalde onderwerpen een dossier kan indienen en dat kan dan ook voor een stukje gefinancierd worden.

Initieel was het de bedoeling van zo'n MFO om het lokale voorschrijfgedrag in kaart te brengen en in interactie te gaan met huisartsen. Met covid zijn al deze zaken wat onder de waterlijn gegaan, maar het is de bedoeling om onder de vorm van peerreview, in overleg tussen artsen en apothekers, bijna geografisch lokaal een plan uit te werken en daarover verder in dialoog te gaan.

Het is een aanbeveling aan apothekers om bij een eerste uitgifte en zelfs bij herhaalde uitgiften te wijzen op het risico op trombose. Hilde Deneyer kan er niet garant voor staan dat alle apothekers dat elke keer doen. Het geven van correcte informatie is dé kerntaak van de apotheker.

Ze deelt de bezorgdheid omtrent onlineapotheken. Het mogelijk maken van het verkrijgen van medicatie online is gevaarlijk en ze hoopt dat daar politiek gehoor voor is.

Het meten van de bloeddruk moet bekeken worden met artsen en specialisten. Apothekers hebben ondertussen een wettelijke goedkeuring voor het vaccineren, maar wachten nog op correcte vergoedingssystemen via het federale niveau. Daar waar nodig en mogelijk wil de sector extra handen of een laagdrempelig kanaal aanbieden, maar apothekers kunnen daar geen diagnose aan koppelen want daarvoor zijn ze niet opgeleid.

De drempel om in een apotheek te beginnen praten over dergelijke problematiek begrijpt Hilde Deneyer. In het kwaliteitshandboek is het zelfs wettelijk verplicht dat apothekers een aparte ruimte hebben. Dat is vandaag niet altijd het geval, maar heel wat apothekers zijn verbouwingen aan het doen of zich aan het herorganiseren om toch een aparte ruimte te voorzien. Dat zal nog wat tijd vragen, maar de sector staat er positief tegenover.

Meldingsplicht van nevenwerkingen aan het FAGG kan zeker overwogen worden. Dat moet bekeken worden met het federale niveau en afgetoetst met de patiëntenverenigingen.

Wat betreft worst practices verwijst ze naar het kwaliteitshandboek en er wordt gewerkt aan kwaliteitsprogramma's. Momenteel wordt een traject omtrent autocontrole opgezet waarbij vanuit de eigen sector auditeurs naar apotheken zullen gaan. Op deze manier wordt getracht rond een aantal trajecten de worst practices eruit te halen of minstens te stimuleren dat men het anders doet.

Hilde Deneyer kent de Brusselse situatie en het centre familial minder goed. Ze weet wel dat de Brusselse apotheken er tijdens de covidpandemie in geslaagd zijn

om kwetsbare mensen, allochtonen, mensen die men niet bereikt via de huisarts en de klassieke communicatiekanalen, te bereiken. Daar kan nog veel meer op ingezet worden, maar een volgend probleem is dat er minder huisartsen ter beschikking zijn om hen naar door te verwijzen.

Apothekers van wacht krijgen vaak jonge mensen over de vloer die de noodpil komen halen en ze proberen daar elke keer ook uitleg bij te geven over hoe een cyclus in elkaar steekt, waar men op moet letten enzovoort. Voor sommigen uit minderbegoede milieus is dit een andere vorm van anticonceptie, wat eigenlijk niet aangewezen is. Dat zijn momenten om die mensen te capteren en hen trachten door te verwijzen naar de huisarts. 90 procent van de Vlamingen heeft een vaste huisarts, maar dat betekent niet dat zij voor dit specifieke probleem de weg naar de huisarts vinden. Apothekers willen daar zeker aan meewerken.

Persoonlijk staat Hilde Deneyer open voor laagdrempelige seksuele opvoeding op school, zo snel als het kan en in een taal die kinderen en jongeren begrijpen. Apothekers gaan soms al eens in een wijkschooltje of in een humaniora bepaalde lessen geven. Ze kunnen daarin dus zeker een steentje bijdragen.

Er zijn strikte procedures voor het afleveren van de noodpil. Recent zijn daar nog met Sensoa en de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie vormingen rond gegeven. Het voordeel van corona is dat het gemakkelijker en laagdrempeliger is om collega's via webinars te bereiken. Alle aanbevelingen daaromtrent kunnen aan de commissie bezorgd worden want die zijn toen netjes gebundeld.

