(Her)opstart van anticonceptie postpartum, een kwaliteitsverbeterend project

Ita Terpstra, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleiders: Dr. Josefien Béghin en Dr. Liesbeth Verpooten

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

(Her)opstart van anticonceptie postpartum, een kwaliteitsverbeterend project

Huisarts in opleiding: Ita TERPSTRA, Universiteit Antwerpen
Promotor: Prof. Dr. Lieve PEREMANS, Universiteit Antwerpen
Praktijkopleiders: Dr. Josefien BÉGHIN en Dr. Liesbeth VERPOOTEN

CONTEXT: Dit kwaliteitsverbeterend project werd opgestart na het vaststellen van enkele ongeplande zwangerschappen tijdens de postpartum periode in huisartsengroep Park Noord in Antwerpen-Noord. Cijfers uit België laten zien dat 1 op 4 van de zwangerschappen als ongepland benoemd wordt. Een goede begeleiding rond anticonceptie kan dit cijfer doen dalen. De huisarts lijkt door zijn nabijheid en continuïteit van zorg ideaal geplaatst om deze begeleiding te voorzien. Het ontbreken van een duidelijke richtlijn voor de ambulante praktijk omtrent de begeleiding van vrouwen en de heropstart van anticonceptie tijdens de postpartum periode, lijkt ervoor te zorgen dat dit momenteel onvoldoende gebeurt. Voor deze thesis werd de focus gelegd op het begeleiden van de (her)opstart van anticonceptie postpartum in de huisartsenpraktijk.
ONDERZOEKSVRAAG: De concrete vraagstelling voor dit kwaliteitsverbeterend project is: Welke maatregelen zorgen voor een beter anticonceptiebeleid in onze praktijk? In de literatuurstudie werd een antwoord gezocht op volgende vragen: Welke anticonceptieve methode is het meest aangewezen postpartum? Na welke termijn dient gestart te worden met anticonceptie postpartum? Hoe kan de huisarts de (her)opstart van anticonceptie postpartum op een goede manier begeleiden?
METHODE: Als methodiek werd de FOCUS-procedure gebruikt (Find, Organise, Clarify, Understand, Start). In eerste instantie werd er een literatuurstudie verricht. Nadien werd de situatie op de praktijk in kaart gebracht, werden de knelpunten geanalyseerd en werden indicatoren voor kwaliteitsverbetering geformuleerd. De belangrijkste indicatoren voor kwaliteitsverbetering voor dit project zijn het noteren van de gebruikte anticonceptieve methode in het elektronisch medisch dossier en het bereiken van de juiste populatie op het juiste moment. In de startfase werd de PDCA-cyclus gevolgd (Plan, Do, Check, Act). Volgende interventies werden uitgevoerd: patiënten werden uitgenodigd op postpartum controleraadpleging in de huisartsenpraktijk aan de hand van een informatieve en uitnodigende brief en eventueel later door middel van telefonisch contact. Daarnaast werd een praktijkrichtlijn opgesteld en een vast sjabloon voor de postpartum controleraadpleging voorzien in het elektronisch medisch dossier. De betrokken vrouwen werden ook kort bevraagd naar hun kennis over postpartum anticonceptie en hun mening over het consult bij de huisarts.
RESULTATEN: De situatie op de praktijk na het uitvoeren van bovengenoemde interventies werd vergeleken met de situatie op de praktijk voor de start van dit kwaliteitsverbeterend project. Het aantal vrouwen die op postpartum controleraadpleging kwamen nam toe van 10/20 voor de interventie tot 13/19 na de interventie. De gebruikte anticonceptie werd beter in het elektronisch medisch dossier vermeld (n=5 voor de interventie en n=14 nadien). Bij een groter aantal vrouwen werd de anticonceptie tijdig besproken en voorgeschreven (n=1/5 voor versus n=7/12 na) en de artsen schreven bij meer vrouwen een eerste keuze preparaat voor (n=4/5 voor versus n=12/12 na, de vrouwen die bewust kozen geen anticonceptie te gebruiken buiten beschouwing gelaten). Uit de bevraging werd duidelijk dat geen enkele vrouw een postpartum controleraadpleging bij de huisarts niet nodig of overbodig vond. Daarnaast leek een groot deel van de vrouwen (6/14) niet op de hoogte van de snelle nood aan anticonceptie postpartum of bestond de perceptie dat borstvoeding voldoende bescherming bood.
CONCLUSIES: Het uitnodigen van patiënten op controleraadpleging in de huisartsenpraktijk na de bevalling en het opstellen van een praktijkrichtlijn en een sjabloon voor in het elektronisch medisch dossier hebben het anticonceptiebeleid in Huisartsengroep Park Noord kunnen verbeteren.
Een duidelijke richtlijn voor de ambulante praktijk en een betere communicatie en coördinatie tussen de eerste en de tweede lijn rond de postpartum opvolging van patiënten zou de kwaliteit van zorg op dit vlak kunnen verbeteren in heel Vlaanderen. Daarnaast dient er ook ingezet te worden op het informeren van de patiënten over het belang van anticonceptie tijdens de postpartum periode.

INHOUD

Inleiding **5**
Motivatie *5*
Leeswijzer *6*

Stap 1: Find **7**
1.1. Inleiding *7*
1.2. Onderzoeksvragen definiëren *7*
1.3. Methodologie *7*
1.4. Resultaten *9*
1.4.1. Welke anticonceptieve methode is het meest aangewezen postpartum? 9
1.4.2. Na welke termijn dient gestart te worden met anticonceptie postpartum? 17
1.4.3. Hoe kan de huisarts de (her)opstart van anticonceptie postpartum op een goede manier begeleiden? 18
1.5. Nut literatuurstudie *21*

Stap 2: Organise **22**

Stap 3: Clarify **23**
3.1. Situatie op de praktijk voor interventie *23*
3.2. Indicatoren voor kwaliteitsverbetering *24*
3.3. Situatie op de praktijk na interventie *24*

Stap 4: Understand **26**
4.1. Artsgebonden factoren *26*
4.2. Patiëntgebonden factoren *27*
4.3. Dossiergebonden factoren *27*
4.4. Andere factoren *28*

Stap 5: Start: Plan-Do-Check-Act-cyclus **29**
5.1. Plan *29*
5.2. Do *30*
5.3. Check *31*
5.4. Act *36*
5.5. Besluit *37*

Referenties **38**

Dankwoord **39**

Gebruikte afkortingen **39**

Bijlagen **39**

INLEIDING

Motivatie

Toen ik als huisarts in opleiding (HAIO) startte in Huisartsengroep Park Noord in Antwerpen-Noord had ik nog geen idee waarover ik een thesis wilde gaan schrijven. Ik had wel een duidelijke voorkeur voor een praktijk verbeterend project. Tijdens de opleiding geneeskunde heb ik veel theoretische kennis opgebouwd maar het was voor mij op dat moment nog onduidelijk hoe ik die theoretische kennis op een goede manier in de praktijk kon implementeren. De zoektocht naar een onderwerp gebeurde tijdens de eerste maanden gedurende het wekelijks praktijkoverleg waar moeilijke casussen of problemen besproken werden. Deze moeilijke casussen of problemen werden opgelijst en zo werd er een onderwerp gezocht dat voor deze huisartsenpraktijk relevant zou zijn om aan te pakken en waar alle artsen in geïnteresseerd waren. We merkten in onze praktijk op dat er regelmatig ongeplande zwangerschappen optreden postpartum of na het uitvoeren van een abortus provocatus. Er werd besloten rond dit onderwerp een kwaliteitsverbeterend project uit te werken. Om het onderwerp goed afgelijnd te houden werd besloten de focus te leggen op het (her)opstarten van anticonceptie tijdens de postpartum periode om het aantal ongeplande zwangerschappen tijdens deze periode te proberen te beperken.

Uit cijfers van 2003-2013 uit het Sexpert-onderzoek [1], een bevolkingsonderzoek dat gebeurd is aan de Universiteiten van Gent en Leuven, blijkt dat 1 op 4 van de zwangerschappen in België als ongepland benoemd wordt. Een goede begeleiding rond anticonceptie kan dit cijfer doen dalen. Daarnaast is er ook regelmatig falende anticonceptie postpartum bij vrouwen die de lactatie amenorroe methode (LAM) gebruiken. Ook bij het niet correct continueren van de minipil na het beëindigen van de borstvoeding worden regelmatig ongeplande zwangerschappen vastgesteld. Anticonceptie tijdens de postpartum periode is belangrijk. Het uitstellen van een volgende zwangerschap is zowel voor de gezondheid van de vrouw als van het kind van belang [2, 3]. Het is cruciaal dat vrouwen hiervan op de hoogte gesteld worden en begeleid worden in de keuze van het soort anticonceptie en het juiste moment van starten tijdens de postpartum periode.

Tijdens het brainstormen omtrent dit project in de praktijk viel het ons op dat er geen aanbeveling voorhanden is voor de eerste lijn hoe een goede postpartum opvolging eruit ziet en wat de rol van de huisarts hierin is. Enerzijds lijkt de huisarts door zijn nabijheid en continuïteit van zorg ideaal geplaatst om de opvolging van vrouwen en kinderen na de bevalling te voorzien. Anderzijds lijkt dit in Vlaanderen weinig te gebeuren. Mogelijk speelt het gebrek aan aanbevelingen rond dit onderwerp hier een rol in. De richtlijn rond zwangerschapsbegeleiding van Domus Medica, gepubliceerd in 2016 [4], geeft geen informatie over de postpartum periode. De richtlijn rond zwangerschap en kraamperiode van de Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) [5] geeft enkel informatie over borstvoeding en de opvolging van de neonaat. De richtlijnen rond Anticonceptie van Domus Medica [6] en de NHG [7] geven beide een beknopte samenvatting van het anticonceptiegebruik tijdens de postpartum periode, hierbij wordt evenwel geen voorstel gedaan hoe dit in de praktijk geïmplementeerd dient te worden.

Een kwalitatief onderzoek van Brodribb et al. uit 2013 in Australië [8], onderzocht aan de hand van semigestructureerde interviews de denkbeelden van moeders en huisartsen over postpartum opvolging in de ambulante praktijk. Hierbij viel op dat het voor de recent bevallen moeders niet duidelijk was of en wanneer een postpartum controle bij de huisarts noodzakelijk was. De informatie die hierover werd verspreid was verschillend in de verschillende ziekenhuizen. De huisartsen zelf gaven aan zich te weinig betrokken te voelen door de specialisten in de postpartum opvolging. Het ontbreken van een eenduidige richtlijn over het ideale moment en de inhoud van een postpartum opvolging in de ambulante praktijk zorgden voor zeer uiteenlopende ideeën hierover tussen de verschillende huisartsen. Hoewel dit onderzoek in Australië is uitgevoerd lijkt voor mij persoonlijk het ontbreken van een goede richtlijn over postpartum opvolging in de eerste lijn er ook in België voor te zorgen dat er weinig uniformiteit is tussen de verschillende artsen op dit gebied en dat er onduidelijkheid heerst bij de patiënten.

