

Seksualiteitsbeleving (en dus ook gezinsplanning) is meer dan een loutere techniek, gericht op het orgasme of op de voortplanting. Ze is vooral een kwestie van mentaliteit en inzicht. In feite is seksualiteitsbeleving een concrete uiting van wederzijdse liefde tussen man en vrouw. Gezinsplanning kan dan worden gezien als het al dan niet lichamelijk uiten van die liefde, rekening houdend met de gehele persoon in lichaam en geest. Problemen binnen echtparen kunnen vaak herleid worden tot een gebrek aan communicatie tussen de partners onderling, maar ook tot een gebrek aan communicatie tussen het verstand, het eigen lichaam en zijn gevoelens. Van daaruit is het begrijpelijk dat een aantal mannen en (vooral) vrouwen het gevoel hebben zichzelf niet meer te zijn wanneer ze hun vruchtbaarheid kunstmatig gaan onderdrukken, vernietigen of integendeel stimuleren.

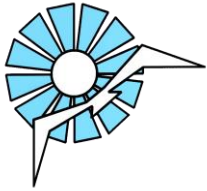
Een gezinsplanningsmethode die zowel de biologische wetmatigheden als de geestelijke verlangens van de mens kan integreren, kan bijdragen tot het cultiveren van een cultuur van leven en liefde in onze maatschappij. Bewustzijn van en respect voor de eigen en andermans vruchtbaarheid, toepassing van een moderne natuurlijke gezinsplanning kunnen een positief antwoord bieden op de ontwrichting van het seksuele en relationele evenwicht binnen de man-vrouw-relatie.

NFP-Vlaanderen biedt heel concrete moderne natuurlijke gezinsplanningsmethodes, gebaseerd op een sterk vruchtbaarheidsbewustzijn dat elke persoon kan leren ervaren. Dit vruchtbaarheidsbewustzijn is de onmisbare basis van elke geïnformeerde keuze inzake gezinsplanning. Dit nieuwe inzicht aan alle bevolkingsgroepen aanbieden, is de taak die NFP-Vlaanderen op zich wil nemen.

Iedere persoon heeft immers een individuele verantwoordelijkheid ten opzichte van zijn eigen gezondheid en, ondermeer door zijn seksueel gedrag, ook ten opzichte van de gezondheid van zijn medemens. Vanuit een bewuste beleving van de menselijke vruchtbaarheid kan iedere persoon ook makkelijker een gezonde leefstijl aannemen en zo de gemeenschappelijke vruchtbaarheid van man en vrouw gezond houden. Om dit te kunnen is echter basisinformatie noodzakelijk die gericht is op de volle ontwikkeling van de menselijke persoonlijkheid. NFP-Vlaanderen beantwoordt hiermee aan een belangrijk artikel uit de Universele verklaring rechten van de mens (1948) Artikel 26:

“Het onderwijs zal gericht zijn op de volle ontwikkeling van de menselijke persoonlijkheid en op de versterking van de eerbied voor de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.”

Met haar kwaliteitshandboek, wil NFP-Vlaanderen vzw haar bijdrage tot een preventief beleid inzake seksuele en geestelijke gezondheid concreet uittekenen. De vereniging stelt hiervoor niet enkel beleidsplannen op, maar toetst die ook aan concrete wetenschappelijke evaluatiecriteria die ook internationale erkenning genieten.



1. Inleiding

IN 01	Voorwoord	2010-12-03
IN 02	Inhoud van het handboek	2021-10-04
IN 03	Voorstelling centrum	2010-12-03
IN 04	Behoeftestudie	2010-12-03
IN 05	Operationalisering	0000-00-00

2. Kwaliteitsbeleid

KB 0101	Missie	2010-12-03
KB 0102	Visie	2010-12-03
KB 0103	Waarden	2010-12-03
KB 0104	(Ped)agogisch concept	2010-12-03
KB 02	Sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen	0000-00-00
KB 03	Verlening van de toelating aan de gemachtigden van de Vlaamse Regering om te verifiëren en te evalueren	0000-00-00
KB 04	Beleidsplan	0000-00-00
KB 05	Jaaractieplan	0000-00-00

3. Kwaliteitssysteem

KS 01	Overzicht van de procedures	2021-10-04
KS 02	Organigram	2010-12-03
KS 03	Kwaliteitsbeheer	2018-05-09
KS 0401	Interne communicatie- en overlegstructuren	2010-12-03
KS 0402	Externe communicatie	2015-07-01
KS 05	Samenwerkingsverbanden	0000-00-00
KS 06	Infrastructuur	2010-12-03
KS 07	Organisatiestructuur – Functiebeschrijving	2010-12-03
KS 08	Maatschappelijke dienstverlening	2010-12-03
KS 080101	Maatschappelijke dienstverlening – Sensiplan	2015-07-01
KS 080102	Maatschappelijke dienstverlening – Fertility Management Program	2010-12-03
KS 0802	Maatschappelijke dienstverlening – jongeren	0000-00-00
KS 0803	Maatschappelijke dienstverlening – artsen en gezondheidswerkers	0000-00-00
KS 0804	Maatschappelijke dienstverlening – opvoeders en beleidsmakers	0000-00-00

4. Procedures

PRO 0101	Sensiplan-consultatie geboortebeperving	2015-07-01
PRO 0102	Sensiplan-consultatie kindervens	2015-07-01
PRO 0103	Sensiplan-consultatie na de bevalling	2015-07-01
PRO 0104	Sensiplan-consultatie overgangsjaren	2015-07-01
PRO 02	Sensiplan-consulentencursus	2010-12-03



PRO 04	Fertility Management Program	2010-12-03
PRO 0401	Fertility Management (para)medici	2010-12-03
PRO 0402	Fertility Management diverse doelgroepen	2010-12-03
PRO 05	Wetenschappelijk onderzoek	2010-12-03
PRO 06	Klachtenbehandeling	2010-12-03
PRO 0601	Klachtenbehandeling Sensiplan-gebruiker	2010-12-03
PRO 0602	Klachtenbehandeling vrijwilligerswerking	2010-12-03
PRO 0701	Werving en selectie van de medewerkers	2010-12-03
PRO 0702	Begeleiding van medewerkers	2010-12-03
PRO 0703	Vorming van de medewerkers	2010-12-03
PRO 08	Intern overleg	2010-12-03
PRO 0801	Intern overleg: Regionale werkgroep	2010-12-03
PRO 0802	Intern overleg: Diverse werkgroepen	2010-12-03
PRO 09	Externe communicatie	2010-12-03
PRO 0901	Organisatie infosessies	2015-07-01
PRO 0902	Infostand	2010-12-03
PRO 0903	Externe communicatie: persdienst	2010-12-03
PRO 0904	Externe communicatie: webapplicaties	2010-12-03
PRO 0905	Organisatie van een congres	2010-12-03
PRO 0906	Organisatie van een ontmoetingsdag	2010-12-03
PRO 10	Huisstijlontwikkeling	2010-12-03
PRO 11	Registratie subsidiabele activiteiten	2010-12-03
PRO 1201	Beleidsevaluatie en planning	0000-00-00
PRO 1202	Resultatenverslag en begroting	2010-12-03
PRO 1203	Fondsenwerving	2010-12-03
PRO 13	Documentenbeheer	2010-12-03
PRO 14	Internationaal overleg	0000-00-00
PRO 15	Gegevensbescherming	2018-05-09

