

Ervaringen van IUD-gebruiksters

J. MESKER-NIESTEN, D. NADORP, H. NOLET EN
M. PRICKSLOTHOUWER*

Welke motieven hebben vrouwen om een IUD te gaan gebruiken, wat zijn hun ervaringen en hoe is het gesteld met acceptatie op korte en langere termijn. Om deze vraag te beantwoorden werd een enquête-onderzoek uitgevoerd onder ruim 400 vrouwen bij wie in 1979-1981 een IUD was geplaatst. Ondanks methodologische bezwaren tegen de onderzoekszopzet, menen de auteurs de volgende conclusies te mogen verbinden aan hun resultaten: de informatie over het IUD vertoont lacunes; bij verwijzing ter insertie van een IUD door de specialist dient de huisarts niet af te zien van het geven van begeleiding en adequate informatie; jonge vrouwen en nulliparae vormen een groep die bijzondere aandacht verdient.

Inleiding

Het plaatsen van een IUD is voor veel huisartsen een vertrouwde medische handeling geworden. In de literatuur wordt vooral aandacht besteed aan zaken als indicatiestelling, techniek van het plaatsen en bijwerkingen,^{1,2} terwijl over de ervaringen van IUD-gebruiksters betrekkelijk weinig gegevens beschikbaar zijn. Ons onderzoek was gericht op de beweegredenen en ervaringen die een rol spelen bij IUD-gebruik, en op de mate waarin het IUD op korte en langere termijn wordt geaccepteerd.

Methoden

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een enquête onder ruim 400 vrouwen bij wie in de periode 1979-1981 een IUD is geplaatst. De ondervraagde vrouwen zijn geselecteerd uit de patiënten van een tweetal huisartspraktijken – een plattelandspraktijk en een stadspraktijk – en de bezoeksters van een gynaecologische polikliniek. Bij de poliklinische patiënten hebben wij ons bepaald tot de vrouwen die voor plaatsing van een IUD waren verwezen door hun huisarts.

* J. Mesker-Niessen – huisarts te Nijmegen, D. Nadorp – huisarts te Bommel, H. Nolet – ten tijde van het onderzoek huisarts, thans directeur patiëntenzorg St. Radboud Ziekenhuis te Nijmegen, M. Prick-Slothouwer, huisarts te Nijmegen.

De vragenlijst bevatte een aantal voor-structureerde vragen met vijf antwoordcategorieën en enkele open vragen om de respondenten de gelegenheid te bieden hun ervaring in hun eigen bewoordingen weer te geven. Bij een proefonderzoek bleek de lijst geen moeilijkheden bij de beantwoording op te leveren.

In december 1982 werden 432 vrouwen aangeschreven: 137 uit de plattelandspraktijk, 135 uit de stadspraktijk en 160 poliklinische patiënten.

Resultaten

De respons bedroeg 70 procent (per subcategorie waren de percentages respectievelijk 80, 71 en 55 procent). De onderzoekspopulatie bestond aldus uit 304 vrouwen (tabel 1). De non-respondenten vormden geen selectie naar leeftijd of pariteit en evenmin waren er in dezen verschillen tussen de drie subpopulaties.

Tabel 1 – Table 1. De pariteit van de onderzochte vrouwen. Percentages (N = 304) – The parity of the women in the study population. Percentages (N = 304).

Age in years	Parity			
	0	> 1	unknown	total
20-29	18	15	2	35
30-39	11	33	1	45
40+	6	13	1	20

Bij 110 vrouwen (37 procent) was reeds voor 1 januari 1979 een IUD geplaatst. In bijna alle gevallen was dit door een van de betrokken huisartsen gedaan.

In tabel 2 zien we dat de media slechts een bescheiden rol hebben gespeeld bij de besluitvorming met betrekking tot het IUD. Het sociale netwerk blijkt vooral bij jongere vrouwen van belang, terwijl de vrouwen van 40 jaar en ouder kennelijk veel waarde hechten aan een deskundig advies. Deze uitkomst gold zowel voor de patiënten van de huisartsen als voor de poliklinische patiënten.

Er werden uiteenlopende redenen vermeld voor de keuze van een IUD. Negatieve gevoelens over de tevoren benutte anticonceptiemethode werden het meest vermeld. In bijna alle gevallen ging het daarbij om de pil.

Ongeveer 80 procent van de respondenten uit de huisartspraktijken antwoordde dat de keuze voor een IUD genoegzaam met de arts was besproken. Bij de respondenten uit de klinische groep was daarentegen slechts 15 procent deze mening toegedaan.