Het belang van een goede voorlichting van patiënten omtrent anticonceptiegebruik tijdens de postpartum periode, het optreden van enkele ongeplande zwangerschappen kort na een vorige zwangerschap bij patiënten uit de praktijk en het ontbreken van een duidelijke richtlijn zijn de belangrijkste factoren die ervoor gezorgd hebben dat er een kwaliteitsverbeterend project werd gestart omtrent postpartum anticonceptie in Huisartsengroep Park Noord. Voor deze thesis werd de focus gelegd op het begeleiden van de (her)opstart van anticonceptie postpartum in de huisartsenpraktijk. De (her)opstart van anticonceptie kan best gebeuren tijdens een postpartum controleraadpleging, deze kan plaatsvinden bij de gynaecoloog of bij de huisarts. De (her)opstart van anticonceptie lijkt bij vrouwen na de bevalling soms mis te lopen. Dit kan te wijten zijn aan verschillende factoren. De informatie rond anticonceptie kan bijvoorbeeld niet aangeboden zijn, de informatie kan niet correct begrepen zijn, de patiënt kan de controleafspraak gemist hebben of er kan een falen zijn in de therapietrouw. Het doel van deze thesis is de kwaliteit van zorg met betrekking tot het begeleiden van de (her)opstart van anticonceptie postpartum te verbeteren in Huisartsengroep Park Noord te Antwerpen-Noord. Op deze manier hopen we het aantal ongeplande zwangerschappen te kunnen beperken. De concrete vraagstelling voor dit kwaliteitsverbeterend project is:

Welke maatregelen zorgen voor een beter postpartum anticonceptiebeleid in onze praktijk?

Leeswijzer

Als methodiek wordt de *FOCUS-procedure* gebruikt, zo is ook deze thesis opgebouwd. Dit acroniem staat voor: Find, Organise, Clarify, Understand, Start. In eerste instantie (**Find**) wordt een literatuurstudie verricht. **Organise** staat voor een brainstorm in de praktijk, zodat iedereen op de hoogte wordt gebracht van het project. Nadien wordt de situatie op de praktijk in kaart gebracht. **Clarify** betekent het formuleren van een goede indicator (proces, structuur of outcome) om de kwaliteitsverbetering te kunnen meten. Tijdens de volgende fase (**Understand**) zullen de knelpunten in kaart worden gebracht. Aan de hand van een analyse van deze knelpunten wordt er gezocht naar een manier om de kwaliteit van zorg op dit gebied te verbeteren. In de **Start**fase wordt de *PDCA-cyclus* gebruikt (Plan, Do, Check, Act). Hierbij worden consecutief volgende stappen doorlopen: het maken van een plan, het uitvoeren van dit plan, het plan en de uitvoering ervan beoordelen en het bijsturen van het plan en/of de uitvoering.

STAP 1: FIND

1.1. Inleiding

Om dit project goed te onderbouwen, moet er eerst nagegaan worden wat de correcte richtlijnen zijn omtrent postpartum anticonceptie begeleiding. Hiervoor werd in de literatuur op zoek gegaan naar een antwoord op de volgende vragen:

- Welke anticonceptieve methode is het meest aangewezen postpartum?
- Na welke termijn dient gestart te worden met anticonceptie postpartum?
- Hoe kan de huisarts de (her)opstart van anticonceptie postpartum op een goede manier begeleiden?

1.2. Onderzoeksvragen definiëren

Om de onderzoeksvragen verder te definiëren maakte ik gebruik van PICO's. PICO is een acroniem dat toestaat klinische onderzoeksvragen goed te definiëren. Dit acroniem staat voor Patiënt/Population, Intervention, Comparison/Control, Outcome.

De onderzoeksvragen werden verder gedefinieerd aan de hand van volgende PICO's:

1. Welke anticonceptieve methode is het meest aangewezen postpartum?
   P: vrouwen postpartum
   I: anticonceptie
   C: geen anticonceptie
   O: kans op zwangerschap

2. Na welke termijn dient gestart te worden met anticonceptie postpartum?
   P: vrouwen postpartum
   I: start anticonceptie onmiddellijk postpartum
   C: start anticonceptie na enkele weken postpartum
   O: kans op zwangerschap

3. Hoe kan de huisarts de (her)opstart van anticonceptie postpartum op een goede manier begeleiden?
   P: vrouwen postpartum
   I: methoden ter begeleiding van de (her)opstart van anticonceptie door de huisarts
   C: geen interventie van de huisarts
   O: gebruik anticonceptie postpartum

Voor de eerste onderzoeksvraag werd elke anticonceptieve methode vergeleken met alle andere anticonceptieve methoden, met een placebo of met geen gebruik van anticonceptie. Ik heb ervoor gekozen dit in de PICO samen te vatten als anticonceptie (I) en geen anticonceptie (C) omdat het irrelevant leek om een tiental vergelijkbare maar licht verschillende PICO's in deze tekst op te nemen.

1.3. Methodologie

1.3.1. Zoekstrategie en zoektermen

Om een antwoord te formuleren op bovenstaande onderzoeksvragen besloot ik in eerste instantie bronnen te raadplegen die specifiek voor de eerstelijnsgeneeskunde zijn opgemaakt, met name de richtlijnen van *Domus Medica* en van de *Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG)*. Daarnaast zocht ik de meest recente aanbeveling van de *World Health Organization (WHO)* omtrent dit onderwerp.

Om de antwoorden op bovenstaande onderzoeksvragen verder te onderbouwen, raadpleegde ik *Medline* via Pubmed. Hiervoor maakte ik gebruik van *Medical Subject Headings (MeSH).* Om een antwoord te

formuleren op de eerste 2 onderzoeksvragen werden volgende zoektermen gecombineerd: *("Postpartum Period"[Mesh]) AND "Contraception"[Mesh].* Om een antwoord te formuleren op de derde onderzoeksvraag werden volgende zoektermen gecombineerd: *("Postnatal Care"[Mesh]) AND ("General Practitioners"[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Mesh])*. De MeSH-term *Postnatal care (Mesh)* omvat postpartum care.

De bekomen artikels werden gescreend aan de hand van de titels en de abstracts om te bekijken of de artikels voldeden aan onderstaande inclusiecriteria. Wanneer hierover twijfel bestond werd het volledige artikel gelezen.

1.3.2. Inclusiecriteria

Studiepopulatie (P: patiënt/populatie)

De studiepopulatie omhelst vrouwen na de bevalling. Meer specifiek werden artikels gezocht die betrekking hadden op vrouwen tot 1 jaar postpartum. Artikels met betrekking tot de postnatale zorg en opvolging van de neonaat werden niet geïncludeerd.

Interventie (I en C)

Voor de eerste onderzoeksvraag werden artikels geselecteerd die het gebruik van verschillende soorten anticonceptie postpartum met elkaar vergelijken dan wel het gebruik van anticonceptie postpartum vergelijken met het niet gebruiken van anticonceptie of met het gebruik van een placebo.
Voor de tweede onderzoeksvraag werden artikels geselecteerd die verschillende startmomenten van anticonceptie postpartum met elkaar vergelijken.
Voor de derde onderzoeksvraag werden artikels geselecteerd die methodes bestuderen om de heropstart van anticonceptie op een goede manier te begeleiden in de eerste lijn. Dit kunnen verschillende methodes zijn, bijvoorbeeld een postpartum controleraadpleging organiseren, lezingen geven voor groepen moeders of prenataal de nodige uitleg verschaffen.

Outcome (O)

Voor onderzoeksvraag 1 en 2 werden artikels geselecteerd die de kans op zwangerschap bij de gebruikte contraceptieve methode bestuderen tijdens de postpartum periode.
Voor onderzoeksvraag 3 werden artikels geselecteerd die het al dan niet gebruiken van anticonceptie op een bepaald moment in de postpartum periode en de kans op een zwangerschap kort na de vorige bestuderen na toepassen van bepaalde methoden ter begeleiding van de heropstart van anticonceptie.

Type artikel

Om de antwoorden op onderzoeksvraag 1 en 2 te onderbouwen werd besloten enkel reviews te bestuderen die bekomen werden na bovenstaande zoekopdracht. Voor de onderbouwing van onderzoeksvraag 3 werden ook originele artikels bestudeerd, gezien het beperkte aantal reviews.

Tijdslimiet

Om de antwoorden op onderzoeksvraag 1 en 2 te onderbouwen werd een tijdslimiet van 10 jaar ingesteld. Enkel reviews verschenen in 2006 of later werden geïncludeerd. Bij onderzoeksvraag 3 werd geen tijdslimiet gehanteerd. Voor alle onderzoeksvragen geldt dat artikels verschenen na februari 2016 zijn niet opgenomen in de literatuurstudie.

Taal

Enkel artikels en reviews geschreven in het Nederlands, Engels of Frans werden geïncludeerd.

Beschikbaarheid

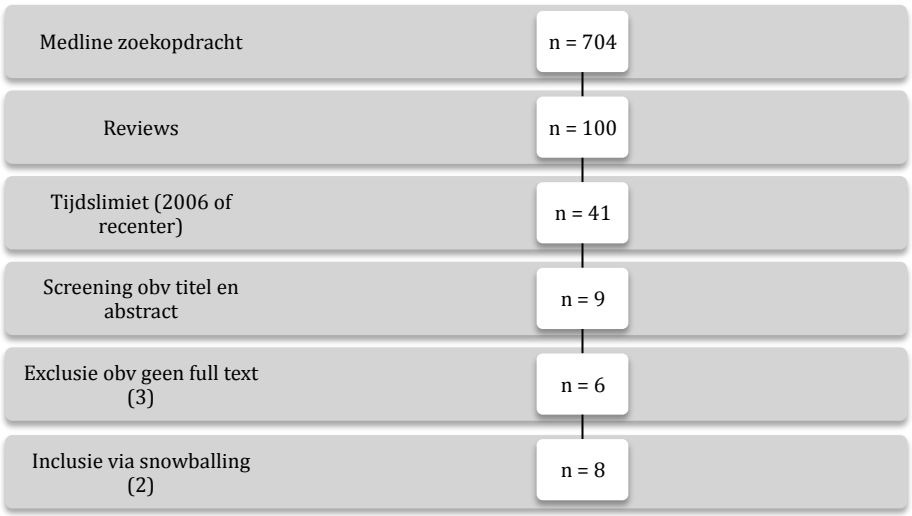
De artikels en reviews dienden beschikbaar te zijn via de bibliotheek van de Universiteit Antwerpen.