5. Werkinstructies

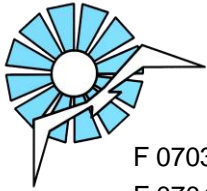
WI 0101	Richtlijnen	2010-12-03
WI 0102	Richtlijnen kinderwens	2010-12-03
WI 0103	Richtlijnen borstvoeding en overgangsjaren	2010-12-03
WI 0201	Richtlijnen voor het geven van een Sensiplan-consultentencursus	2010-12-03
WI 0202	Richtlijnen voor de tutors Sensiplan-consultentencursus	2010-12-03
WI 0301	Richtlijnen voor het geven van een jij en ik-animatorenopleiding	2010-12-03
WI 0302	Richtlijnen voor het geven van een jij en ik-sessie	2010-12-03
WI 0401	Richtlijnen voor het organiseren en geven van een FMP-opleidingscursus	2010-12-03
WI 0402	Richtlijnen voor het geven van een FMP-sessie	2010-12-03
WI 0403	Richtlijnen voor het geven van een infosessie	2010-12-03
WI 05	Opstarten en berekenen van wetenschappelijke studies	2010-12-03
WI 06	Klachtenbehandeling	0000-00-00
WI 0701	Werving en selectie van de medewerkers	0000-00-00
WI 0702	Begeleiding van medewerkers	0000-00-00
WI 0801	Vorbereiding en verslaggeving vergaderingen	2010-12-03



WI 0802	Opstellen jaarverslag	2010-12-03
WI 0901	Controlelijst infosessie	2010-12-03
WI 0902	Controlelijst infostand	2015-07-01
WI 0903	Richtlijnen voor het werken met de media	2010-12-03
WI 0904	Systeemanalyse webapplicaties	2010-12-03
WI 090501	Handleiding CMS-systeem	2010-12-03
WI 090502	Handleiding aankondiging activiteiten	2014-04-04
WI 0906	Mailforwarder	2010-12-03
WI 0909	Draaiboek voor het organiseren van een congres	2010-12-03
WI 0910	Draaiboek voor het organiseren van een ontmoetingsdag	2010-12-03
WI 1001	Huisstijl NFP-Vlaanderen	2012-03-16
WI 1002	Huisstijl Sensiplan	2012-03-16
WI 1004	Huisstijl FMP	0000-00-00
WI 11	Registratie subsidiabele activiteiten	2015-07-01
WI 1201	Afrekeningen – vervoerkosten - vrijwilligersvergoeding	2010-12-03
WI 1202	Boekhoudkundige registratie	0000-00-00
WI 1203	Opstellen beleidsplan en jaaractieplannen	0000-00-00
WI 1204	Jaarplanner	2010-12-03
WI 1205	Prijsbepaling dienstverlening	2010-12-03
WI 13	Klassement	2010-12-03

6. Formulieren

F 0101	Cycluskaart	2014-04-04
F 0102	Cycluskaart borstvoeding	2014-04-04
F 0103	Anamnesesteekkaart	2012-03-16
F 0201	Registratieformulier Sensiplan	2014-04-04
F 0202	Afstandentabel regionale werkgroep	0000-00-00
F 0211	Registratieformulier jij en ik	0000-00-00
F 0221	Registratie administratief werk	2010-12-03
F 0301	Deelnemersfiche	2010-12-03
F 0302	Puntenlijst	0000-00-00
F 0303	Examenverslag	2010-12-03
F 0304	Getuigschrift	2010-12-03
F 0401	Organisatie­nota – Afspraken­nota	2015-07-01
F 0402	Organisatie­nota – Zelfstandige	2010-12-03
F 0421	Organisatie­nota – Afspraken­nota secretariaatsmedewerker	2010-12-03
F 0422	Identificatiesteekkaart	2015-07-01
F 0403	Stagecontract aspirant Sensiplan-consulent	0000-00-00
F 0501	Akkoord studiedeelname	2010-12-03
F 0502	Betalingsformulier	2021-10-04
F 05031	Betalingsbewijs geboortebep­erking	2021-10-04
F 05032	Betalingsbewijs kind­erwens	2021-10-04
F 0601	Klachtenformulier	0000-00-00
F 0602	Klachtenregistratie	0000-00-00
F 0603	Klachtenformulier vrij­willigers­werking	0000-00-00
F 0701	Functie­beschrijving lid Al­gemene Ver­gadering	2010-12-03
F 0702	Functie­beschrijving bestuurder	2010-12-03



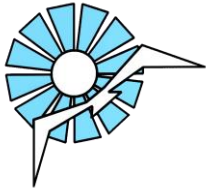
F 0703	Functiebeschrijving algemeen coördinator	2010-12-03
F 0704	Functiebeschrijving secretariaatsmedewerker	2010-12-03
F 0705	Functiebeschrijving fondsenwerver	2010-12-03
F 0706	Functiebeschrijving regionale coördinator	2010-12-03
F 0707	Functiebeschrijving assistent regionale coördinator	2010-12-03
F 0708	Functiebeschrijving Sensiplan-consulent	2010-12-03
F 0709	Functiebeschrijving wetenschappelijk medewerker	2010-12-03
F 0710	Functiebeschrijving Sensiplan-opleider	2010-12-03
F 0711	Functiebeschrijving Sensiplan-tutor	2010-12-03
F 0712	Functiebeschrijving Sensiplan-animator	2010-12-03
F 0713	Functiebeschrijving Sensiplan-arts en -expert	2010-12-03
F 0714	Functiebeschrijving vormingswerker	2010-12-03
F 0715	Functiebeschrijving webbeheerder	2010-12-03
F 0716	Functiebeschrijving PR-medewerker	2010-12-03
F 0717	Functiebeschrijving redacteur	2010-12-03
F 0901	Deelnemers-, contactlijst	2010-12-03
F 0902	Aanvraagformulier infostand beurs	0000-00-00
F 090301	Ontmoetingsdag – Uitnodiging	2010-12-03
F 090302	Ontmoetingsdag – Modelprogramma	2010-12-03
F 090303	Ontmoetingsdag – Deelnemerslijst	2010-12-03
F 090304	Ontmoetingsdag – Evaluatie	2010-12-03
F 1001	Briefmodel	2010-12-03
F 1002	Verslagmodel	2010-12-03
F 1003	Presentatiemodel (ppt)	0000-00-00
F 1101	Vorraden	2017-11-13
F 1201	Fondsenwerving financieringsvoorwaarden	2010-12-03
F 1202	Fondsenwerving jaarlijkse campagne	2010-12-03
F 15	Register verwerkingsactiviteiten gegevensbescherming	2018-05-09

7. Didactisch materiaal

DID 01	Overzicht beschikbaar materiaal Sensiplan	0000-00-00
DID 04	Overzicht beschikbaar materiaal FMP	0000-00-00

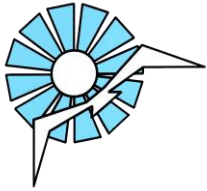
8. Bijlagen

BIJ 01	Statuten	2010-12-03
BIJ 02	Verzekeringopolissen	2010-12-03
BIJ 03	Samenwerkingsakkoorden	0000-00-00
BIJ 04	Inventaris	2010-12-03
BIJ 05	Overzicht dossiers	0000-00-00
BIJ 06	Bedragen en honoraria	2010-12-03
BIJ 07	Adressen	2017-11-13
BIJ 08	Adressen Algemene Vergadering	2017-11-13



9. Verslagen

VER 01	Jaarverslagen	2010-12-03
VER 0201	Regionale werkgroep Antwerpen	2010-12-03
VER 0202	Regionale werkgroep Limburg	2010-12-03
VER 0203	Regionale werkgroep Oost-Vlaanderen	2010-12-03
VER 0204	Regionale werkgroep Vlaams-Brabant	2010-12-03
VER 0205	Regionale werkgroep West-Vlaanderen	2010-12-03
VER 03	Pedagogische werkgroep	2010-12-03
VER 04	Didactische werkgroep	2010-12-03
VER 05	Werkgroep communicatie	2010-12-03
VER 06	Verslagen nationaal	2010-12-03
VER 10	Verslagen internationaal	2010-12-03
VER 20	Verslagen diverse	2010-12-03



1. Naam

Voluit: Centrum voor natuurlijke gezinsplanning Vlaanderen vzw
Verkort: NFP-Vlaanderen

2. Adres

2.1. Zetel:

Binnenhof 10
8300 Knokke-Heist
050 60 79 49

IBAN: BE98 9793 8127 7093
BIC: ARSPBE22

vzw NFP-Vlaanderen, 8300 Knokke-Heist

2.2. Kantoor:

Boechoutselei 1
2640 Mortsel
03 455 16 97

info@nfp.be

websites: www.nfp.be – sensiplan.be – vruchtbaarheidsbewustzijn.be

3. Erkenning

NFP-Vlaanderen is sinds 1995 erkend als vrijwilligersorganisatie overeenkomstig het decreet van 23 maart 1994 betreffende het georganiseerd vrijwilligerswerk in de welzijns- en gezondheidssector en ontvangt hiervoor jaarlijks subsidies.

