Hyperemesis gravidarum : implementatie van een beslishulp in de huisartsenpraktijk

Haio: T'Jonck Astrid , KUL
Promotor: VERBAKEL Jan , KUL
Praktijkopleider: De Loof Elise , Debaere Bo , DEKONINCK Julien , DESIMPEL Francine , Van Damme Valérie

Context: Hyperemesis gravidarum is de meest ernstige vorm van misselijkheid en braken tijdens de zwangerschap, met een prevalentie van 0,3 tot 3%. Het gaat vaak gepaard met gewichtsverlies, dehydratatie, malnutritie en een verhoogd risico op hospitalisatie. In de huisartsenpraktijk stelt men vaak vragen over de verschillende behandelingsmogelijkheden. Via het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg en op internationaal niveau, is er op dit moment geen consensus bereikt. De meest recente Belgische richtlijn van Domus Medica (2015) en de Nederlandse richtlijn NHG (2023) geven de voorkeur aan het gebruik van gember, meclozine of metoclopramide. Vaak wordt er omwille van beperkte kennis of onzekerheden over hyperemesis gravidarum en de behandeling ervan, doorgestuurd naar de tweede lijn.

Onderzoeksvraag: Wat zijn de verwachtingen en ervaringen bij hyperemesis gravidarum in de huisartsenpraktijk? Meer specifiek: ‘In hoeverre leidt de beschikbaarheid van een beslishulp over de behandelingsmogelijkheden bij hyperemesis gravidarum, tot aanpassingen van het dagelijks handelen bij huisartsen?’ ‘Heeft het gebruik van de beslishulp de shared decision making over de behandeling gemakkelijker gemaakt?’

Methode: Dit exploratieve onderzoek met implementatie van een beslishulp richtte zich op huisartsen en HAIO's uit West- en Oost-Vlaanderen, gerekruteerd via de wachtkringen. Twee vragenlijsten (via QualtricsXM en Limesurvey) onderzochten de vertrouwdheid van artsen met de behandeling van hyperemesis gravidarum. Op basis van een systematisch literatuuronderzoek en bestaande richtlijnen werd een beslishulp ontwikkeld, inclusief het Three talk model voor gedeelde besluitvorming. Met de tweede vragenlijst werd nagegaan in hoeverre deze beslishulp het voorschrijfgedrag van de artsen beïnvloedde en of het de shared decision making vergemakkelijkte. Wegens onvoldoende input werd een amendement ingediend om de steekproef te vergroten. De resultaten werden geanalyseerd in Excel, waarbij alleen vragenlijsten met 75% of meer voltooiing werden meegenomen. Het onderzoek kreeg ethische goedkeuring via SCONE (MP027813).

Resultaten: Er werden 62 vragenlijsten voor de eerste enquête en 21 vragenlijsten voor de tweede enquête geïncludeerd (?75% ingevuld). De meeste artsen volgden gemiddeld 3 zwangere vrouwen per maand, 42 artsen (42/62) zagen de opvolging als een gedeelde verantwoordelijkheid met de gynaecoloog. Redenen voor doorverwijzing naar de gynaecoloog waren voornamelijk uitdroging en gewichtsverlies. Gember, doxylamine met pyridoxine en metoclopramide waren de meest vertrouwde behandelingen. Na gebruik van de beslishulp kozen 13 artsen (13/21) voor gember als eerste keuze (voorheen 26/62). Bij onvoldoende effect van de initiële behandeling bleef doxylamine met pyridoxine de eerst volgende optie (23/41, na beslishulp 11/16). De meerderheid (15/21) voelde zich na het gebruik van de beslissingshulp meer zelfzeker in hun behandelingskeuze.

Conclusie: De beslishulp werd als een meerwaarde beschouwd in de behandeling van hyperemesis gravidarum, het Three talk model werd eerder neutraal beoordeeld. Deze resultaten moesten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Verdere studies zijn nodig met een grotere steekproef en gedurende een langere periode, met voorkeur onder het format van interviews, om het effect van de beslishulp te objectiveren.