1.4. Resultaten

Om onderzoeksvragen 1 en 2 te beantwoorden werd in eerste instantie beroep gedaan op de richtlijn van Domus Medica met betrekking tot *Hormonale Anticonceptie* (2012) en de NHG-standaard *Anticonceptie* (2011). Daarnaast werden de *Medical Eligibility Criteria (MEC) for contraceptive use* van de WHO geraadpleegd. Deze richtlijnen besteden allen een apart hoofdstuk aan postpartum anticonceptiegebruik.

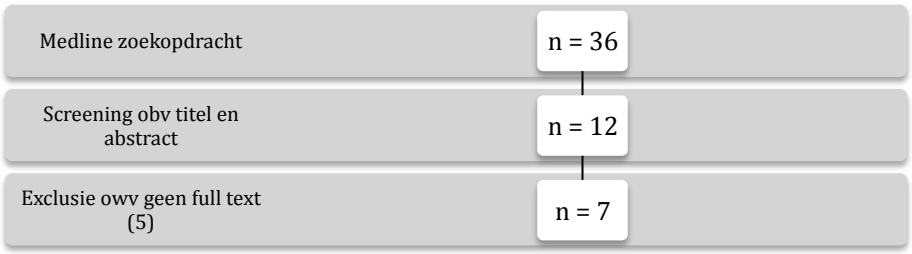
Daarnaast leverde de Medline zoekopdracht *(("Postpartum Period"[Mesh]) AND "Contraception"[Mesh])* 704 artikels op, waarvan 100 reviews (zie afbeelding 1). Na toepassen van de tijdslimiet (enkel reviews vanaf 2006) en het screenen op basis van titel en abstract werden negen artikels weerhouden. Van drie van deze artikels kon geen full text verkregen worden, deze werden geëxcludeerd. Nadien werden via snowballing nog twee reviews toegevoegd.

Afbeelding 1: Stroomdiagram zoekopdracht 1



Om onderzoeksvraag 3 te beantwoorden werd een 2e medline zoekopdracht uitgevoerd *(("Postnatal Care"[Mesh]) AND ("General Practitioners"[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Mesh]))* via pubmed. Deze zoekopdracht leverde 36 artikels op (zie afbeelding 2). Voor deze zoekopdracht werd geen tijdslimiet gehanteerd en werden ook originele artikels behouden. Twaalf artikels werden weerhouden na screening op basis van titel en abstract. Van vijf studies kon geen full text worden verkregen, deze werden geëxludeerd.

Afbeelding 2: Stroomdiagram zoekopdracht 2



Hieronder wordt een antwoord geformuleerd per onderzoeksvraag aan de hand van de bronnen uit het literatuuronderzoek.

1.4.1. Welke anticonceptieve methode is het meest aangewezen postpartum?

Om een antwoord te formuleren op deze onderzoeksvraag zullen de verschillende soorten anticonceptie apart bekeken worden en dit telkens specifiek voor de postpartum periode, zowel voor vrouwen die borstvoeding geven als voor vrouwen die geen borstvoeding geven.

Combinatiepreparaten

Combinatiepreparaten bevatten zowel oestrogeen als progestageen. Ze zijn in België op de markt onder verschillende vormen: orale combinatiepreparaten of oestroprogestagenen ('de pil'), vaginale oestroprogestagenen (de vaginale ring) en transdermale oestroprogestagenen (de pleister). De verschillende vormen van combinatiepreparaten zullen verder als één geheel beschouwd worden tenzij specifiek vermeld [9].

Borstvoeding

Combinatiepreparaten zijn tegenaangewezen de eerste 6 weken postpartum bij vrouwen die borstvoeding geven [6, 10, 11]. Dit omwille van onvoldoende gegevens met betrekking tot de veiligheid. Mogelijk is er een effect op de melkproductie bij de moeder bij het gebruik van combinatiepreparaten. Klinische studies hieromtrent geven tegenstrijdige resultaten wat betreft het effect van het gebruik van combinatiepreparaten op het aanhouden van de borstvoeding en op de neonatale groei en gezondheid [2, 3, 6, 10].
Tussen 6 weken en 6 maanden postpartum zijn combinatiepreparaten nog steeds geen eerste keuze bij vrouwen die borstvoeding geven. Hun gebruik kan overwogen worden zo andere methoden tegenaangewezen of niet voorhanden zijn [2, 6, 10]. Bij vrouwen die slechts partiële borstvoeding geven dienen de voordelen van het gebruik van combinatiepreparaten (minder kans op zwangerschap) afgewogen te worden tegen de nadelen (mogelijk negatief effect op borstvoeding) [6]. Vanaf 6 maanden postpartum kunnen combinatiepreparaten veilig gebruikt worden [6], hoewel de voorkeur nog steeds gegeven wordt aan progestageen-alleen methoden bij continueren van de borstvoeding [10].

Effecten van orale combinatiepreparaten op borstvoeding en neonatale groei en gezondheid

In het meest recente rapport van de WHO omtrent het gebruik van anticonceptie worden tegenstrijdige resultaten vermeld wat betreft het effect van combinatiepreparaten op de exclusiviteit en de duur van de borstvoedingsperiode. Er werden geen effecten op neonatale groei of gezondheid gerapporteerd, doch de gerapporteerde studies hadden niet het juiste opzet om subtiele of ernstige langetermijneffecten vast te stellen [10].

In een Cochrane review, gepubliceerd in 2015 [3], werden de effecten van hormonale anticonceptie op borstvoeding en neonatale groei bestudeerd. Er werden 11 studies (randomized controlled trials) geïncludeerd die één vorm van hormonale anticonceptie vergeleken met een andere, of met een vorm van niet-hormonale anticonceptie of met een placebo tijdens de borstvoedingsperiode. Hormonale anticonceptievormen omvatten orale combinatiepreparaten, orale progestageen-alleen methoden, injecteerbare anticonceptie, een implantaat en het hormoonspiraal. Er werden verschillende eindpunten bestudeerd. Algemeen kan gesteld worden dat de resultaten van de geïncludeerde studies niet consistent zijn, de evidentie per anticonceptieve methode zeer beperkt is en de kwaliteit van evidentie gemiddeld tot laag is (op basis van het GRADE-principe). De meeste geïncludeerde studies rapporteren geen significante effecten van hormonale anticonceptie op de duur van de borstvoedingsperiode, het melkvolume, de samenstelling van de borstvoeding en de neonatale groei. De studies die wel verschillen rapporteren zijn over het algemeen ouder en met beperkte rapportage van cijfers en toegepaste methoden. De gebruikte hormonale anticonceptie in de oudere studies zijn bovendien meestal anders samengesteld dan de huidige vormen van hormonale anticonceptie.
Er werden in deze Cochrane review 2 studies geïncludeerd die een oraal combinatiepreparaat vergeleken met een placebo, de resultaten zijn tegenstrijdig en de resultaten werden niet gekwantificeerd. Miller et al. omschreven in 1970 een negatief effect van orale combinatiepreparaten op het melkvolume en de duur van de borstvoedingsperiode in vergelijking met een placebo. Semm et al. omschreven in 1966 geen significant verschil in melkvolume en duur van de borstvoedingsperiode (enkel eerste 10 dagen postpartum werden gerapporteerd).
Daarnaast werden 2 studies geïncludeerd die een oraal combinatiepreparaat vergeleken met een orale progestageen-alleen methode. Een rapport van de WHO uit 1984 omschreef een lager melkvolume bij de groep moeders die een oraal combinatiepreparaat gebruikten op 9, 16 en 24 weken postpartum in vergelijking met moeders die een orale progestageen-alleen methode gebruikten. Er werd geen verschil in neonatale gewichtstoename gerapporteerd. Epsey et al. omschreven in 2012 geen significant verschil in neonatale gewichtstoename en neonatale groei en geen significant verschil in de duur van de borstvoedingsperiode tussen de hierboven omschreven groepen.

In een andere systematische review, gepubliceerd door Tepper et al. in 2016 [2], werd specifiek het gebruik van orale combinatiepreparaten bij borst voedende vrouwen bestudeerd. In deze systematische review werden 13 studies geïncludeerd, enkele hiervan overlappen met de studies die bestudeerd werden in de Cochrane review die hierboven beschreven werd [3]. Hieronder worden enkel de studies besproken die aanvullende informatie gaven ten opzichte van deze Cochrane review.
Tepper et al. beschreven eveneens tegenstrijdige resultaten wat betreft het effect van orale combinatiepreparaten op de borstvoeding en de neonatale groei. Er werden verschillende resultaten beschreven wanneer de orale combinatiepreparaten gestart werden voor dan wel na 6 weken postpartum. De kwaliteit van de evidentie werd eveneens laag tot gemiddeld beoordeeld.
Volgens twee studies gaf starten van orale combinatiepreparaten binnen de 6 weken postpartum een negatief effect op de borstvoeding, een andere studie toonde geen negatief effect aan en bij nog een andere was het effect afhankelijk van het soort oestrogeen in het oraal combinatiepreparaat. Dit zijn studies rond oude vormen van combinatiepreparaten met hoge dosissen oestrogenen. Kaem et al. omschreven in 1967 significant meer gebruik van aanvullende flesvoeding na 8 dagen postpartum bij borst voedende vrouwen bij wie op dag 1 postpartum een oraal combinatiepreparaat werd gestart in vergelijking met vrouwen bij wie een placebo werd gestart. Croxatto et al. omschreven in 1983 een gelijkaardig effect op 12 weken postpartum wanneer een oraal combinatiepreparaat of placebo gestart werden tussen 30 en 35 dagen postpartum. Gambrell et al. omschreven in 1970 geen significant verschil in percentage borst voedende vrouwen 6 weken postpartum tussen vrouwen die een oraal combinatiepreparaat startten 5 dagen postpartum en vrouwen die een andere methode van family planning gebruikten (niet nader omschreven).
Guiloff et al. omschreven in 1974 een verschillend effect voor verschillende soorten oestrogeen in de preparaten. De duur van de borstvoedingsperiode was significant korter bij gebruik van combinatiepreparaten die mestranol of quinestrol bevatten in vergelijking met niet-hormonale anticonceptieve methoden. Dit verschil in borstvoedingsduur werd niet omschreven bij preparaten met ethinylestradiol. Momenteel zijn er geen orale combinatiepreparaten meer op de markt met mestranol of quinestrol in België [9].
Bij start van orale combinatiepreparaten na 6 weken postpartum beschreven 3 studies een negatief effect op de borstvoeding, een recentere studie beschrijft geen negatief effect. Kamal et al. omschreven in 1970 dat vrouwen die orale combinatiepreparaten startten 6-10 weken postpartum gemiddeld sneller aanvullend flesvoeding gaven in vergelijking met een placebogroep. Peralta et al. omschreven in 1983 een lager percentage vrouwen die uitsluitend borstvoeding gaven na 4, 6, 8, 10 en 12 maanden bij gebruik van een oraal combinatiepreparaat vanaf 90 dagen postpartum in vergelijking met vrouwen die niet-hormonale anticonceptie gebruikten. Nilsson et al. omschreven in 1986 dat de gemiddelde duur van de borstvoedingsperiode korter was bij vrouwen die een oraal combinatiepreparaat gebruikten vanaf 2 maanden postpartum in vergelijking met vrouwen die geen oraal combinatiepreparaat gebruikten. Een recentere studie van Bahamondes et al. uit 2013 omschreef geen verschil in de duur van de borstvoedingsperiode (tot 6 maanden) tussen vrouwen die een oraal combinatiepreparaat gebruikten vanaf 42 dagen postpartum en vrouwen die een koperspiraal gebruikten.
De effecten op neonatale groei bij de start van orale combinatiepreparaten door de vrouw minder dan 6 weken postpartum, zijn tegenstrijdig. Twee studies omschreven een grotere gewichtstoename van de neonaat bij gebruik van orale combinatiepreparaten in vergelijking met placebo, terwijl onderzoekers in twee andere studies een kleinere gewichtstoename vonden. In één studie vond men geen verschil in gewichtstoename tussen de hierboven beschreven groepen. Bij start van orale combinatiepreparaten na 6 weken postpartum werd bij geen enkele van de geïncludeerde studies een verschil in neonatale gewichtstoename gerapporteerd in vergelijking met een placebo.