In 2004 verkreeg de vzw een oorkonde van kwaliteitsvolle vrijwilligerswerking vanwege de Vlaamse Overheid (4 maart 2004).

4. Juridisch statuut

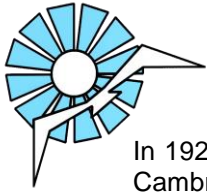
Vereniging zonder winstoogmerk
Ondernemingsnummer 0430 787 391

5. Historiek

In 1905 reeds had de Nederlandse gynaecoloog *Theodoor van de Velde* (1873-1937) een verband gelegd tussen de stijging van de basale lichaamstemperatuur en de eisprong.

In zijn meesterwerk 'Het volkomen huwelijk' – de eerste uitgave (21 december 1925) kende nog in 1964 zijn 22^e druk – vinden we een gedetailleerde beschrijving van de regels voor de meting van de ochtendtemperatuur, maar ook een correcte beschrijving van het cervixslijm in het verloop van de cyclus. Van de Velde beschouwde deze kennis uitsluitend als achtergrondinformatie.

Voor de meeste artsen in het begin van de 20^e eeuw – in Nederland tot in de jaren '50 – was gezinsplanning immers geen onderwerp voor de geneeskunde, maar een privéaangelegenheid van het echtpaar zelf. Vandaar dat Van de Velde niet zocht naar verdere verwerking van zijn kennis. Bovendien zat hij vast in een grote wetenschappelijke dwaling: met name de idee dat het eitje vijftien dagen zou blijven leven, zolang de temperatuur hoog blijft.



In 1929 publiceerde de Oostenrijker *Hermann Knaus* (1892-1970) de resultaten van zijn onderzoeken in Cambridge, waar hij had ontdekt dat de eisprong 12 tot 16 dagen vóór de volgende menstruatie plaats vindt. Begin 1930 bevestigde de Japanner *Kyusaku Ogino* (1882-1975) dit inzicht met eigen onderzoek.

In de Nederlanden is het de katholieke arts *Johannes Nicolaas Josephus Smulders* (1872-1939) die de bekende **kalendermethode** in het boek 'Periodieke onthouding in het Huwelijk: Methode Ogino-Knaus' reeds in 1930 bekend maakte. Later zou zijn werk worden verdergezet door de gynaecoloog *Johannes Gerardus Henricus Holt* (1898-1964) in zijn boek 'Het getij', waarin deze vanaf de jaren '50 de inzichten van Van de Velde, over de basale lichaamstemperatuur verwerkte. Deze kalendermethode bleek echter weinig betrouwbaar als gezinsplanningsmethode. Toch leidde dit reeds tot kleinere gezinnen. Het aantal ongeplande zwangerschappen bleef betrekkelijk belangrijk. Net als Van de Velde, kende Smulders ook andere parameters zoals slijmwaarneming, temperatuurcurven, baarmoederhalsonderzoek. Alle ingrediënten voor een goede moderne natuurlijke methode waren voorhanden. Toch heeft Smulders die niet ontworpen. Hij meende dat een gecombineerde methode te ingewikkeld zou zijn en dacht dat een eenvoudige kalendermethode voldoende betrouwbaar zou zijn.

Intussen publiceerde de Duitse priester *Wilhelm Hillebrand* rond 1935 de eerste **temperatuurmethode**. Hillebrand – die ooit geneeskundestudies had aangevat – had in de gesprekken met vrouwen negatieve ervaringen met de methode van Ogino-Knaus opgedaan. Daarom probeerde hij de inzichten van Van de Velde in zijn consultatie te gebruiken. De temperatuurmethode werd in Duitsland in 1954 opnieuw onder de aandacht van het publiek gebracht door de hoogleraar gynaecologie in München prof. *Gerhard Döring* (1920-1992). De correct toegepaste temperatuurmethode bleek zeer betrouwbaar, maar vereiste een lange onthoudingsperiode, waardoor ze vaak praktisch niet haalbaar bleek.

Vanaf de jaren '50 ontwikkelde de Australische neuroloog *John Billings* de door hem genoemde **ovulatiemethode**, later beter bekend als Billingsmethode, die zich uitsluitend baseert op de waarneming van het slijm. Het leerproces is volgens Billings snel en vereist een cyclus volledige onthouding en zorgvuldige observatie van het slijm. De methode kan jong geleerd worden en hij is de overtuiging toegedaan dat jonge meisjes die eenmaal op deze wijze hun vruchtbaarheid hebben ervaren, dus vooraleer zij aan seksuele betrekkingen beginnen, vanuit een bewust zelfrespect, wegens deze ervaring beschermd zijn tegen al te opdringerige jonge mannen.

Jammer genoeg zou dr. Billings een gelijkaardige inschattingsfout maken als dr. Smulders twintig jaar voordien. Aanvankelijk gebruikte dr. Billings een dubbele controle. Maar om volgens hem, van de 'dictatuur van de thermometer' verlost te zijn, liet hij deze onschatbare dubbele controle vallen. De nu nog sterk verspreide ovulatiemethode geldt naar onze hoge westerse normen vandaag als onbetrouwbaar voor geboortebepaling. Ze kan wel haar diensten bewijzen voor geboortespreiding. We kunnen alleen zeggen dat kalender- en ovulatiemethodes heel eenvoudig in hun gebruik zijn, en wellicht daarom een redelijk succes kennen in ontwikkelingslanden.

In 1965 maakte de Oostenrijke arts *Josef Rötzer* een iets meer ingewikkelde **symptothermale methode** (NFP = Natural Family Planning) bekend. Deze methode combineert de waarneming van de lichaamstemperatuur en het cervixslijm. Vooral in Oostenrijk en Zuid-Duitsland bouwde Rötzer een schriftelijke consultatiedienst op. Verder publiceerde hij een aantal boeken en werkte hij met het protestantse dominee-echtpaar Walter en Ingrid Trobisch¹.

In dezelfde periode werden soortgelijke methodes ontworpen in Frankrijk, Canada en de Verenigde Staten en uitgevoerd naar Afrikaanse en Latijns-Amerikaanse landen, maar ook bijvoorbeeld naar de sloppenwijken van Calcutta bij de zusters van Moeder Theresa.

Op het einde van de jaren '70 werd door de Ierse gynaecologe, dr. Anna Flynn wetenschappelijk onderzoek verricht aan de universiteit van Birmingham in opdracht van de WHO. Maar ook het 'Institute for Reproductive Health' van Georgetown University in Washington was met NFP bezig. Tot ver in de jaren '80 was dit instituut trouwens wetenschappelijk het meest actieve centrum wereldwijd. Europa – met uitzondering van de universiteit van Birmingham – maar zeker België en Nederland bleven een blinde vlek op het gebied van NFP. Uitzondering vormden de Brugse gynaecoloog dr. Devos – stichter van NFP-Vlaanderen in 1984 en de Haagse arts Paul te Lintelo, die de aanzet hebben gegeven voor de eerste wetenschappelijke studies in Vlaanderen en Nederland. Dit waren in eerste instantie betrouwbaarheidsstudies, die werden gekoppeld aan de Europese betrouwbaarheidsstudie, gecoördineerd door prof. Freundl van de universiteit van Düsseldorf.