De meeste patiënten hebben al ergens gewild of ongewild hun 'informconsent' gegeven. Wanneer iemand bijvoorbeeld een kleine ingreep in het ziekenhuis moet ondergaan, dan geeft men bewust of onbewust informconsent en daarin zit onder andere toestemming voor het gedeeld farmaceutisch dossier. Dat is een tiental jaar geleden doorgesproken met het Vlaams Patiëntenplatform. Het principe is dat wanneer men één keer ergens informconsent heeft gegeven, dit voor een aantal zaken geldt, maar men heeft telkens het recht om zich terug uit te schrijven. Daar zijn destijds campagnes rond gevoerd, maar het zou niet slecht zijn om er opnieuw een bewustmakingscampagne rond te voeren.

IPSA, het navormingsinstituut, is goed gekend bij apothekers. Er is ook een vorm van accreditatie. Het is verplicht, maar in tegenstelling tot bij artsen en andere zorgverstrekkers staat er niets tegenover, geen vergoeding. Dat zal veranderen met de publicatie van de Kwaliteitswet, waardoor men op een gegeven moment zijn license to practice kan verliezen, maar dat staat nog in de kinderschoenen. Desondanks het feit dat er geen vergoeding, voordeel of sanctie tegenover staat, is er grote bereidheid tot bijscholing bij apothekers.

Het correct verspreiden van informatie aan patiënten is de dagelijkse opdracht van de apotheker. Heel veel apothekers, zelfs wanneer men voor een ander probleem in de apotheek komt, trachten in de marge soms een aantal andere boodschappen mee te geven.

Wanneer een patiënt naar een arts gaat, krijgt hij zoveel informatie of iets te horen dat men niet verwacht of niet graag hoort. Dan komt de uitleg nog wel binnen, maar is men met de gedachten toch ook ergens anders. Het is de bedoeling van het medisch-farmaceutisch overleg om elkaars boodschappen proberen te versterken, elk op hun manier. Het VAN tracht apothekers zoveel mogelijk te initiëren in korte motivationele gesprekken of uitlegmomenten. Dat wordt genoteerd in het gedeeld farmaceutisch dossier en wanneer die mensen dan opnieuw in de apotheek komen, dan kan de apotheker verwijzen naar dat gesprek en vragen of er nog vragen zijn.

Het is niet altijd evident om bepaalde gesprekken te voeren, bijvoorbeeld over het BMI, en privacy is daar een issue. Het VAN is bezig om nog veel meer in te zetten op motivationele gespreksvoering omdat dit een belangrijk aandachtspunt is wanneer apothekers meer een rol omtrent sensibilisering en preventie willen opnemen.

Alles wat afgeleverd wordt, wordt genoteerd in het gedeeld farmaceutisch dossier. Een van de aanbevelingen is om zaken die niet op voorschrift zijn, daarin ook te noteren. Er zijn softwaretools die aangeven wanneer er problemen zijn met interactie. Als apothekers zien dat er een probleem is van interactie met andere medicatie, dan zullen zij naar de voorschrijver bellen. Apothekers nemen regelmatig telefonisch contact op met de huisarts of de specialist ter zake.

Tom Herremans antwoordt dat de gele fiche ondertussen een onlinetool is, maar dat de papieren fiche ook nog altijd opgestuurd kan worden.

Op al het patiëntenmateriaal dat wordt meegegeven, staat duidelijk vermeld dat er met de arts of de apotheker gepraat moet worden of dat de bijsluiter geconsulteerd moet worden. Op die manier is de apotheker juridisch gedekt.

Natuurlijk kost het onderhouden van patiëntenmateriaal geld en de investering gebeurt vooral door de federale koepel, maar dat vraagt ook investeringen in personeel enzovoort. Er is geen reden om het materiaal niet mee te geven met de patiënt, maar het gebeurt soms niet door tijdsgebrek of onwetendheid. Hij heeft daar geen cijfers over.

Sommige apotheken zetten in op die intieme ruimte. Er zijn systemen met kaartjes die men kan nemen en afgeven om aan te tonen dat men liever een intiem gesprek wenst. Als er apotheken worden ingericht of heringericht, is er meer aandacht voor dergelijke ruimtes. In de praktijk worden die niet altijd vaak gebruikt, maar het kan wel een stimulans zijn. Als het vergoedingsmodel van de apothekers verandert, dan zullen apothekers er ook meer op inzetten. Nu lijkt die noodzaak minder groot te zijn en moeten er incentives komen om dit te stimuleren.

Input over het voorschrijfgedrag kan van mutualiteiten komen, maar dat moet nog bekeken worden. Het kan een goede input zijn om per eerstelijnszone een MFO op te richten en dan per wijk of per buurt te bekijken welke afspraken er nodig zijn.