We kunnen concluderen dat er veel tegenstrijdigheden bestaan omtrent het effect van orale combinatiepreparaten op de borstvoeding. Er werden geen gegevens gevonden omtrent de effecten van andere combinatiepreparaten op de borstvoeding. De kwaliteit van de beschikbare evidentie is laag tot gemiddeld. De effecten op de neonatale groei lijken geruststellend wanneer een combinatiepreparaat na 6 weken postpartum gestart wordt. De mogelijke negatieve effecten van combinatiepreparaten op de borstvoeding, de beperkingen in de huidige evidentie en het belang van anticonceptie postpartum vragen om kwalitatieve studies die dit effect op een rigoureuze manier bestuderen.

<u>Geen borstvoeding</u>

Start van combinatiepreparaten binnen 21 dagen postpartum wordt niet aangeraden in verband met het verhoogde risico een op veneuze trombo-embolie in de postpartum periode. Dit risico is het meest uitgesproken gedurende de eerste 3 weken postpartum en normaliseert na 6 weken postpartum. Het

gebruik van combinatiepreparaten geeft een additioneel risico op een veneuze trombo-embolie en wordt daarom niet aangeraden tijdens de eerste 3 weken van de postpartum periode [7, 10, 11].
Het gebruik van combinatiepreparaten wordt afgeraden tussen 21 dagen en 6 weken postpartum bij vrouwen met bijkomende risicofactoren voor het ontwikkelen van een veneuze trombo-embolie. Deze bijkomende risicofactoren zijn immobiliteit, transfusie bij de bevalling, BMI > 30, postpartumbloeding, pre-eclampsie en roken [10, 11]. Na 6 weken postpartum kunnen combinatiepreparaten gebruikt worden in alle gevallen bij vrouwen die geen borstvoeding geven, met uitzondering van de contra-indicaties voor deze middelen.

Progestageen-alleen methoden

Progestageen-alleen methoden (progesteron-only) bevatten enkel progestageen. Ze zijn in België op de markt onder verschillende vormen: orale progestagenen (de progestageen-alleen pil, progesteron-only pil, POP, minipil), subcutane en intramusculaire progestagenen (de prikpil), het implantatiestaafje en het hormoonspiraal [9]. Het hormoonspiraal zal verderop apart besproken worden.

Borstvoeding

De richtlijn van Domus Medica rond anticonceptie [6] beveelt het gebruik van progestageen-alleen methodes aan bij borst voedende vrouwen. Progestageen-alleen methodes hebben geen negatief effect op het melkvolume (zie verder). Een vrouw die borstvoeding geeft, mag postpartum een orale progestageen-alleen methode starten wanneer ze wil. Wanneer deze start na 21 dagen postpartum gebeurt en de vrouw geen volledige borstvoeding geeft, is aanvullende anticonceptie of seksuele onthouding gedurende 2 dagen aangewezen volgens deze richtlijn. Wanneer de vrouw volledige borstvoeding geeft, kan de start van een progestageen alleen methode uitgesteld worden tot 6 weken postpartum of later wanneer de vrouw een zwangerschapsrisico van 2% aanvaardbaar vindt. De NHG-standaard anticonceptie en de WHO-criteria bevelen het gebruik van een orale progestageen-alleen methode aan vanaf 6 weken postpartum bij alle vrouwen die borstvoeding geven [7, 10].

Een implantatiestaafje kan geplaatst worden tijdens de eerste 21 dagen postpartum. Wanneer de plaatsing 28 dagen of meer na de bevalling gebeurt is bijkomende bescherming gedurende 7 dagen aangewezen [6, 10].
Het gebruik van de prikpil tijdens de eerste 21 dagen (Domus Medica) tot 6 weken (WHO) postpartum wordt bij borst voedende vrouwen niet aangeraden [6, 10]. Deze aanbeveling werd gebaseerd op het theoretisch risico van blootstelling van de neonaat aan de geïnjecteerde hormonen via de borstvoeding bij gebruik van de prikpil tijdens de eerste 6 weken postpartum. De risico's van een zwangerschap snel na een bevalling zijn echter veel groter. Als er geen andere anticonceptieve methoden voorhanden zijn, wordt het gebruik van de prikpil wel binnen de 21 dagen postpartum aangeraden.

Effecten van progestageen-alleen methoden op borstvoeding en neonatale groei en gezondheid

In het meest recente rapport van de WHO omtrent het gebruik van anticonceptie wordt gerapporteerd dat progestageen-alleen methoden geen effect hebben op de exclusiviteit en de duur van de borstvoedingsperiode. Er werden geen effecten op neonatale groei of gezondheid gerapporteerd, doch de gerapporteerde studies hadden niet het juiste opzet om subtiele of ernstige langetermijneffecten vast te stellen [10].

In een Cochrane review, gepubliceerd in 2015 [3], werden de effecten van hormonale anticonceptie op borstvoeding en neonatale groei bestudeerd (zie hoger). Algemeen kan gesteld worden dat de resultaten van de 11 geïncludeerde studies niet consistent zijn, de evidentie per anticonceptieve methode zeer beperkt is en de kwaliteit van evidentie gemiddeld tot laag is (op basis van het GRADE-principe).
Er werden in deze Cochrane review 2 studies geïncludeerd die het gebruik van een progestageen-alleen pil vergeleken met het gebruik van een placebo tijdens de eerste 2 (Giner Velazquez et al., 1976) tot 6 weken (Dutta et al., 2013) postpartum. Beide studies rapporteerden geen significant verschil in melkvolume, samenstelling van de borstvoedingsmelk en neonatale groei bij het gebruik van een progestageen-alleen pil in vergelijking met het gebruik van een placebo. Beide studies rapporteerden echter onvoldoende data om een goede analyse te kunnen volbrengen.
Er werden eveneens 2 studies geïncludeerd die het gebruik van een progestageen-alleen implantatiestaafje bestudeerden. Brito et al. vergeleken in 2009 het gebruik van een implantatiestaafje met geen anticonceptiegebruik in de eerste 6 weken postpartum. Er werd geen verschil gerapporteerd in het continueren van de borstvoeding na 6 weken postpartum tussen beide groepen. De gemiddelde

neonatale gewichtstoename 6 weken postpartum was groter bij kinderen van de groep vrouwen die het implantatiestaafje gebruikten in vergelijking met de kinderen van de groep vrouwen die geen anticonceptie gebruikten, echter het betrouwbaarheidsinterval was breed en de standaarddeviaties waren groot.
Gurtcheff et al. vergeleken in 2011 vroege insertie van het implantiestaafje (binnen 1-2 dagen postpartum) met standaardinsertie (4-8 weken postpartum). Er werden geen verschillen gerapporteerd in continueren van de borstvoeding en samenstelling van de borstvoedingsmelk.

In een andere systematische review, gepubliceerd in 2016 door Phillips et al [12], werd specifiek het gebruik van progestageen-alleen methoden bij vrouwen die borstvoeding geven bestudeerd. In deze systematische review werden 47 studies geïncludeerd, enkele hiervan overlappen met de studies die bestudeerd werden in de Cochrane review die hierboven beschreven werd [3]. De overgrote meerderheid van deze studies tonen geen negatief effect van progestageen-alleen methoden op de borstvoeding en geen negatief op de neonatale groei en gezondheid.
Er werden in deze review 27 studies geïncludeerd die een uitspraak deden over de invloed van progestageen-alleen methoden op de borstvoeding, wanneer deze gestart worden *voor* 6 weken postpartum. Slechts 1 studie van deze 27 weerhield een negatief effect. Deze studie van Seth et al. uit 1977 omschrijft meer gebruik van additionele voeding bij de borstvoeding op 3 maanden postpartum bij vrouwen die een implantatiestaafje met norethisteron gebruiken in vergelijking met vrouwen die een condoom gebruiken als anticonceptie. Dit verschil werd niet weerhouden op 6 maanden en er werd eveneens geen verschil in gemiddelde duur van de borstvoedingsperiode weerhouden. Een implantatiestaafje met norethindrone is bovendien niet op de markt in België. De overige 26 studies toonden geen effect van de progestageen-alleen methoden op de borstvoeding. Er werden studies geïncludeerd omtrent de progestageen-alleen pil, het implantatatiestaafje, de prikpil en het hormoonspiraal.
Er werden daarnaast 14 studies geïncludeerd in deze review die een uitspraak deden over de invloed van progestageen-alleen methoden op de borstvoeding, wanneer deze gestart worden *vanaf* 6 weken postpartum. Eén studie van Kamal et al. uit 1969 omschrijft dat het moment waarop additionele voeding wordt gestart gemiddeld sneller wordt bereikt bij vrouwen die een progestageen-alleen pil gebruiken in vergelijking met vrouwen die een koperspiraal gebruiken. De overige 13 studies konden geen negatief effect van de progestageen-alleen methoden op de borstvoeding weerhouden wanneer deze gestart werden vanaf 6 weken postpartum.
Er werden in deze review 26 studies geïncludeerd die een uitspraak deden over de effecten van progestageen-alleen methoden op de neonatale gezondheid, wanneer deze gestart worden *voor* 6 weken postpartum. In een studie van Bjarnadottir et al. uit 2001 werden een tijdelijke borstopzetting omschreven (bij 2 neonaten) en toegenomen transpiratie (bij 1 neonaat) bij kinderen van vrouwen die een progestageen-alleen pil met desogestrel gebruikten en geen neveneffecten bij kinderen van vrouwen die een koperspiraal gebruikten. Een studie van Shaaban et al. uit 1985 omschrijft een tragere gewichtstoename tot de leeftijd van 3 maanden bij kinderen van vrouwen met een implantatiestaafje in vergelijking met vrouwen met een koperspiraal. Dit verschil werd niet weerhouden na 4 en 6 maanden. De overige 24 studies konden geen negatief effect van progestageen-alleen methoden op de neonatale gezondheid weerhouden.
Er werden in deze review 21 studies geïncludeerd die een uitspraak deden over de effecten van progestageen-alleen methoden op de neonatale gezondheid, wanneer deze gestart worden *vanaf* 6 weken postpartum. Geen enkele van deze 21 studies kon een negatief effect op de neonatale gezondheid weerhouden.