In 1981 was in Duitsland immers de *Arbeitsgruppe NFP* opgericht. Deze heeft in een door het Duitse Bondsministerie voor het Gezin gesubsidieerd project in de jaren 1984-1991 de basis gelegd waardoor sinds 1987 in Duitsland en sinds 1990 in Vlaanderen en Nederland de symptothermale methode als betrouwbaar alternatief kan worden aangeboden. Sinds 1995 worden de getuigschriften van NFP-Vlaanderen door de dienst gynaecologie van de KULeuven erkend.

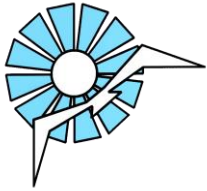
¹ Ingrid Trobisch en Elisabeth Rötzer (1980): *Liefde als gave en opgave*. Kampen, Kok



Na meer dan twintig jaar wetenschappelijke studie en tal van peer reviewde publicaties^{2,3} werd beslist om deze specifieke methodiek, die haar deugdelijkheid volgens de principes van Evidence Based Medicine heeft bewezen, vanaf 2010 als systeem te beschermen onder de naam Sensiplan. Voor de Nederlandse taalrol in België verkreeg NFP-Vlaanderen het alleenrecht om dit product te verspreiden.

² P. Frank-Herrmann et al.(2007) The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study in Human Reproduction 1-10

³ E.Raith, P.Frank en G. Freundl (2008): Natürliche Familienplanung heute. Berlin, Springer



1. Inleiding

1.1. *Wat is Sensiplan?*

Sensiplan is een symptothermale gezinsplanningsmethode die in de jaren 1980 aan verschillende Duitse universiteiten op multidisciplinaire basis werd ontwikkeld en op lange termijn werd uitgetest. Meer dan twintig jaar prospectieve studies geven de praktische toepasbaarheid aan, zowel bij kinderwens als voor geboortebeporing (zie verder).

1.2. *Sociologisch fenomeen*

De naoorlogse periode gaf een toenemende vruchtbaarheid aan tot 1965. Met een gemiddelde van 2,6 kinderen per vrouw zat men in een normaal te verwachten lichte bevolkingstoename. De breuklijn ligt in 1965 bij de introductie van de contraceptieve pil. Deze werd aanvankelijk als cyclusregulerend voorgesteld, omdat het interessante neveneffect van de ovulatieregulering eigenlijk tot dan hoogst ongewoon was in de medische praktijk.

Op 20 jaar tijd viel het vruchtbaarheidscijfer van 2,6 (iets boven het vervangcijfer van 2,1) in 1965 tot 1,4 in 1985. Waar in 1965 voor Vlaanderen nog 92 000 geboortes werden genoteerd, viel dit in 1975 terug op 67 000 geboortes tot nu rond 60 000 geboortes, met hooguit een schommeling van een paar duizend van het ene jaar op het andere, voornamelijk veroorzaakt door migranten van de eerste generatie.

De Vlaamse situatie is zo dat veel gemedicaliseerd is, voor alles bestaat een pil. In deze context moet het aanbod van Sensiplan als volwaardig alternatief worden uitgewerkt.

1.3. *Medisch fenomeen*

Op medisch vlak doen zich verschillende fenomenen voor.

In Vlaanderen is het gebruik van anticonceptie als volgt verdeeld over de meest gangbare methoden: hormonale contraceptie: 39,2%; spiraaltje: 7,9% (inclusief hormonenspiraal); barrièremethodes: 4,9%; sterilisatie 7,3%; periodieke onthouding of coïtus interruptus: 1,2%; geen methode: 20,9%¹. Dat betekent dat 22% CI of geen methode schijnt te gebruiken. Het is onwaarschijnlijk dat al deze vrouwen willen zwanger worden.

Inderdaad blijkt dat ondanks meer dan 40 jaar doorgedreven propaganda voor – vooral hormonale – contraceptie, het aantal contraceptiegebruikers eerder daalt dan toeneemt. Uit de cijfers van de evaluatiecommissie over de wet op zwangerschapsafbreking blijkt dat het aantal afbrekingen toeneemt – vooral bij jongeren – ondanks het feit dat de propaganda voor hormonale contraceptie steeds meer wordt opgevoerd. De helft van de aborterende vrouwen gebruikte niets, de helft gebruikte contraceptiva.

Wat betreft de klassieke contraceptie blijkt in 50 jaar tijd nauwelijks vooruitgang te zijn geboekt. In verband met de merkbare pilmoetheid stelt prof. Bart Fauser (Universiteit Utrecht): 'Al is de dosis hormonen in de huidige pil een stuk lager dan in de jaren zestig, toch is de pil niet wezenlijk veranderd. Terwijl de geneeskunde in de tussentijd enorme vorderingen heeft gemaakt, zitten we op het gebied van anticonceptie nog steeds met een concept van vijftig jaar oud. Onbegrijpelijk dat er nooit iets ontwikkeld is dat de hormoonhuishouding van de vrouw intact laat.'²

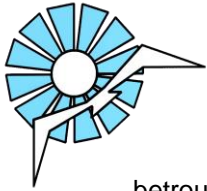
2. Bestaat er überhaupt een doelgroep voor Sensiplan?

De doelgroep ligt voor de hand. Aangezien ondanks al de propaganda en beschikbaarheid van anticonceptie er een groep overblijft van meer dan 20% plus degenen die barrièremethoden gebruiken. Voor hen zou objectieve informatie over vruchtbaarheidsbewustzijn moeten worden meegedeeld, samen met de mogelijkheden en moeilijkheden hiervan.

Het probleem is dat de medische wereld er nog niet voldoende van overtuigd is, dat vruchtbaarheidsbewustzijn gebruiken als contraceptieve methode werkt of een betrouwbare bijdrage tot het doel kan leveren. Dit heeft voor gevolg dat zelfs indien iemand die bereid is om een methode als Sensiplan

¹ WIV Gezondheidsenquête 2004: IPH/EPI Reports n° 2006-035,- tabel p 566

² Intermediair februari 2005



betrouwbaar te volgen, dit door veel artsen wordt afgekeurd als onbetrouwbaar, waardoor de inspanning van de patiënt teloor gaat en hij/zij terug in het vroegere onbetrouwbare patroon terecht komt.

3. De betrouwbaarheid van Sensiplan vs hormonale contraceptie

Gezien sinds 1965 hormonale contraceptie vooropgesteld wordt als de meest betrouwbare gezinsplanningsmethode, heeft enkel een methode met een vergelijkbare betrouwbaarheid in feite reden van bestaan.

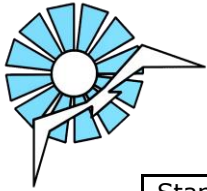
De betrouwbaarheid van hormonale contraceptie is in wezen weinig (of niet) bestudeerd buiten de aanvankelijke studies, aangeleverd door de farmaceutische industrie. We betwisten de wetenschappelijke waarde van die studies niet. Het is echter ook even duidelijk dat de omkadering van die studies voor de doelgroep, de follow-up, het zorgvuldig nemen van het product, het regelmatig bevragen,... uiteraard het bekende positieve effect kan versterken. Zoals verder wordt aangetoond, zijn de praktische cijfers uit zowel postmarketingstudies als uit follow-upstudies minder rooskleurig.