7.4. Antwoorden van Johan Verhaeghe

Johan Verhaeghe antwoordt dat artsen via anamnese, klinisch onderzoek en bijkomend onderzoek werken. Als iemand zegt drie kinderen te hebben en de arts vraagt of er problemen waren en het antwoord is negatief, dan weet een arts dat er lage kans is op een trombose. Het risico op trombose is hoger tijdens een zwangerschap dan tijdens pilgebruik. Dat is een voorbeeld van hoe dergelijke dingen gevraagd kunnen worden. Ook vragen over hoe de maandelijkse bloedingen zijn, kunnen een indicatie zijn dat er misschien gezocht moet worden naar iets dat weinig bloedvolume zal geven.

Op de vraag of het implant er goed uitkomt, antwoordt hij dat er comparatieve studies zijn waaruit blijkt dat er meer mensen tevreden zijn over een spiraaltje omdat de bloedingen beter meevallen. Een implant doet het niet zo goed op het vlak van bloedingen en geeft vaak tussentijdse bloedingen. Een vroegtijdige verwijdering treedt iets vaker op met het staafje dan met een spiraaltje.

Bloeddrukmeting is nodig, maar waar dat gebeurt, vindt hij minder belangrijk. Hij vreest wel dat als een arts alleen een voorschrift geeft, er dingen uit het oog verloren zullen worden, zoals ook het nemen van uitstrijkjes.

Women's health wordt stiefmoederlijk behandeld. Het budget is minimaal. Er zullen calls voor onderzoek naar anticonceptie voor de 21e eeuw moeten komen en dan zullen de onderzoekers en het toptalent het geld volgen.

Worst practices komen inderdaad voor en worden best vermeden met peerreview, dat gelukkig in meer praktijken gebeurt. Er moet samengewerkt worden en men moet voor alles wat men doet verantwoording kunnen afleggen aan collega's. Dat is de toekomst.

Die 1,20 betekent inderdaad 20 procent meer risico op kanker, maar dat is een bepaald cijfer dat wordt gezet. Meestal gaat het om een curve en ziet men dat de pil een andere curve zal volgen, waarna dan een algemeen cijfer berekend wordt dat kan uitkomen op 1,08 of 1,20. Het betekent inderdaad dat de tijd dat men een pil neemt belangrijk kan zijn voor het borstkankerrisico, en daarom moet overgebruik beperkt worden.

Wat betreft stemming en depressie denkt men dat het puur hormonaal afhangt van het progesteron, het progestageentype, en het kan dus zowel bij de gecombineerde preparaten als de POP's voorkomen. Het is eigenlijk een beetje de core van de anticonceptie omdat het in bijna alle hormonale preparaten zit. Er zijn enkele voorzichtige onderzoeken daaromtrent. Zoiets moet onderzocht worden met een placebo, maar dat betekent dat men een groep mensen moet hebben die een anticonceptivum voor langere tijd wil gebruiken maar dat dit ook getest moet kunnen worden met een placebo. Dat is niet evident en de industrie is niet geïnteresseerd in dergelijk placebogecontroleerd onderzoek want zij wil vooral verkopen.

In Vlaanderen zijn de family planning clinics afgeschaft terwijl de Franse Gemeenschap ze heeft behouden. Het is aan de politiek om te bekijken of daar al dan niet een plaats voor is. Ze zijn laagdrempelig en in de Brusselse situatie bieden ze nog altijd een meerwaarde. Het enige probleem is dat ze niet alles kunnen aanbieden. Het is daarom wel belangrijk dat er een arts aanwezig kan zijn.

De GyneFix heeft het nadeel dat het niet ondersteund wordt door een grote body aan data in verband met betrouwbaarheid en nevenwerkingen. De vraag is hoelang deze methode nog zal overleven. Johan Verhaeghe denk persoonlijk dat het niet meer is dan een nicheanticonceptiemiddel.

Er moet zeer goed gewaakt worden over de betrouwbaarheid van natural family planning apps.

Anticonceptie is een multidisciplinair gegeven, maar hij hoopt dat gynaecologen worden gezien als de specialisten ter zake. Er moet goede samenwerking zijn tussen de verschillende stakeholders.

7.5. Antwoorden van Sarah Hulsmans

Sarah Hulsmans wijst erop dat de matrix op de website ontwikkeld is met het agentschap AGConsult, een topspeler op dat vlak. Er wordt altijd gekozen voor de meest duidelijke boodschap voor het algemene publiek dat de site bezoekt, bijvoorbeeld inzake informatie over de bijwerkingen. Daarom is er gekozen om te spreken over een risico van een jaar in plaats van drie maanden. Sensoa heeft daarvoor ook met een arts samengewerkt. Welke bijwerkingen er vermeld worden, wordt gekozen vanuit het idee wat zeker meegegeven moet worden. Op deze manier wordt de website opgebouwd, maar het is een work in progress en kan altijd aangepast worden.