Hoewel de kwaliteit van de verschillende studies in deze reviews als matig tot zwak wordt omschreven lijken de resultaten over het algemeen consistent. Progestageen-alleen methoden lijken veilig te kunnen worden gebruikt bij borst voedende vrouwen en dit zowel voor als na 6 weken postpartum.

<u>Geen borstvoeding</u>

Een vrouw die geen borstvoeding geeft, mag postpartum een orale progestageen-alleen methode starten op ieder moment [6, 10]. Wanneer deze start na 21 dagen postpartum gebeurt, is aanvullende anticonceptie of seksuele onthouding gedurende 2 dagen aangewezen.
Een implantatiestaafje kan geplaatst worden tijdens de eerste 21 dagen postpartum. Wanneer de plaatsing 28 dagen of meer na de bevalling gebeurt is bijkomende bescherming gedurende 7 dagen aangewezen. Het gebruik van de prikpil mag gestart worden tijdens de eerste 21 dagen postpartum indien

geen borstvoeding wordt gegeven. Wanneer de start na 21 dagen postpartum plaatsvindt is aanvullende bescherming gedurende 2 dagen aangewezen [6].

De orale progestageen-alleen methode (minipil) is bij vrouwen die geen borstvoeding geven minder betrouwbaar dan een combinatiepreparaat (zwangerschapskans respectievelijk 0,1% en 0,5% per jaar). De werking is ook sterk afhankelijk van correcte inname (elke dag op hetzelfde uur) [6, 7].

Intra-uterien device (IUD) / Spiraal

Er zijn twee soorten spiralen of intra-uteriene devices op de markt in België: het hormoonspiraal (levonorgestrel bevattend IUD) en het koperspiraal (koperhoudend IUD) [9]. De richtlijn van Domus Medica raadt aan een hormoon- of koperspiraal slechts te gebruiken na 4 weken postpartum. De NHG Standaard anticonceptie beveelt een plaatsing tussen 4 en 6 weken postpartum aan [6, 7]. Een hormoon- of koperspiraal kan zowel voor vrouwen die geen borstvoeding geven als door vrouwen die borstvoeding geven veilig gebruikt worden.

De criteria van de WHO omschrijven 2 perioden voor de plaatsing van een hormoon- of koperspiraal, ofwel binnen de 48 uur postpartum, ofwel na 4 weken postpartum. Dit zowel voor vrouwen die borstvoeding geven als voor vrouwen die geen borstvoeding geven. In de periode tussen 48u postpartum en 4 weken postpartum wordt het plaatsen van een spiraal niet aanbevolen. De plaatsing van een koperspiraal onmiddellijk na de geboorte van de placenta is geassocieerd met een lagere expulsie-ratio in vergelijking met plaatsing later in de postpartum periode, volgens de onderbouwing van de criteria van de WHO [10]. Deze expulsie-ratio is lager wanneer een plaatsing tijdens een keizersnede wordt uitgevoerd in vergelijking met plaatsing na een vaginale bevalling.

In een Cochrane review, gepubliceerd in 2015 [3], werden de effecten van hormonale anticonceptie op borstvoeding en neonatale groei bestudeerd (zie hoger). Algemeen kan gesteld worden dat de resultaten van de 11 geïncludeerde studies niet consistent zijn, de evidentie per anticonceptieve methode zeer beperkt is en de kwaliteit van evidentie gemiddeld tot laag is (op basis van het GRADE-principe). Er werden in deze Cochrane review 2 studies geïncludeerd die het gebruik van een hormonaal IUD vergeleken met het gebruik van een niet-hormonaal IUD. Heikkilä et al. vergeleken in 1982 het gebruik van een hormonaal IUD met 30μg levonorgestrel met het gebruik van een niet-hormonaal IUD, insertie van beide systemen vond plaats rond 6 weken postpartum. Het percentage vrouwen dat borstvoeding gaf na 75 dagen was lager bij de groep vrouwen met hormonaal IUD in vergelijking met de groep vrouwen met niet-hormonaal IUD. De groepen toonden geen significant verschil in gemiddelde borstvoedingsduur. Er werd geen significant verschil in neonatale groei gerapporteerd. Shaamash et al. vergeleken in 2005 het gebruik van een hormonaal IUD met levonorgestrel met het gebruik van een niet-hormonaal IUD. Er werd geen significant verschil in continueren van de borstvoeding en neonatale groei gerapporteerd. Beide studies hadden veel missende data.

In een andere Cochrane review, gepubliceerd in 2015 [13],werd de uitkomst van de plaatsing of insertie van een spiraal onmiddellijk na de bevalling bestudeerd. Er werden 15 randomized controlled trials geïncludeerd die de onmiddellijke insertie van een spiraal vergeleken met een latere insertie. Er werd een onderscheid gemaakt tussen een *onmiddellijke* insertie (binnen de 10 minuten na de geboorte van de placenta), een *vroege* insertie (tussen de 10 minuten na de geboorte van de placenta en het ontslag uit het ziekenhuis) en een *standaard* insertie (tijdens een postpartum controleraadpleging 4 tot 6 weken na de bevalling). Er werden studies aangaande het hormoonspiraal en het koperspiraal geïncludeerd. Over het algemeen was de evidentie van matige kwaliteit en veel studies hadden een onvolledige rapportage. Het aantal expulsies na onmiddellijke en vroege insertie zijn niet significant verschillend en het gebruik van het spiraal na 6 maanden evenmin. Voor de vergelijking van de onmiddellijke met de standaardinsertie werd een meta-analyse uitgevoerd met de vier trials die een volledige rapportage hadden. Deze meta-analyse toonde aan dat het aantal expulsies in de eerste 6 maanden hoger was bij de onmiddellijke insertie dan bij de standaard insertie. Het betrouwbaarheidsinterval was echter breed. Na 6 maanden gebruikten meer vrouwen een spiraal die een onmiddellijke insertie hadden in vergelijking met vrouwen die een standaard insertie hadden. Het belang van een onmiddellijke, effectieve anticonceptie moet worden afgewogen tegen de hogere kans op expulsie van het spiraal bij onmiddellijk insertie.

Een review van Cameron et al. uit 2014 [14] geeft aan dat onmiddellijke insertie van een spiraal na een bevalling of abortus veilig is en effectief is in het voorkomen van ongeplande zwangerschappen. De methode wordt door de vrouwen als gemakkelijk ervaren en er worden meer vrouwen bereikt wanneer de insertie onmiddellijk na de bevalling gebeurt in vergelijking met latere insertie, waarvoor een controleraadpleging noodzakelijk is. Het risico op expulsie bij een onmiddellijke insertie na een vaginale bevalling is hoger dan bij latere insertie.

De hogere kans op expulsie bij onmiddellijke plaatsing van een spiraal die in deze reviews wordt omschreven staat lijnrecht tegenover de lagere kans op expulsie bij onmiddellijke plaatsing van een spiraal die bij de WHO criteria wordt vermeld. Verder onderzoek rond dit onderwerp lijkt aangewezen.

Lactatie-Amenorroe-Methode (LAM)

Vrouwen die borstvoeding geven kunnen de Lactatie-Amenorroe-Methode toepassen. Wanneer de voorwaarden correct worden opgevolgd is deze methode tijdens de eerste 4 maanden postpartum even betrouwbaar dan het gebruik van een spiraaltje, volgens de richtlijn van Domus Medica [6].
De voorwaarden van de LAM zijn:

- volledige borstvoeding op vraag, geen tussenpozen van meer dan 6 uur
- de baby krijgt geen bijvoeding
- bij bloedverlies na 8 weken postpartum moet een aanvullende methode worden gestart

Het zwangerschapsrisico bij de LAM wordt in de NHG Standaard anticonceptie omschreven als 2% [7]. Er wordt aangeraden dit risico te bespreken met de vrouw tijdens een postpartum controleraadpleging. Wanneer de vrouw dit een aanvaarbaar risico vindt, kan LAM worden toegepast. Anders wordt aangeraden een progestageen-alleen methode te starten vanaf 6 weken postpartum.

Noodanticonceptie

Het gebruik van noodanticonceptie na onbeschermd seksueel contact, is niet noodzakelijk de eerste 21 dagen postpartum. In België bestaan twee middelen als noodanticonceptie: een pil met levonorgestrel of met ulipristal, een selectieve progestageenreceptor-modulator. Levonorgestrel moet binnen de 72 uur na onbeschermd seksueel contact worden ingenomen, ulipristal binnen 5 dagen na onbeschermd seksueel contact. Daarnaast kan ook het plaatsen van een koperhoudend spiraal binnen de 5 dagen na onbeschermd seksueel contact als noodanticonceptie gebruikt worden. Preparaten met levonorgestrel genieten de voorkeur als noodanticonceptie [6, 9].