	Aantal vrouwen op 100 dat zwanger werd na het eerste jaar gebruik	
	Correct en consistent gebruik	Normaal gebruik
3.1.1. Hormonale methoden³		
Combinatiepil	0.1- 0.2	3
Anticonceptiepleister (Evra®) ⁴	0.7	0.9
Vaginale ring (Nuvaring®)	0.4	0.65
Hormonaal implantaat (Implanon®)	0	0.07
Prikpil	0	1
Minipil (Microlut®)	0.3	4
Minpil (Cerazette®)	0.7	1.1
Hormonaal spiraal (Mirena®)	0	0.6
3.1.2. Intra-uteriene methoden		
Koperspiraal	0.1-0.3	0.8-1.5
3.1.3. barrièremethoden		
Mannencondoom	2	15
Vrouwencondoom	5	15
Pessarium	6	20
Zaaddodende middelen alleen	4	25
Sterilisatie man	0	0.1
Sterilisatie vrouw	0	0.5
3.1.4. Natuurlijke methoden⁵		
Persona	6	4-8
Temperatuurmethode	1	2.5-7
Billingsmethode	1.2	15.5
Sensiplan ⁶	0.4	2-3

³ Guillebaud, J. (2004) Contraception. Your questions answered.

⁴ Janssen-Cilag International NV. Evra transdermal patch. Summary of Product Characteristics - <http://www.janssen-cilag.co.uk/product/pdf/spc00121.pdf>.

⁵ Beerthuisen, R.J.C.M (2003) Anticonceptie op maat



Standaard dagen methode	4.7	11.7
Coïtus interruptus	4	19
Geen	80-90	

Voor Sensiplan beschikken we echter over nauwkeurige prospectieve studies over meer dan twintig jaar. De methode-ontwikkeling werd immers in de jaren '80 van de vorige eeuw door de Duitse Overheid gesubsidieerd om precies een betrouwbare en makkelijk omkeerbare methode te verkrijgen.

Studie	Vrouwen	Cycli	OZ	Methode fout	Gebruikersfout	Negatieve dropout
Prospectief						
Döring 1988	291	3 370	5	0.7	2.0	
Freundl 1995	1 046	16 865	34	0.55	2.57	3.9
Frank-Herrmann 2007 ⁷	900	17 638	22	0.6	1.8	9.2

Uiteraard zijn dit geen Randomized Control Trials (RCT), wat methodologisch niet verantwoord is voor een studie die gebaseerd is op een vrije keuze en motivatie van de gebruiker. Ook RCT's voor andere contraceptiva zijn ons niet bekend en zijn uit de aard van het onderwerp niet vanzelfsprekend. Er moeten dan aan de patiënten immers twee gelijkwaardige methodes worden aangeboden, die dezelfde mogelijke bijwerkingen hebben en die dezelfde motivatie vereisen.

4. Behoeftestudie

Deze behoeftestudie richt zich specifiek op de toepassing van vruchtbaarheidsbewustzijn met het systeem Sensiplan. Sensiplan kan zowel voor het nastreven als voor het vermijden van een zwangerschap gebruikt worden, vandaar de tweedeling in deze studie.

4.1. Kinderwens

4.1.1. Therapeutische behandeling voor koppels met fertiliteitsproblemen

De voortplantingsgeneeskunde maakte sedert 1960 een enorme ontwikkeling door, niet alleen door een toename in het aantal behandeltechnieken (IVF, ICSI, ICSI in combinatie met MESA, PESA of TESE, IUI, fertiliteitschirurgie, KID) maar ook door een toename in het aantal fertiliteitsbehandelingen. De cijfers van behandelingen IVF/ICSI tonen aan dat ongeveer 1 op de 20 Vlaamse pasgeborenen een IVF/ICSI-kind is⁸. Uitgaande van een slaagkans van 25% betekent dit dat jaarlijks in Vlaanderen minstens 13 000 koppels in fertiliteitscentra behandeld worden voor fertiliteitsproblemen. Hiervan heeft 30-35% geen aantoonbare reden van steriliteit, waardoor zij in feite niet in aanmerking komen voor een ivf- of aanverwante behandeling. Uit prognostische modellen^{9,10,11,12} blijkt namelijk voor bepaalde types

⁶ The European Natural Family Planning Study Groups (1999) European multicenter study of natural family planning (1989–1995): efficacy and drop-out in *Advances in Contraception* 1999 15:69-83

⁷ Frank-Herrmann, P., et al. (2007), The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Hum Reprod*, 2007, 22(5): p. 1310-9.

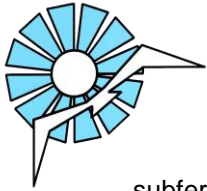
⁸ H. Cammu, G. Martens, K. De Coen, C. Van Mol, P. Defoort (2007): perinatale activiteiten in Vlaanderen 2007, p.12

⁹ H.K. Snick, T.S. Snick, J.H.L. Evers (1997): The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study,- In: *Hum. Reprod.* 1997, 12, 1582-1588.

¹⁰ J.M. Eimers, E.R. te Velde, R. Gerritse, E.T. Vogelzang, C.W.N. Looman, J.D.F. Habbema (1994): High follicle-stimulating hormone levels should not necessarily lead to the exclusion of subfertile patients from treatment,- In: *Fertil. Steril.* 1994, 61, 44-52.

¹¹ J.A. Collins, E.A. Burrows, A.R. Wilan (1995): The prognosis for live birth among untreated infertile couples,- In: *Fertil. Steril.* 1995, 64, 22-28.

¹² C.M.A. Glazener et al. (2001): The prognostic power of the post-coital test for natural conception depends on duration of infertility,- In: *Human reproduction Vol 16 n°5 pp 1051-1053*, 2001



subfertiliteit hoe groot de spontane zwangerschapskans, zelfs na jaren nog kan zijn. Voor een aantal situaties is een risicovolle behandeling niet te rechtvaardigen.

Fertiliteitscentra zullen deze koppels eerder aanbevelen om te wachten op een spontane zwangerschap, omdat de resultaten van medisch begeleide bevruchting niet beter zijn dan wachten. Dit laatste wordt door de patiënt echter veelal negatief ervaren¹³. Nochtans is het beste resultaat van een behandeling voor een koppel een spontaan ontstane zwangerschap, of een zo weinig mogelijk ingrijpende behandeling binnen een natuurlijke cyclus¹⁴.

Met Sensiplan is het voortaan mogelijk om deze koppels een concrete behandeling aan te bieden, die hun kansen op een spontane zwangerschap zullen optimaliseren. Als aan 4000 patiënten een Sensiplan-behandeling wordt aangeboden, mag men verwachten dat 1000 vrouwen binnen 6 cycli spontaan zwanger zullen worden.

Omgerekend voor Vlaanderen betekent dit dat jaarlijks vanuit de Vlaamse fertiliteitscentra inderdaad 4000 koppels in aanmerking komen voor een behandeling met Sensiplan.

4.1.2. Preventieve behandeling bij kinderwens

Gnoth e.a.¹⁵, Scarpa¹⁶ en Brosens e.a.¹⁷ stellen dat via een methode zoals Sensiplan zowel overbehandeling als onderbehandeling voorkomen kunnen worden. Koppels met een kinderwens zullen met behulp van Sensiplan sneller spontaan zwanger worden dan het gemiddelde koppel¹⁸. Door de cyclusmonitoring zullen ze echter ook sneller mogelijke problemen opsporen, waardoor meteen een aangepaste diagnose met behandeling kan worden opgestart. Optimale timing met Sensiplan kan een hulp zijn bij bepaalde diagnostische onzekerheden. Belangrijke fertiliteitsonderzoeken worden hierdoor immers betrouwbaarder.