Over het bereik van de website verwijst ze door naar de communicatiedienst omdat zij de juiste data daarover hebben.

De eindtermen staan duidelijk opgelijst op de website zodat leerkrachten weten waarover ze het moeten hebben.

Ze sluit zich aan bij de antwoorden over de centre de planning familial en de GyneFix. Die laatste is niet opgenomen op de website omdat het inderdaad om een niche gaat.

Wanneer iemand in de apotheek komt voor noodanticonceptie is dat inderdaad een moment om aan te grijpen om mensen te informeren over de andere opties van anticonceptie.

Er zijn andere organisaties die ook dingen aanbieden voor jongeren, zoals Pimento. Zij hebben een boekje dat scholen kunnen bestellen om aan jongeren uit te delen. Het bereik in het secundair onderwijs kan altijd beter en er kan vanaf jonge leeftijd meer informatie worden gegeven. Sensoa blijft ervoor pleiten om zoveel mogelijk aan seksuele opvoeding te doen vanaf elke leeftijd.

Op het vlak van natuurlijke methoden wordt er op de website verwezen naar één app die door Europa is erkend, namelijk de kalendermethode. Er wordt wel bij aangegeven dat dit op het vlak van betrouwbaarheid heel laag scoort en dat het eerder een methode is om net zwanger te kunnen worden in plaats van zwangerschap te vermijden. Er moet over nagedacht worden hoe Sensoa daarover meer informatie kan verstrekken want vrouwen krijgen via sociale media veel informatie over het afstappen van anticonceptie omdat ze zich beter zullen voelen, maar dat is maar één kant van het verhaal.

8. Replieken van de parlementsleden

8.1. Repliek van Koen Daniëls

Koen Daniëls vraagt het VAN hoe vaak dat geel papier of die tool gebruikt wordt.

8.2. Repliek van Celia Groothedde

Celia Groothedde heeft een paar keer de vergelijking gehoord tussen het gebruik van anticonceptie en covidvaccinatie. De nevenwerkingen van covidvaccinatie zijn veel minder voorkomend en er is geen langdurig gebruik. De oneliner wordt wel eens gebruikt dat de pil nooit meer door een peerreview zou komen. Wat is de reactie daarop?

9. Bijkomende antwoorden van de sprekers

9.1. Antwoorden van Tom Herremans

Tom Herremans heeft geen cijfers over dat geel papier of die tool, maar hij merkt in de opleiding voor auditeurs dat apothekers niet vaak de neiging hebben om dit te gebruiken. Ze staan er niet altijd bij stil dat het een meerwaarde kan hebben.

9.2. Antwoorden van Johan Verhaeghe

Johan Verhaeghe zegt dat er in Amsterdam onderzoek is gebeurd bij vrouwen die verschillende keren een abortus hadden. Hen is gevraagd waarom ze nooit tot anticonceptie komen en daaruit blijkt een enorme angst, zoals bij covidvaccins, voor bijvoorbeeld onvruchtbaarheid. Er komt een moment waarop het heel moeilijk is om iemand nog tot reguliere anticonceptie te brengen omdat er zoveel meningen zijn.

9.3. Antwoorden van Sarah Hulsmans

Sarah Hulsmans vult aan dat bij menstruatiestoornissen na een covidvaccin er zeer veel vragen zijn gekomen over beide. Als het gaat over hormonale anticonceptie is het heel moeilijk om niet in samenzweringstheorieën te vervallen. Er komt druk vanuit een bepaalde kant van de samenleving op hormonale anticonceptie en seksuele en reproductieve rechten in het algemeen, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten. Hormonale anticonceptie vormt soms de schietschijf.

Stefaan SINTOBIN,
voorzitter

Koen DANIELS,
verslaggever

Gebruikte afkortingen

APB	Algemene Pharmaceutische Bond
BeMSA	Belgian Medical Students' Association
BCFI	Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
BMI	body mass index
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
FAGG	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
GGG	goed gebruik geneesmiddelen
IPSA	Instituut voor Permanente Studie voor Apothekers
LARC	long-acting reversible contraception (langwerkende omkeerbare anticonceptiva)
LOK	lokaal overleg kinderopvang
MFO	medisch-farmaceutisch overleg
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
ngo	niet-gouvernementele organisatie
PhiL	Pharmaceutical Information Library
POP	Progesteron Only Pill
PPR	pil, pleister en ring
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RMA	risicohoudend medisch afval
soa	seksueel overdraagbare aandoening
VAN	Vlaams Apothekers Netwerk