Onafhankelijk van de mening over de verstrekte informatie, meldde 50 procent van alle respondenten angstig te zijn geweest voor het inbrengen van een IUD. Een groot deel van deze vrouwen sprak van een „gespannen sfeer” en een langer voortdurend onaangenaam gevoel in de onderbuik. Eveneens 50 procent van de respondenten – en relatief veel jongere patiënten en nulliparae – vond het inbrengen pijnlijk. Dit gegeven bleek samen te hangen met het ervaren van angst. Tenslotte vond de helft van alle vrouwen het inbrengen van een IUD „vervelend”. Dit gegeven vertoonde géén verband met angst, ervaring van pijn, of met de hoeveelheid vooraf ontvangen informatie.

De aanwezigheid van de praktijkassistente of een verpleegster vertoonde geen samenhang met de vermelde ervaringen en belevingen. Evenmin maakte het in dit opzicht uit, of het bij de plaatsing van het IUD wel of niet om de eerste keer ging.

Bij een kwart van de respondenten

Tabel 2 – Table 2. De mate waarin respectievelijk deskundigen, netwerk en media een (grote) rol spelen bij de besluitvorming. Percentages (N = 304) – The respective contributions of experts, social network and media to decision-making. Percentages (N = 304).

Age in years	(Major) contribution by		
	experts ^a	social network ^b	media ^c
20-29	63	86	37
30-39	59	85	30
40+	72	60	18

^a Family doctor, specialist, Rutgers centre. ^b Partner, friends, acquaintances. ^c Medical journals or magazines.

Synopsis

Mesker-Niessen J, Nadorp D, Nolet H, Prick-Slothouwer M. Experiences of IUD users. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 244-6.

Introduction. What are women's motives to start using an IUD, what are their experiences and how is the short-term and long-term acceptance?

Methods. The study was performed with the aid of a questionnaire sent to the patients of two general practices and those referred to a gynaecological out-patient clinic by their family physician for insertion of an IUD. The questionnaire was sent to all women in whom an IUD had been inserted during the period 1979-1981. The total group consisted of 432 women: 137 in the rural practice, 135 in the urban practice and 160 women attending the out-patient clinic. **Results.** The response was 80, 71 and 55 percent respectively (overall 70 percent); the non-respondents showed no selection by age or parity.

Table 1 presents an overview of the final study population; 110 of these women had previously had an IUD inserted (usually by the general practitioner).

The „experts” proved to have played a slightly less important role in decision-making than the social network (*table 2*). The most frequently mentioned motive to start using an IUD was dissatisfaction with oral contraceptives. The choice in favour of the IUD had been discussed with the physician by 80 percent of the general practice group, versus only 15 percent of the out-patient clinic group.

Half the women had felt anxious about the insertion of an IUD; likewise 50 percent – especially younger women and nulliparae – had experienced the insertion as painful, and again 50 percent described it as „disagreeable”. These experiences were independent of whether a first or a subsequent insertion was involved. Some 10 percent of the women had experienced lower abdominal symptoms which had persisted longer than one week.

One-third of the respondents (especially older women) thought that an IUD provides perfect protection from pregnancy; another one-third had used additional contraceptives during the first few months.

Table 3 gives an impression of the duration and intensity of menstrual blood loss. Some 16 percent of the women reported intermenstrual blood loss – even long-term loss; this occurred more frequently in multiparae than in nulliparae. On the other hand, dysmenorrhoea developed in 20 percent of the women without and in 30 percent of those with a history of previous dysmenorrhoea. Most respondents were (very)satisfied with the IUD (*table 4*). Abdominal symptoms, expulsion, inflammation and pregnancy (in eight cases) were commonly mentioned motives to refrain from further IUD use; other reasons were: the desire for children, fear of side effects, coital problems and „insufficient reliability”.

Keywords: Contraception; Family practice; Intrauterine device.

Address of authors: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, St. Annastraat 284, 6525 HC Nijmegen, The Netherlands.

Tabel 3 – Table 3. Veranderingen in het menstruatiepatroon ten opzichte van het menstruatiepatroon zonder anticonceptiemethode. Percentages (N = 304) – Changes in the menstrual patterns in relation to menstrual pattern without contraceptive method. Percentages (N = 304).

	Duration	Amount of blood loss
Longer/larger	57	63
Unchanged	38	31
Shorter/less	4	4
Unknown	1	2

Tabel 4 – Table 4. Tevredenheid over het IUD. Percentages (N = 304) – Satisfaction with the IUD. Percentages (N = 304).