- postcoïtum test (PCT)¹⁹ op cervixslijm waarbij via FA duidelijke herkenning van het fertiliteitsvenster wordt bepaald (in pre-ovulatoire fase, 6-18 uur na coïtus);
- bloedanalyse ter bepaling van het gehalte progesteron (in post-ovulatoire fase: 6-8 dagen na via FA bepaalde ovulatie);
- echoscopie follikelmeting (in via FA bepaalde peri-ovulatoire fase) en ovulatie detectie;
- bepaling slijmscore endocervicale cervixslijm (onmiddellijk in via FA bepaalde pre-ovulatoire fase, volgens Insler²⁰);

Dankzij het bijbrengen van vruchtbaarheidsbewustzijn en de cyclusmonitoring wordt reeds tijdens de diagnosecyclus concreet therapie aangeboden door de mogelijkheid voor gerichte coïtus.

Ook voor de invasieve technieken kan beter rekening worden gehouden met de natuurlijke cyclus²¹. Hierdoor kan ondermeer een surplus aan embryo's en risico op OHSS worden vermeden.

Uit onderzoek van de Duitse Arbeitsgruppe NFP blijkt dat 30-40% van de fertiliteitsproblemen te maken hebben met cyclusstoornissen, die via Sensiplan makkelijk kunnen worden opgespoord²².

Concreet betekent dit dat alle koppels die bij hun arts of vroedvrouw te rade gaan voor een kinderwens in de eerstelijnszorg in aanmerking komen voor een kennismaking met Sensiplan. Hierdoor kunnen ze los

¹³ S Bhattacharya et al. (2008): Clomifene citrate or unstimulated intrauterine insemination compared with expectant management for unexplained infertility: pragmatic randomised controlled trial,- In: BMJ 2008;337: a716

¹⁴ R G Edwards (2007): IVF, I.V.M., natural cycle IVF, minimal stimulation IVF – time for a rethink,- In: Reproductive BioMedicine Online 2007 Vol. 15 N° 1, 106-119

¹⁵ C. Gnoth, P. Frank-Herrmann, G. Freundl (2002): Opinion: Natural family planning and the management of infertility,- In Arch. Gynecol. Obstet. 2002, 267, 67-71.

¹⁶ B Scarpa, D Dunson (2006): Bayesian selection of predictors of conception probabilities across the menstrual cycle,- In: Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2006, 20 (Suppl. 1), 30-37

¹⁷ I. Brosens (2006): Managing infertility with fertility-awareness methods,- In: Sexuality, Reproduction & Menopause, Vol. 4 N°1, May 2006 pp.13-16

¹⁸ C. Gnoth et al. (2003): Time to pregnancy: result of the German prospective study and impact on the management of infertility,- In: Human Reproduction Vol. 18, N°9 pp. 1959-1966, 2003

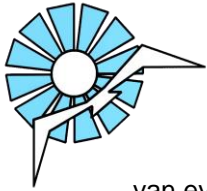
¹⁹ J.M. Eimers, E.R. te Velde, R. Gerritse, R.J. van Kooy, J.A.M. Kremer, J.D.F. Habbema (1994): The validity of the postcoital test for estimating the probability of conceiving,- In: Am. J. Obstet. Gynecol. 1994, 171 (1), 65-70.

²⁰ V. Insler, I. Eichenbrenner, D.M. Serr, B. Lunefeld (1972): The cervical score,- In: Int. J. Gynecol. Obstet. 1972, 10, 223-228.

²¹ R G Edwards (2007): IVF, I.V.M., natural cycle IVF, minimal stimulation IVF – time for a rethink,- In: Reproductive BioMedicine Online 2007 Vol. 15 N° 1, 106-119

B C Heng (2007): Reluctance of medical professionals in adopting natural-cycle and minimal ovarian stimulation protocols in human clinical assisted reproduction,- In: Reproductive BioMedicine Online 2007 Vol. 15 N° 1, 9-11

²² Schultze-Hobeling, Sottong (1998): Wenn zwei sich lieben...” 1. Bundesdeutscher Kongress über Natürliche Familienplanung (NFP). Köln



van eventuele behandeling hun fertiele venster leren kennen en optimaal leren benutten. Tegelijk worden ze zo de eerste diagnosestellers voor eventuele cyclusproblemen.

In Vlaanderen alleen was in 2009 één op 18 zwangerschappen medisch geassisteerd (3 300). Met een gemiddelde slaagkans van 20% betekent dit dat 16 500 koppels op zoek gaan naar medisch geassisteerde bevruchting. Hiervan is zeker 10% onverklaard subfertiel. Daarnaast is de gangbare praktijk bij huisartsen eerder conservatief, d.w.z. dat een huisarts geneigd is om een patiënt wat langer te laten wachten. Sensiplan kan dan zeker worden aangeboden als 'therapie', waardoor het wachten zinvol is en – zoals reeds gesteld – op een eenvoudige manier relevante informatie over eventuele cyclusproblemen kan opleveren. Het valt niet meteen in te schatten over hoeveel koppels dit gaat, maar alleszins over meerdere duizenden per jaar.

4.2. Geboortebeperking

Wat betreft het gebruik van Sensiplan bij geboortebeperking is het nog moeilijker om heldere cijfers te verkrijgen. Zoals gesteld werd vanaf 1965 anticonceptie algemeen verspreid. Maar door de grote invloed van de farmaceutische industrie werd het anticonceptiegebruik en daarmee algemeen de gezinsplanning gemedicaliseerd. Samen met de mogelijkheid om via het onderwijs en de verschillende kanalen voor volwassenenvorming anticonceptie bekend te maken, ontstond een zekere druk om in de eerste plaats te kiezen voor hormonale contraceptie. Omdat in die jaren een alternatief als Sensiplan nog niet bestond of alleszins nog niet bekend was, werd en wordt elk natuurlijk alternatief als onbetrouwbaar afgeschreven. Ondanks talrijke publicaties en bewijzen van de werkzaamheid van een moderne symptothermale methode als Sensiplan, blijven handboeken en door firma's gesponsorde brochures deze slechte faam verspreiden.

Toch bieden de wetenschappelijke literatuur en een aantal onafhankelijke cijfergegevens een beeld van de behoefte aan een degelijk alternatief. Deze behoefte situeert zich, zoals in de inleiding vastgesteld, in het niet benutten van het huidige gamma contraceptiva. Één op vier blijft zonder gebruik van een betrouwbare contraceptieve methode seksueel actief.

4.2.1. Tevredenheid met de huidige contraceptie

In Vlaanderen is het gebruik van anticonceptie als volgt verdeeld over de meest gangbare methoden: hormonale contraceptie: 39,2%; spiraaltje: 7,9% (inclusief hormonenspiraal); barrièremethodes: 4,9%; sterilisatie 7,3%; periodieke onthouding of coïtus interruptus: 1,2%; geen methode: 20,9%²³

Dit betekent dat 26% van de bevolking in de vruchtbare leeftijd natuurlijke methoden, coïtus interruptus of geen (betrouwbare) methode gebruikt. Een deel daarvan wenst wellicht zwanger te worden, maar dit betekent nog steeds dat een aanzienlijk deel van de bevolking seksueel actief is, geen kindwens heeft en toch geen betrouwbare gezinsplanningsmethode gebruikt. Het actueel aandeel Sensiplangebruikers is immers bijzonder klein en komt zelfs niet overeen met de 1,2% die zegt periodieke onthouding te gebruiken.

Hoewel door de meeste vrouwen hormonale contraceptie wordt gebruikt, blijkt de tevredenheid met deze of gene hormonale methode eerder aan de lage kant.

Van de industrie onafhankelijk prospectieve studies zijn moeilijk te vinden. Wel vonden we bijvoorbeeld een studie uit 2006 waarbij pil en patch of pleister in de VS werden vergeleken²⁴.