Vrouwen die geen borstvoeding geven kunnen de preparaten op de Belgische markt veilig gebruiken. Vrouwen die borstvoeding geven kunnen de levonorgestrel-alleen methode veilig gebruiken. Na gebruik van ulipristal wordt aangeraden één week geen borstvoeding te geven, vermits ulipristal in de borstvoeding wordt uitgescheiden [10]. Plaatsing van een koperhoudend spiraal als noodanticonceptie kan pas gebruikt worden vanaf 4 weken postpartum.

Anderen

Andere anticonceptieve methoden zoals het condoom, natural family planning en sterilisatie werden in geen van de geïncludeerde studies besproken.

Conclusie: Welke anticonceptieve methode is het meest aangewezen postpartum?

Tabel 1 geeft een overzicht weer van de verschillende anticonceptieve methoden zoals hierboven beschreven en hun indicaties en contra-indicaties voor vrouwen die borstvoeding geven en voor vrouwen die geen borstvoeding geven. Wanneer er verschillende aanbevelingen werden gevonden, werd gekozen voor de recentste of meest onderbouwde aanbeveling (meestal de criteria van de WHO). Vergelijkbaar met de criteria van de WHO heb ik ervoor gekozen een woordcode te geven aan de aanbeveling rond het gebruik van de verschillende soorten anticonceptie tijdens de postpartum periode.

De woordcode omvat volgende woorden en betekenis:

- Tegenaangewezen: Deze methode is gecontra-indiceerd, er zijn mogelijke negatieve effecten of risico's omschreven. Deze methode mag niet gebruikt worden.
- Niet aangewezen: De nadelen die verbonden zijn aan deze methode wegen over het algemeen op tegen de voordelen. Het gebruik kan overwogen worden bij contra-indicaties of niet voorhanden zijn van andere middelen.
- Toegestaan: De methode kan gebruikt worden, de voordelen wegen op tegen de nadelen. Deze methode is geen eerste keuze, maar kan over het algemeen veilig gebruikt worden wanneer de eerste keuze methode gecontra-indiceerd of niet voorhanden is.
- Aangewezen: Deze methode is de eerste keuze onder deze omstandigheden. Er kunnen meerdere preparaten als eerste keuze gedefinieerd worden wanneer beide preparaten even veilig worden beschouwd.

Tabel 1: Indicaties en contra-indicaties van de verschillende anticonceptieve methoden, al dan niet bij het geven van borstvoeding.

BORSTVOEDING		
Voorbehoedsmiddel	**Tijd postpartum**	**Gebruik**
Combinatiepreparaten	<6w	Tegenaangewezen
	6w-6m	Volledige borstvoeding: niet aangewezen, tenzij contra-indicatie progestageen-alleen methode
		Gedeeltelijke borstvoeding: niet aangewezen, te overwegen bij afbouwen borstvoeding
	≥6m	Toegestaan
Progestageen-alleen pil, implantaat	<6w	Toegestaan
	≥6w	Aangewezen
Prikpil	<6w	Niet aangewezen
	≥6w	Aangewezen
Spiraal/IUD (koper/hormoon)	<4w	Tegenaangewezen (tenzij plaatsing binnen 48u postpartum via de gynaecoloog)
	≥4w	Aangewezen
Noodanticonceptie	<21d	Niet noodzakelijk
	≥21d	Toegestaan (1e keuze levonorgestrel, koperspiraal pas na 4w, na ulipristal 1 week geen borstvoeding geven)
GEEN BORSTVOEDING		
Voorbehoedsmiddel	**Tijd postpartum**	**Gebruik**
Combinatiepreparaten	<21d	Tegenaangewezen
	≥21d	Aangewezen (tenzij bijkomend risico trombo-embolie)
Progestageen-alleen pil, prikpil, implantaat	<21d	Toegestaan
	≥21d	Toegestaan, minder betrouwbaar dan combinatiepreparaat
Spiraal/IUD (koper/hormoon)	<4w	Tegenaangewezen (tenzij plaatsing binnen 48u postpartum via de gynaecoloog)
	≥4w	Aangewezen
Noodanticonceptie	<21d	Niet noodzakelijk
	≥21d	Toegestaan (1e keuze levonorgestrel, koperspiraal pas na 4w)

Er zijn veel studies omtrent dit onderwerp verschenen maar de kwaliteit van de beschikbare evidentie is over het algemeen laag tot gemiddeld. Er worden veel tegenstrijdigheden omschreven in de verschillende reviews. Vooral over het effect van combinatiepreparaten op de borstvoeding zijn de resultaten tegenstrijdig. Gezien het belang van anticonceptie postpartum en de beperkingen in de huidige evidentie is uitgebreider en diepgaander onderzoek aangewezen.

1.4.2. Na welke termijn dient gestart te worden met anticonceptie postpartum?

Vrouwen dienen geadviseerd te worden niet te wachten tot de menstruatie terug op gang komt met het starten van anticonceptie postpartum. De richtlijn van Domus Medica rond anticonceptie [6] beveelt gebruik van anticonceptie aan vanaf 21 dagen postpartum. Bij start van anticonceptie na 21 dagen postpartum dient seksuele onthouding of aanvullende anticonceptie gebruikt te worden gedurende de eerste 7 dagen (2 dagen voor progestageen-alleen methoden).
De termijnen waarop de verschillende anticonceptieve methoden gestart dienen te worden in de postpartum periode, zowel bij vrouwen die borstvoeding geven als bij vrouwen die geen borstvoeding geven, werden reeds besproken bij de bespreking van de eerste onderzoeksvraag. Hieronder een overzicht van de verschillende termijnen voor vrouwen die borstvoeding geven en voor vrouwen die geen borstvoeding geven (tabel 2 en 3).

Tabel 2: Termijnen van start van de verschillende anticonceptieve methoden bij BORSTVOEDING

Tijd postpartum	**Anticonceptie (AC) aangewezen/toegestaan**	**Methode**
<21d	Geen AC aangewezen	
	Progestageen-alleen pil (POP, minipil) en implantaat toegestaan (prikpil nog niet)	POP, implantaat
	Mogelijk reeds plaatsing (hormoon)spiraal binnen eerste 48u bij gynaecoloog	
21d-4m	Volledige borstvoeding: strikt genomen geen nood aan AC, over het algemeen wel aangewezen vanaf 6 weken postpartum	
	Partiële borstvoeding: start AC	
	1e keuze: Progestageen-alleen methoden	POP
		Prikpil
		Implantaat
		Hormoonspiraal (>4w)
	Combinatiepreparaat: vanaf 6w, als contra-indicatie progestageen-alleen AC, te overwegen bij partiële borstvoeding	Combinatiepil
		Pleister
		Vaginale ring
	Koperspiraal of hormoonspiraal (>4w)	
>4m	Ook bij volledige borstvoeding AC absoluut aanbevolen	
>6m	Combinatiepreparaat algemeen aanvaard (ook indien nog volledige borstvoeding)	
	Progestageen-alleen methoden nog steeds eerste keuze zolang borstvoeding	

Tabel 3: Overzicht termijnen per soort anticonceptie bij vrouwen die GEEN BORSTVOEDING geven

Type anticonceptie	Wanneer te gebruiken
Combinatiepreparaat	Te starten vanaf 21d postpartum
	>21 dagen postpartum: 7d aanvullende anticonceptie / onthouding
	Andere risicofactoren voor trombosen: wacht minimaal tot 6w postpartum voor start combinatiepreparaat
Progestageen-alleen	Reeds vanaf dag 1 postpartum toegestaan
	Te starten voor 21d
	>21 d postpartum: 2d aanvullende anticonceptie / onthouding
Spiraal	Ofwel <48u geplaatst door gynaecoloog
	Ofwel >4w postpartum

Een studie van Sok et al. uit 2016 [15] onderzocht de seksuele activiteit en het gebruik van anticonceptie tijdens de postpartum periode. Deelnemers werden geselecteerd tijdens de prenatale visites of voor ontslag uit het ziekenhuis postpartum (Universitair ziekenhuis van Utah). Er werden in totaal 370 deelnemers geïncludeerd. Er werd gewerkt aan de hand van vragenlijsten (één bij de start en één elke 2 weken vanaf 6 tot 12 weken postpartum). Zes weken na de bevalling bleken 43% van de vrouwen seksueel actief te zijn geweest, terwijl maar 49% van de vrouwen die seksueel actief waren reeds anticonceptie gebruikte.

Een review van Jackson et al. uit 2011 [16] onderzocht wanneer vrouwen die geen borstvoeding geven hun fertiliteit herwinnen na de bevalling. Uit 1623 artikels werden uiteindelijk maar 4 studies weerhouden. In 3 studies werd de ovulatie bepaald door pregnanediol (inactieve metaboliet van progesteron) op te sporen in ochtendurine. De 4e studie gebruikte de basale lichaamstemperatuur als meetmethode. De gemiddelde start van de ovulatie postpartum bij vrouwen die geen borstvoeding geven varieerde van 45 tot 94 dagen postpartum. Deze ovulaties zijn vermoedelijk niet allemaal vruchtbaar. Er werden in 2 studies ovulaties gemeld voor 6 weken postpartum.

Conclusie

De hierboven besproken studies benadrukken het belang van een postpartum controleraadpleging *voor* 6 weken postpartum (een moment dat nu vaak als standaard wordt gebruikt door gynaecologen). Immers er worden reeds ovulaties gerapporteerd voor 6 weken postpartum en een groot deel van de vrouwen is reeds seksueel actief op 6 weken postpartum. Om anticonceptie tijdig te kunnen bespreken en starten is het dus aangewezen dat een postpartum controleraadpleging vroeger dan 6 weken postpartum valt. Wanneer we de verschillende termijnen van het starten van anticonceptie overlopen lijkt het beste moment voor een postpartum controleraadpleging 2 weken postpartum. Dan kunnen alle verschillende anticonceptieve methoden nog tijdig gestart worden. Een overzicht van de verschillende termijnen waarop gestart dient te worden per anticonceptieve methode wordt weergegeven in tabel 2 en 3.

1.4.3. Hoe kan de huisarts de (her)opstart van anticonceptie postpartum op een goede manier begeleiden?

Om een antwoord op deze derde onderzoeksvraag te formuleren werd in eerste instantie beroep gedaan op drie reviews omtrent dit onderwerp die bij het raadplegen van Medline werden teruggevonden. Deze reviews focussen specifiek op het begeleiden van de anticonceptie postpartum. Nadien worden enkele studies besproken die de postpartum opvolging bestudeerden, zonder specifiek toe te spitsen op de begeleiding van de anticonceptie.