(Very satisfied	83
Not satisfied/not dissatisfied	10
(Very) dissatisfied	4
Unknown	3

vrouwen uit de huisartspraktijken bleken in dezen beter geïnformeerd dan de poliklinische patiënten. Ongeveer 30 procent van alle respondenten vermeldde het gebruik van additionele anticonceptie gedurende de eerste maanden na de plaatsing van het IUD.

Voor vele respondenten waren duur en intensiteit van het bloedverlies tijdens de menstruatie onveranderd (*table 3*). Wij vonden wat dit betreft geen verschil tussen nulli- en multiparae.^{1 3 4} Intermenstrueel bloedverlies bleek bij 20 procent van de vrouwen tijdens de eerstvolgende cyclus op te treden. Bij 16 procent was dit ook op langere termijn het geval.^{1 4} Een en ander deed zich vaker voor bij multiparae dan bij nulliparae.

Ongeveer 20 procent van de vrouwen die daar tevoren geen last van hadden gehad, vermeldde klachten van dysmenorroe na de plaatsing van het IUD. Bij de vrouwen die tevoren wél klachten van dysmenorroe hadden gehad, namen deze klachten in circa 30 procent van de gevallen toe na de plaatsing van het IUD. De meeste respondenten toonden zich tevreden over het IUD (*table 4*). Dit toonde geen negatief verband met de bovenvermelde ongemakken. Slechts langdurig en heviger menstrueel bloedverlies ging gepaard met een duidelijk grotere ontevredenheid. Circa 80 procent van de respondenten zou wederom voor een IUD kiezen. Vooral buikkolklachten, expulsie, ontsteking en graviditeit

bleek het IUD buiten de menstruatie te zijn geplaatst. De meeste van deze vrouwen hadden geen of nauwelijks bloedverlies getoond.

Ongeveer 10 procent van de vrouwen antwoordde dat zij, nadat het IUD geplaatst was, naar huis begeleid hadden moeten worden. Vooral deze vrouwen – hoofzakelijk jongere vrouwen en nulliparae – antwoordden tevens dat zij een pijnstillend middel nodig hadden gehad, terwijl velen zich één of twee dagen belemmerd

hadden gevoeld in hun normale activiteiten. Slechts 10 procent van alle vrouwen meldde onderbuikklachten die langer dan één week hadden geduurd. Ongeveer 30 procent van alle respondenten was van mening dat een IUD volstreekte bescherming tegen zwangerschap zou bieden. Dit bleek vooral bij oudere vrouwen het geval, terwijl deze anderzijds relatief vaak antwoordden dat deskundigen een belangrijke rol hadden gespeeld bij hun keuze. De

werden genoemd als redenen om van verder gebruik van een IUD af te zien. Een berekening van het zwangerschapscijfer was door onbekendheid met het aantal „vrouwjaren” niet mogelijk. Vooral kinderwens, angst voor bijwerkingen en onvrede (waaronder coitusbezwaren en „onvoldoende betrouwbaarheid”) waren belangrijke redenen voor verwijdering van het IUD.

Ondanks het feit dat 50 procent van de respondenten opgaf het draadje moeilijk te kunnen voelen, vonden bijna alle vrouwen die aan „zelfcontrole” deden, dat deze zelfcontrole een groter gevoel van veiligheid geeft.

Beschouwing

Wij beoogden met ons onderzoek meer inzicht te krijgen in de ervaringen en belevingen van vrouwen die een IUD dragen. Dit onderwerp leek ons belangrijk genoeg, omdat wij van mening zijn dat het IUD een adequaat alternatief is voor sommige vrouwen, terwijl het plaatsen en controleren van een IUD een taak van de huisarts is.

Als wij het door ons geëntameerde onderzoek nog eens overzien, bekruipt ons echter een gevoel van onvrede met de gekozen methode. Er kleven ernstige bezwaren aan een opzet waarbij de onderzoeker moet afgaan op antwoorden die betrekking hebben op een beslissing die maanden of zelfs jaren eerder is genomen. Dat neemt niet weg dat er toch enkele bevindingen waren die tot nadenken stemmen. Opvallend is bijvoorbeeld dat de angst voor het inbrengen van een IUD niet werd vermindert door „adequate informatie”, ook al vonden de respondenten „achteraf” dat goede informatie wel effect had gehad.

Ook van belang is de uitkomst dat de patiënten bij wie het IUD door een specialist was ingebracht, opgaven minder goed geïnformeerd te zijn.