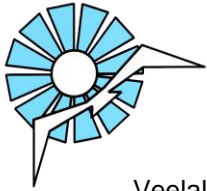
Op drie cycli was hier voor de pil sprake van een dropout van 11%, voor de patch (klever) zelfs 33%. Van de 579 vrouwen die aanvankelijk met de pil waren gestart gingen op het einde van de studie na drie maanden nog 303 of 52,3% verder met het nemen ervan (bij de patch nog maar 28%, zij het in de Amerikaanse overwegend zwarte populatie, wat wellicht de cijfers wel zal beïnvloeden). In feite was de totale dropout in die studie voor de pil haast 50% en voor de patch meer dan 70%! De Pearl Index bedroeg 3,62 voor de pil op 3 cycli en 14,84 voor de patch. In onze ogen aanzienlijk hoger dan de 1,8 van NFP (over meerdere jaren). Zeker hier komt de vraag wat er gebeurd is met de 37,1% lost to follow up voor de pil en de 63,5% bij de patch.

In deze studie wordt elders verwezen naar de algemene dropout van 32% van één jaar voor de pil²⁵.

²³ WIV Gezondheidsenquête 2004: IPH/EPI Reports n° 2006-035,- tabel p 566

²⁴ Bakhru A, Stanwood N (2006): Performance of Contraceptive Patch Compared With Oral Contraceptive Pill in a High-Risk Population. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108/2 : 378-386

²⁵ Trussell J, Vaughan B (1999): Contraceptive failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth. *Fam Plann Perspect* 1999; 31:64-72, 93



Veelal worden bij dropout andere hormonale middelen aangeboden, waardoor de vrouw in feite jarenlang blijft overstappen van het ene naar het andere middel dat ze eigenlijk liever niet wil gebruiken (van het ene pilpreparaat naar het andere, van de pil naar de patch, ring, hormonenspiraal,...). Het is immers meestal steeds dezelfde werkzame stof die haar pilmoetheid induceert, tenzij het echt alleen maar de gewoonte van een dagelijkse pilinname is die haar stoort. De ervaring van Sensiplanconsulenten die uiteindelijk deze vrouwen over de vloer krijgen, geeft aan dat de belangrijkste oorzaak van overstap veelal inderdaad de hormonale contraceptie op zichzelf is.

Een ander belangrijk aspect van anticonceptiegebruik is de zogenaamde therapietrouw. Anticonceptie-middelen die dagelijks of bij elk seksueel contact moeten gebruikt worden zoals pil en condoom, vereisen een grote therapietrouw. Uit een Europese studie gefinancierd door Organon, blijkt echter dat 68% van de pilgebruiksters geregeld een of meer pillen vergeet in te nemen, 22% zelfs elke maand, waardoor de praktische betrouwbaarheid van dit anticonceptiemiddel drastisch vermindert²⁶. Bij 18-25-jarigen in Nederland ging het zelfs om 84% resp. 31%.

4.2.2. Abortuscijfers

Ook de abortuscijfers geven ons relevante informatie. Uit de cijfers van de nationale evaluatiecommissie blijkt dat de helft van de vrouwen die een abortus ondergingen, geen anticonceptie gebruikten. Uit de aanbevelingen van 2006 en 2009 blijkt dat de commissie tot het inzicht gekomen is dat een gebrek aan vruchtbaarheidsbewustzijn – en dus aan besef van het verband tussen seksuele gemeenschap en vruchtbaarheid – vrouwen ertoe zou kunnen aanzetten om slordig met anticonceptie om te gaan of gewoon niets te ondernemen. Voor hen die geen anticonceptie willen nemen en toch een abortus willen vermijden, lijkt het aanleren van vruchtbaarheidsbewustzijn via Sensiplan een gezond alternatief. Hier gaat het voor Vlaanderen jaarlijks om een 4000 vrouwen.

4.2.3. Sensiplan als alternatief

De vraag die hierbij gesteld moet worden is of Sensiplan voor al deze mensen een geldig alternatief zou kunnen zijn. Als vrouwen op zoek zijn naar een alternatief voor hormonale contraceptie of een alternatief dat geen bijwerkingen of gezondheidsrisico's heeft, dan is het antwoord duidelijk ja.

Voor vrouwen die moeite hebben met therapietrouw is een methode aangewezen, waarbij minimale aandacht moet uitgaan naar gezinsplanning. Hiervoor bestaan zeker kunstmatige – veelal hormonale – alternatieven. Maar ook Sensiplan scoort hier goed. Voor een correcte en betrouwbare toepassing van Sensiplan is immers na de leerfase meestal een waarnemingsperiode van een tweetal weken per cyclus voldoende. Dagelijkse inname van medicatie of waarnemingen, manipulatie bij de seksuele gemeenschap zijn immers niet noodzakelijk. Bovendien gaat het hier om het aankweken van een vruchtbaarheidsbewustzijn, vergelijkbaar met de vanzelfsprekende dagelijkse (mond)hygiëne. Daarbij kan ook de partner betrokken worden voor het noteren van een minimaal aantal noodzakelijke cyclusgegevens, zodat de eventuele last gedeeld wordt.

Het belangrijkste is in feite de motivatie van het koppel als koppel, om Sensiplan effectief te gebruiken.

Dit betekent concreet dat voor al deze doelgroepen Sensiplan een geschikt alternatief kan zijn, indien ze gemotiveerd kunnen worden. Dit hangt voor een deel van henzelf af, maar voor een groot deel ook van de instanties die hen informeren, nl. de overheid, het onderwijs en de artsen. Indien van hen uit een positieve houding tegenover Sensiplan kan uitstralen, zal een groter aantal koppels geneigd zijn om over te stappen op Sensiplan.

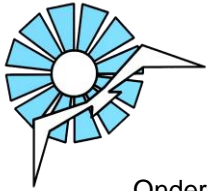
5. Ideologische overwegingen

5.1. 50 jaar anticonceptie in België

We kunnen bij een degelijke behoeftestudie niet onderuit aan een aantal ideologische overwegingen.

Begin jaren 60 van de vorige eeuw werd de hormonale contraceptiepil massaal voorgeschreven voor haar cyclusregulerende werking, hoewel men wist dat deze pil gewoon contraceptie was. Tot dan werkte de wetgever immers remmend. Op 9 juli 1973 (BS 9 augustus 1973) werden de laatste drie alinea's van art. 383 uit het strafwetboek geschrapt. Dit artikel verbood immers "elke uitstalling, verkoop of vervoer van anticonceptiva".

²⁶ European Women's Survey on contraceptive use, TNS NIPO 2004



Onder de toenmalige minister van volksgezondheid en het gezin, minister De Saeger werd in 1974 een actie ondernomen met als doel anticonceptie uit de taboesfeer te halen²⁷. Het wordt m.a.w. plots een volksgezondheidsitem. Met de nieuwe wet en deze actie beoogde men drie objectieven: zorgen dat elk kind een gewenst kind is, de psychische gezondheid van het gezin bevorderen, en abortus voorkomen. De gevolgen waren een 'overshooting' van het veronderstelde overbevolkingsprobleem.

In de vroege jaren '80 [...] bedroeg het vruchtbaarheidscijfer gemiddeld 1,5 kinderen per vrouw, en was de anticonceptierevolutie quasi volledig afgerond. Met zowat 20% was het echtscheidingscijfer naar huidige maatstaven nog erg laag, maar toch was het cijfer reeds meer dan verdubbeld tegenover de periode van de baby-boom. Ondanks deze duidelijke aanwijzingen waren de bevolkingsvooruitzichten van 1985 nog optimistisch. Ze gingen uit van een terugkeer naar een vruchtbaarheidsniveau van ongeveer 2,1 kinderen per vrouw: niet toevallig het peil dat overeenkomt met het aantal nakomelingen dat nodig is om een cohorte van moeders volledig te vervangen door een nieuwe generatie van dezelfde omvang (het vervangingsniveau). Dit maakt duidelijk dat bevolkingsdeskundigen, lang nadat de nieuwe trends waren aangekondigd en ingezet, het geloof in het demografisch evenwicht niet hadden opgegeven.