Een Cochrane review van Lopez et al. gepubliceerd in 2014 [17] onderzocht strategieën om postpartum anticonceptiegebruik te verbeteren. Er werden 6 studies geïncludeerd, de kwaliteit van de verschillende studies wordt omschreven als laag. Drie van deze studies onderzochten het effect van counseling. Hieronder wordt een gesprek met de patiënt verstaan waarbij de verschillende anticonceptieve methoden worden besproken (inclusief de lactatie-amenorroe-methode) en de patiënt wordt begeleid bij het maken van een keuze. Bij de drie studies was het percentage vrouwen dat geen anticonceptie gebruikte lager bij de groep vrouwen waarop deze interventie werd toegepast in vergelijking met vrouwen die de standaard opvolging ondergingen. Eén studie toonde daarenboven een lager aantal ongeplande zwangerschappen aan in het jaar na de bevalling bij de groep vrouwen die counseling hadden gekregen.

Een vierde studie bestuurde de combinatie van counseling en het onmiddellijk aanbieden van de gekozen anticonceptie. Hieronder verstaat men bijvoorbeeld het onmiddellijk plaatsen van een spiraal of het meegeven van een eerste verpakking van een oraal anticonceptivum. Ook bij deze studie was het percentage vrouwen dat geen anticonceptie gebruikte lager bij de groep vrouwen waarop deze interventie werd toegepast in vergelijking met vrouwen die de standaard opvolging ondergingen.
De twee overige studies bestudeerden het effect van opleidingen rond anticonceptiegebruik voor vrouwen en hun familieleden, op verschillende momenten voor en na de bevalling in vergelijking met standaard opvolging. In beide studies waren er bij de groep vrouwen die de opleidingen kregen aangeboden meer vrouwen die anticonceptie gebruikten op verschillende momenten tijdens het eerste jaar postpartum, in vergelijking met de groep vrouwen die deze opleidingen niet kregen aangeboden. Eén van beide studies omschrijft ook een lager aantal zwangerschappen in de eerste 9 maanden postpartum in de groep vrouwen die de opleiding kregen aangeboden.

Een andere Cochrane review van Lopez et al. gepubliceerd in 2015 [18], onderzocht het effect van opleidingen rond anticonceptie voor postpartum vrouwen op het gebruik van anticonceptie. De kwaliteit van de bestudeerde studies wordt beoordeeld als matig tot laag en de resultaten zijn tegenstrijdig.
Vier studies onderzochten het effect van gestructureerde counseling, inclusief videomateriaal en folders, in één contact tijdens de postpartum periode. Bij 2 studies werd er geen statistisch significant verschil aangetoond in het gebruik van anticonceptie in vergelijking met vrouwen die de standaardopvolging kregen. De twee andere studies toonde een positief effect op het gebruik van anticonceptie postpartum bij deze counseling (meer vrouwen gebruikten anticonceptie en er werden modernere anticonceptieve methoden gebruikt) in vergelijking met vrouwen die de standaardopvolging kregen.
Acht andere geïncludeerde studies onderzochten de effecten van een opleidingsprogramma van twee of meer contacten. Ook hier zijn de resultaten tegenstrijdig. Gestructureerde opvolging van adolescenten aan de hand van huisbezoeken lijkt een positief effect te hebben op het gebruik van anticonceptie postpartum en het aantal zwangerschappen binnen de 2 jaar na de bevalling te doen afnemen. Een gelijkaardige opvolging bij volwassenen kon geen significant verschil in anticonceptiegebruik aantonen in vergelijking met vrouwen die standaardopvolging kregen. Gestructureerde opvolging van adolescenten tijdens verschillende consultaties in het ziekenhuis lijkt het aantal zwangerschappen binnen de 18 maanden na de bevalling te doen afnemen. Een opvolging aan de hand van videogesprekken en telefonische contacten kon geen significant verschil aantonen op vlak van het aantal ongeplande zwangerschappen, in vergelijking met standaardopvolging.

Een review van Sonalkar et al. uit 2013 [19] onderzocht strategieën om geboorteregeling te promoten tijdens de postpartum periode. De kwaliteit van de studies wordt meestal als laag beoordeeld. Er werd één studie van goede kwaliteit geïncludeerd die de effecten van prenatale opvolging op de geboorteregeling onderzocht. Vrouwen die tijdens hun zwangerschap een goede medische opvolging kenden, hadden een lager risico op een zwangerschap binnen de 18 maanden na de vorige in vergelijking met vrouwen die geen of een inadequate opvolging kenden. Hoe vroeger de opvolging tijdens de zwangerschap begon, hoe lager de kans op een zwangerschap binnen de 18 maanden na de vorige.
De resultaten van studies rond huisbezoeken tijdens de postpartum periode zijn niet eenduidig. Enkele studies toonden een kleine kans op een zwangerschap in de eerste 2 jaren na de bevalling bij vrouwen die gestructureerde opvolging aan de hand van huisbezoeken kregen postpartum, in vergelijking met vrouwen die een standaardopvolging kenden. Andere studies konden dit effect niet bevestigen.
Zes studies onderzochten het effect van het combineren van de zorg voor moeder en kind tijdens de postpartum periode. Zo werd bijvoorbeeld advies rond geboorteregeling voorzien aan de moeder bij een vaccinatie voor het kind. Drie studies hiervan toonden een positief effect op de geboorteregeling (minder zwangerschappen tijdens de eerste 18 maanden postpartum). Drie andere studies konden geen associatie aantonen.
Ook counseling werd in deze review bestudeerd met eveneens wisselende resultaten. Vijf studies toonden een verbetering in het gebruik van anticonceptie, vijf andere studies konden dit niet bevestigen. Het organiseren van opleidingen vanuit een multidisciplinair team lijkt een toename te genereren van het gebruik van anticonceptie en een afname van ongeplande zwangerschappen.

Een belangrijke beperking aan de studies die geïncludeerd werden bij bovenstaande reviews [17-19] is het feit dat er steeds werd aangegeven dat er vergeleken werd met de standaardopvolging maar nergens omschreven wordt wat de standaardopvolging inhield. Daardoor weten we niet waarmee we de interventies aan het vergelijken zijn.

De meeste gegevens die gebruikt zijn bij deze reviews komen uit de Verenigde Staten, op enkele uitzonderingen na van over de rest van de wereld.

Een cross-sectioneel onderzoek van Xiang et al. gepubliceerd in 2014 [20] onderzocht factoren die een invloed hadden op het gebruiken van een postpartum controleraadpleging door moeders in landelijke gebieden in China. Volgende factoren waren geassocieerd met een grotere kans op het gebruiken van een postpartum controleraadpleging: leven in een dorp of kleine stad, een preterme bevalling, een laag geboortegewicht van het kindje, goede kwaliteit van de zorg in dat gebied, de mogelijkheid tot huisbezoeken en het ontvangen van een tegemoetkoming van de kosten verbonden aan de bevalling.

Een retrospectief onderzoek van Tsai et al. gepubliceerd in 2011 [21] in Hawai onderzocht het effect van het opzetten van een initiatief ter verbetering van de ambulante postpartum opvolging. Het initiatief bestond uit 2 onderdelen. Tijdens de hospitalisatie voor de bevalling werd een wenskaart en een afspraak voor een postpartum controleraadpleging meegegeven. Daarnaast werd tijdens een eerste controleraadpleging een foto gemaakt van moeder en kind, dewelke hen gegeven zou worden tijdens de 2e controleraadpleging. Het aantal vrouwen dat een ambulante postpartum opvolging onderging was significant hoger na het starten van deze initiatieven. Daarnaast vond de eerste raadpleging gemiddeld één week vroeger plaats, waren er meer vrouwen die borstvoeding gaven bij de eerste en de tweede controleraadpleging en waren er meer vrouwen die anticonceptie gebruikten.

Een kwalitatief onderzoek van Brodribb et al. gepubliceerd in 2013 [8] in Australië onderzocht het denkbeeld van moeders en huisartsen omtrent de postpartum opvolging in de huisartsenpraktijk aan de hand van semigestructureerde interviews bij 88 moeders en 6 huisartsen. Aan de hand van deze interviews werd duidelijk dat er onduidelijkheid bestaat bij de moeders omtrent de nood aan en de timing van een postpartum controle bij de huisarts voor henzelf en hun kindje. De informatie die door verschillende hulpverleners wordt gegeven lijkt niet consistent en bij de bevalling wordt niet systematisch aangegeven dat een opvolging postpartum is aangewezen. De nood aan opvolging door de huisarts, gepercipieerd door de moeder, was lager bij multipara en bij moeders die door een vroedvrouw thuis begeleid werden postpartum. Bij veel moeders was er weinig tevredenheid omtrent de postpartum opvolging die al dan niet werd aangeboden door het ziekenhuis. Ook bij de huisartsen was er onduidelijkheid over de ideale timing van een postpartum controle voor moeder en kind. Dit werd voornamelijk toegewezen aan de vele verschillende tijdspannes die worden meegedeeld in de verschillende ziekenhuizen en het ontbreken van duidelijke richtlijnen omtrent dit onderwerp. Ook over de inhoud van een postpartum controleraadpleging was onduidelijkheid. Richtlijnen omtrent dit onderwerp en een betere coördinatie met andere hulpverleners kan de zorg voor moeder en kind tijdens de postpartum periode verbeteren.

Conclusie

Hoewel de kwaliteit van de meeste studies omtrent dit onderwerp laag is en de resultaten tegenstrijdig zijn, worden enkele methodes omschreven die het gebruik van anticonceptie tijdens de postpartum periode in positieve zin lijken te beïnvloeden.
Volgende methodes komen uit de onderzoeken naar voren:

- Een gesprek met de patiënt om de verschillende anticonceptieve methoden te bespreken en de patiënt te begeleiden bij het maken van een keuze, eventueel aangevuld met videomateriaal of folders (counseling)
- Het onmiddellijk aanbieden van de gekozen anticonceptie
- Opleidingen omtrent anticonceptie aanbieden voor of na de bevalling, voor de vrouwen en hun familieleden
- Opvolging over meerdere contacten voorzien, meerdere keren op het onderwerp terugkomen
- Opvolging aan de hand van verschillende, gestructureerde huisbezoeken (bij adolescenten)
- Goede zwangerschapsopvolging, tijdig gestart
- Combineren van de zorg voor de moeder en voor het kind tijdens de postpartum periode
- Aanbieden van een controleraadpleging tijdens de hospitalisatie voor de bevalling

Er is nood aan beter opgezette, grootschalige studies omtrent dit onderwerp om bepaalde methodes boven andere te kunnen verkiezen.