Dat vooral jonge vrouwen en nulliparae langer en heviger onderbuisklachten ervoeren dan oudere vrouwen, is wellicht verklaarbaar door de oprekking van de nog nauwe cervix. De vraag is echter, waarom zij dan toch in meerderheid tevreden zijn met het IUD.

Zorgelijk lijkt ons de bevinding dat 30 procent van de respondenten meende dat een IUD volstreekte bescherming biedt tegen zwangerschap.

Onze bevindingen brengen ons tot de volgende conclusies:

– de informatie over het IUD in het algemeen en over het effect ter voorko-

ming van zwangerschap vertoont lacunes;

– bij verwijzing ter insertie van een IUD door de specialist dient de huisarts niet af te zien van begeleiding bij de keuze en het geven van adequate informatie; – jonge vrouwen en nulliparae vormen, wegens de door hen relatief vaak onderzonden hinder, een groep die bijzondere aandacht verdient.

Daarnaast dient men zich te realiseren dat de waarde die de patiënte aan zelfcontrole hecht, waarschijnlijk in hoge mate wordt bepaald door de (huis)arts. Begeleiding bij de keuze van anticonceptie, controle op de adequate toepassing en beoordeling van de mogelijkheden tot zelfcontrole zijn taken van de huisarts. Alleen daarom al – en ook omdat tegenargumenten ontbreken⁵ – behoort de insertie van een IUD en alles wat daarbij aan de orde is, in beginsel tot de taak van de huisarts.^{6 7}

Dankbetuiging

Met dank aan Dr. W. de Goey, gynaecoloog, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen, voor het beschikbaar stellen van gegevens van poliklinische patiënten.

¹ Anoniem. IUD's en hun bijzonderheden: een literatuuronderzoek. 's-Gravenhage: Stimezo, 1980.

² Beerthuizen RJCM. Intra-uterine anticonceptie [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.

³ Israel R, Shaw ST, Martin MA. Comparative quantitation of menstrual blood loss with the Lippes loop, Dalkon Shield and Copper intrauterine devices. *Contraception* 1974; 10: 63-71.

⁴ Guillebaud J, Bonnar J, Morehead J, Matthews A. Menstrual blood-loss with intrauterine devices. *Lancet* 1976; i: 387-90.

⁵ Dukkers van Emden DM, Van der Klaas PJ. Risico's van het IUD voor jonge vrouwen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128:1272-6.

⁶ Sips AJBI. Veranderingen in geboorteregeling [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.

⁷ Sips AJBI. De toepassing van het IUD door de huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 16-20.

Exemplaren van de ICPC kunnen worden besteld door overmaking van f 20,- op giro-nummer 5032102 van Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Amsterdam, onder vermelding van „manual”. Overdrukken van de *glossary* kunnen worden besteld bij Uitgeversmaatschappij Huisartsenpers, telefoon 030-520716.

Tools and rules

ICPC

In verschillende artikelen in deze aflevering van *Huisarts en Wetenschap* is sprake van de nieuwe International Classification for Primary Care (ICPC). Inmiddels is deze classificatie gepubliceerd en verkrijgbaar bij het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam. Uit de Inleiding nemen wij de volgende toelichting over:

The International Classification of Primary Care (ICPC) is a comprehensive classification system to be used by primary care providers. Three important aspects of encounter between the patient and the provider can be classified by using ICPC.

1. The reason for encounter as expressed by the patient.

2. The provider's assessment/diagnosis of the patient's health problem.

3. The interventions undertaken or the process of care.

Thus, three of the four elements of the patient's problem-oriented registration can be coded using the ICPC. This follows the SOAP acronym for the structure of problem-oriented medical records. Namely:

S-subjective – the patient's reason for the encounter.

O-objective – this element is the one which cannot be classified using the ICPC.

A-Assessment – this element is the provider's diagnosis.

P-Plan – this represents the process of care/intervention undertaken by the provider.

In this manner the ICPC provides both a homogenous and simple framework for primary care providers.

International glossary for primary care

Daarnaast bevat deze publikatie een alfabetische lijst van gebruikte termen (van Age tot Want) mét hun definities. Deze termen en definities zijn voor een deel ontleend aan de in 1981 in *Huisarts en Wetenschap* gepubliceerde International Glossary for Primary Care, waarin alle veel voorkomende begrippen in de huisartsgeneeskunde nauwkeurig zijn gedefinieerd. De redactiecommissie wil deze gelegenheid aangrijpen om onderzoekers en auteurs ten sterkste aan te bevelen in hun onderzoek en publicaties consequent gebruik te maken van dit – internationaal aanvaarde – begrippenkader.