Maar bedreigingen van het demografisch evenwicht werden er langs twee zijden tegelijk ervaren. Het invloedrijke rapport 'Limits to the Growth' van de Club van Rome had een tiental jaren eerder reeds gewaarschuwd voor de catastrofale gevolgen van een exploderende wereldbevolking (Ehrlich, 1971). Het controleren van de vruchtbaarheid in neerwaartse richting baarde wetenschappers en beleidsmakers dus evenzeer zorgen als de vergrijzing die zou volgen uit een al te drastische daling van het geboortecijfer.²⁸

Inderdaad zakte het geboortecijfer op 20 jaar tijd van 92 000 in 1965 naar 67 000 in 1975 tot nu rond 60 000 geboortes, wat concreet betekent dat een normaal vruchtbaarheidscijfer van 2.6 daalt tot 1.4, ver onder het vervangingscijfer van 2.1.

In feite stellen we vast dat de wet van 1973 berustte op een onbewezen axioma. Met betrouwbare anticonceptie zou men immers

- zorgen dat elk kind een gewenst kind is,
- de psychische gezondheid van het gezin bevorderen, en
- abortus voorkomen.

Nu, haast 50 jaar later, stellen we vast dat geen van deze doelstellingen bereikt is. Zoals de studie van de VUB-onderzoekers vaststelt, is het echtscheidingscijfer – graadmeter voor de psychische gezondheid van de gezinnen – blijven toenemen. Ook de abortuscijfers zijn blijven toenemen, sinds de ingreep zelf nog geen 20 jaar na de legalisering van anticonceptie in specifieke gevallen uit de strafwet werd gehaald.

5.2. Maatschappelijke evoluties inzake gezondheidszorg

Intussen zijn de maatschappelijke eisen op het vlak van gezondheidszorg en gezinsplanning verder geëvolueerd. Vanuit de universele verklaring van de rechten van de mens, vanuit UNO-documenten en vanuit de patiëntenrechten mogen we gerust stellen dat de hele bevolking principieel de uiteindelijke doelgroep is die NFP-Vlaanderen zou moeten kunnen bereiken.

Artikel 26 van de universele verklaring van de rechten van de mens stelt immers:

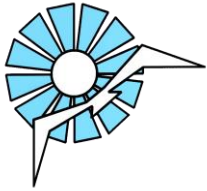
“Het onderwijs zal gericht zijn op de volle ontwikkeling van de menselijke persoonlijkheid en op de versterking van de eerbied voor de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.”

Omdat de menselijke vruchtbaarheid een essentieel onderdeel van de menselijke persoonlijkheid is, is het vanzelfsprekend dat een vertrouwde hiermee aan de basis ligt van de volle ontwikkeling van deze persoonlijkheid. In die zin mag men gerust stellen dat vruchtbaarheidsbewustzijn en -ervaring een essentieel onderdeel zijn van de alfabetisering van mensen en wellicht nog belangrijker zijn dan de geletterdheid.

Het Actieplatform van de 4^e UNO-vrouwenconferentie in Peking (hoofdstuk IV, gezondheid §110 h) stelt heel concreet:

²⁷ Geboortenregeling. brochure voor medici, apothekers, vroedvrouwen, verpleegsters en maatschappelijke assistenten. Ministerie van volksgezondheid en van het gezin, volgnummer D/1811-74-3

²⁸ Surkyn et al (2006): Demografie in Welvaart Het Vlaanderen van de baby-bust en de actieve Senioren. VUB



Financiële en institutionele steun bieden voor onderzoek naar veilige, effectieve, bereikbare en aanvaardbare methoden en technologieën voor de reproductieve en seksuele gezondheid van vrouwen en mannen, met inbegrip van veilige, effectieve, bereikbare en aanvaardbare methoden voor de regeling van vruchtbaarheid, met inbegrip van natuurlijke gezinsplanning voor beide geslachten, methoden ter bescherming tegen HIV/AIDS en andere seksueel overdraagbare aandoeningen en eenvoudige en goedkope methoden om deze en andere ziekten te detecteren. Dit onderzoek moet op alle niveaus door gebruikers geleid worden en vanuit het perspectief van het geslacht, vooral van de vrouwen, en moet worden uitgevoerd in strikte overeenstemming met internationaal aanvaarde wettelijke, ethische, medische en wetenschappelijke standaarden voor biomedisch onderzoek.

Inzake anticonceptie en fertiliteitsbehandeling geldt in België de wet op de patiëntenrechten.

Art. 7. § 1. De patiënt heeft tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.

§ 2. De communicatie met de patiënt geschiedt in een duidelijke taal.

Art. 8. § 1. De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.

§ 2. De inlichtingen die aan de patiënt verstrekt worden, met het oog op het verlenen van diens toestemming bedoeld in § 1, hebben betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen. Ze betreffen bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen, desgevallend met inbegrip van de wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd.²⁹

In principe heeft elke burger dus het recht om Sensiplan te kennen, een alternatief dat geen nevenwerkingen of risico's heeft. In die zin is het dus de plicht van elke arts of gezondheidswerker om dit alternatief in niet pathologische situaties aan te bieden.

Omdat de mensenrechten tot het onderwijs behoren, hoort ook het aanleren van vruchtbaarheidsbewustzijn – de basis van Sensiplan – hier thuis. Wat betreft het onderwijs is het duidelijk dat een grondige vorming van leerkrachten pas mogelijk is wanneer voldoende mannen en vrouwen vertrouwd zijn met hun eigen vruchtbaarheid via een systeem als Sensiplan. Dit vraagt echter objectieve informatie, wat bijzonder moeilijk is zolang de informatieverstrekende organisaties door de belanghebbende firma's rechtstreeks of onrechtstreeks gesponsord worden.

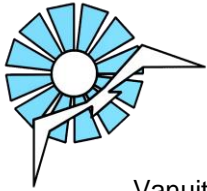
6. Besluit

Na objectief wetenschappelijke studie kan Sensiplan worden aangeboden als een methode die de betrouwbaarheid heeft van de betere kunstmatige methoden. Zesentwintig procent van de patiëntenpopulatie die zich aanmeldt bij huisartsen en gynaecologen neemt geen contraceptie. Waarom worden dezen niet uitgenodigd, samen met hun partners, om kennis te nemen van de mogelijkheid die Sensiplan hen biedt?

Zowel voor het vervullen van een kinderwens als voor het vermijden van een zwangerschap biedt Sensiplan een gezond alternatief dat aan gemotiveerde koppels kan worden aangeboden.

Hoewel geen enkele registratie bestaat over het gebruik van contraceptiva en dus concrete aantallen niet beschikbaar zijn, mogen we aannemen dat jaarlijks toch een paar duizend vrouwen en koppels op zoek zijn naar een gezond alternatief als Sensiplan, hetzij om een zwangerschap na te streven, hetzij om er een te voorkomen. Deze koppels worden echter niet bereikt, omdat de financiering ontbreekt om grootschalige bekendmakingscampagnes te voeren en om goed opgeleide Sensiplanconsulenten billijk te vergoeden voor hun consultaties.

²⁹ Wet betreffende de rechten van de patiënt, KB 22 augustus 2002, BS 26 september 2002



Vanuit de wet op de patiëntenrechten en de verklaring van het Actieplatform van de 4^e UNO-vrouwenconferentie in Peking³⁰, zou de overheid moeten zorgen voor de financiële mogelijkheid om een natuurlijke methode als Sensiplan te verspreiden.

³⁰ Actieplatform van de 4^e UNO-vrouwenconferentie, 1994, hoofdstuk IV, gezondheid §110 h