Hoewel het artikel van Brodribb et al. [8] de Australische situatie omschrijft is de afwezigheid van richtlijnen omtrent de opvolging postpartum een probleem dat in België ook aanwezig is. Ook de onduidelijkheid omtrent de timing van een postpartum controle kwam aan bod tijdens de brainstorms rond dit kwaliteitsverbeterend project op de praktijk. Een richtlijn voor de ambulante sector omtrent de postpartum opvolging en een betere samenwerking met de andere disciplines tijdens de postpartum periode kunnen de begeleiding van de moeder postpartum inclusief de (her-)opstart van anticonceptie positief beïnvloeden.

1.5. Nut literatuurstudie

De uitwerking van de eerste twee onderzoeksvragen resulteerden in een overzicht van de verschillende anticonceptieve methoden, hun indicaties en contra-indicaties tijdens de postpartum periode en het ideale moment van starten tijdens de postpartum periode (zie tabel 1-3). Dit overzicht zal tijdens het praktijk verbeterend project gebruikt worden als deel van een praktijkrichtlijn om de begeleiding van de heropstart van anticonceptie postpartum op een betere manier te begeleiden in onze praktijk.
Het antwoord op de derde onderzoeksvraag suggereerde enkele methoden om de postpartum begeleiding (al dan niet specifiek gericht op de heropstart van anticonceptie) te verbeteren. Deze methoden zullen worden besproken tijdens de brainstorm op de praktijk omtrent dit kwaliteitsverbeterend project en zullen gebruikt worden als leidraad om onze eigen methode van aanpak op te stellen.

STAP 2: ORGANISE

Dit kwaliteitsverbeterend project werd georganiseerd in Huisartsengroep Park Noord. Een huisartsenpraktijk in Antwerpen Noord. Hier werkten op het moment van het project 2 vaste artsen, 1 huisarts in opleiding en 2 secretaresses. De huisarts in opleiding startte in deze praktijk in september 2015. Tijdens een gedeelte van het kwaliteitsverbeterend project werd één van de vaste artsen vervangen door een vervangarts in het kader van zwangerschapsverlof.

Op vrijdagmiddag werd elke week een praktijkoverleg georganiseerd met alle artsen samen. Tijdens het praktijkoverleg werden moeilijke casussen en problemen van de afgelopen week besproken en werden afspraken gemaakt om de zorg van de patiënten te verbeteren. Tijdens het praktijkoverleg in de maanden september en oktober 2015 ontstond het idee achter dit praktijk verbeterend project. Er werden verschillende topics voorgesteld om een kwaliteitsverbeterend project rond te ontwikkelen. Uiteindelijk werd er aan de slag gegaan met een topic dat iedereen het meeste aansprak en op dat moment het meest actueel was in de praktijk door enkele recente casussen van ongeplande zwangerschappen postpartum en postabortus. Er werd besloten een praktijk verbeterend project te organiseren rond het opstarten of heropstarten van anticonceptie postpartum. Om het project goed afgelijnd te houden werd besloten de anticonceptie postabortus niet mee op te nemen in het praktijk verbeterend project.

STAP 3: CLARIFY

Clarify betekent het formuleren van een goede indicator om de kwaliteitsverbetering te kunnen meten. Om een goede indicator te formuleren werd eerst de huidige situatie op de praktijk in kaart gebracht.

3.1. Situatie op de praktijk voor interventie

Er werd in de dossiers van de in de praktijk ingeschreven patiënten (met globaal medisch dossier of GMD) nagaan hoeveel vrouwen van 15-51 jaar een uitgerekende bevallingsdatum hadden tussen 01/09/2015 en 15/01/2016. Aan de hand van een query in het elektronisch medisch dossier (Health One) werd een overzicht bekomen van de vrouwen tussen 15 en 51 jaar oud waarbij *zwanger* (als woord of als deel van een woord) vermeld stond, tussen 01/01/2015 en 15/01/2016, in één of meer van volgende onderdelen van het EMD: subjectief, hoofddiagnose en actieplan. Vervolgens werden de dossiers van de geselecteerde patiënten geopend om te bepalen of de patiënten wel degelijk zwanger waren geweest. Indien dit het geval was werd de uitgerekende bevallingsdatum genoteerd. Enkel vrouwen met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 01/09/2015 en 15/01/2016 werden weerhouden. Uiteindelijk werden op deze manier 20 vrouwen weerhouden met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 01/09/2015 en 15/01/2016. Deze 20 vrouwen vormen de *'studiegroep voor interventie'*.

Vervolgens werd aan de hand van de dossiers nagegaan hoeveel van deze patiënten op postpartum controleraadpleging zijn geweest in de huisartsenpraktijk en na welke termijn. Een postpartum controleraadpleging werd gedefinieerd als een raadpleging in de huisartsenpraktijk waarbij een raadplegingsverslag in het elektronisch medisch dossier werd teruggevonden en waarbij de raadpleging binnen de 12 weken na de bevalling plaatsvond. Er werd een onderscheid gemaakt tussen vrouwen die spontaan op postpartum controleraadpleging kwamen tijdens de postpartum periode en vrouwen die op raadpleging kwamen omwille van klachten.

Eveneens werd aan de hand van de dossiers nagegaan bij hoeveel van deze patiënten de gebruikte anticonceptie vermeld stond in het dossier. Ook hiervoor werd als tijdspanne gekozen voor de eerste 12 weken na de bevalling. Deze vermelding kon zowel tijdens een raadpleging genoteerd zijn als na telefonisch contact. Het terugvinden van een voorschrift van een bepaalde soort anticonceptie in het dossier, tijdens de opgegeven 12 weken na de bevalling, werd eveneens beschouwd als een vermelding van de gebruikte anticonceptie. Ook het vinden van een verslag van de gynaecoloog waarin de gebruikte anticonceptie wordt vermeld, werd beschouwd als een vermelding van de gebruikte anticonceptie in het dossier.

Daarnaast werd ook nagekeken bij hoeveel van deze patiënten er een verslag van de gynaecoloog in het dossier aanwezig was over de bevalling en/of een eventuele postpartum controleraadpleging bij de gynaecoloog.

Dit gaf volgende resultaten:

Tabel 4: Studiegroep voor interventie

Vrouwen met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 01/09/2015 en 15/01/2016	Aantal patiënten (n=20)
Postpartum controle bij huisarts	10
- Spontaan	3
- Omwille van klachten	7
Notitie gebruikte anticonceptie in dossier	5
Notitie anticonceptie tijdens postpartum controle	2
Verslag bevalling	9
Verslag postpartum controle gynaecoloog	1

We leerden hieruit dat tien van de twintig patiënten met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 01/09/2015 en 15/01/2016 op postpartum controleraadpleging in de huisartsenpraktijk zijn geweest binnen de eerste 12 weken na de bevalling. Drie patiënten presenteerden zich spontaan en zeven omwille van klachten. De tien overige patiënten zijn niet op de huisartsenpraktijk geweest binnen de eerste 12 weken postpartum.

Bij vijf patiënten met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 01/09/2015 en 15/01/2016 werd de gebruikte anticonceptieve methode vermeld in het dossier binnen de eerste 12 weken postpartum. Slechts bij twee vrouwen werd de anticonceptieve methode genoteerd tijdens de postpartum controleraadpleging. Bij de overige drie vrouwen werd de anticonceptie genoteerd na telefonisch contact of teruggevonden in het verslag van de gynaecoloog.

3.2. Indicatoren voor kwaliteitsverbetering

Gezien dit kwaliteitsverbeterend project als doel heeft de begeleiding van de (her)opstart van anticonceptie postpartum te verbeteren werd gezocht naar indicatoren die dit op een goede manier kunnen weergeven. Aan de hand van bovenstaande cijfers en in overleg met de artsen uit de praktijk werden 2 belangrijke indicatoren vooropgesteld.

3.2.1. Noteren van de gebruikte anticonceptieve methode

De eerste en belangrijkste indicator is het noteren van de gebruikte anticonceptie in het dossier. Dit weerspiegelt het bespreken van anticonceptie tijdens de postpartum periode. We willen een toename zien van het aantal dossiers waarbij binnen de 12 weken na de bevalling een notitie over anticonceptie werd geplaatst.
Bij de evaluatie van de situatie op de praktijk voor interventie werd duidelijk dat de gebruikte anticonceptieve methode slechts bij vijf van de twintig vrouwen vermeld stond in het dossier binnen de eerste 12 weken postpartum. Slechts bij twee vrouwen werd de anticonceptieve methode genoteerd tijdens de postpartum controleraadpleging. Het moet een automatisme worden voor de artsen om een notitie rond anticonceptie te maken tijdens een postpartum controleraadpleging, ook indien er geen anticonceptie gewenst is.

3.2.2. Bereiken van de populatie

Om de (her)opstart van anticonceptie postpartum op een goede manier te begeleiden als huisarts is het belangrijk dat we deze populatie kunnen bereiken op het juiste moment. Dit is de tweede indicator voor kwaliteitsverbetering in dit project. We willen een toename in het aantal vrouwen die op postpartum controleraadpleging komen in de huisartsenpraktijk binnen de 12 weken postpartum. Ideaal is wanneer dit gebeurt 2 weken na de bevalling, gezien elke anticonceptie dan nog tijdig gestart kan worden (zie literatuurstudie).
Bij de evaluatie van de situatie op de praktijk voor interventie werd duidelijk dat slechts de helft van de vrouwen (tien van de twintig) op postpartum controleraadpleging zijn geweest in de huisartsenpraktijk binnen de 12 weken na de bevalling. De meesten hiervan presenteerden zich omwille van klachten tijdens de postpartum periode. Niet alle patiënten lijken dus spontaan de weg te vinden naar de huisarts voor een postpartum controleraadpleging. Wanneer we de (her)opstart van anticonceptie na de bevalling op een goede manier willen begeleiden is het aangewezen om ervoor te zorgen dat we zoveel mogelijk patiënten die hiervoor in aanmerking komen ook daadwerkelijk zien op de praktijk.

3.3. Situatie op de praktijk na interventie

Om de indicatoren voor kwaliteitsverbetering te kunnen beoordelen, willen we de cijfers van de situatie op de praktijk voor interventie kunnen vergelijken met cijfers van de situatie na interventie. Er werd daarom een 2e populatie vrouwen gedefinieerd met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 16/04/2016 en 31/08/2016. Deze groep vrouwen vormt de '*studiegroep na interventie*'. De interventie zal starten vanaf begin april 2016. De studiegroep na interventie zal achteraf vergeleken worden met de studiegroep voor interventie.

Om een overzicht te bekomen van de vrouwen die tot de studiegroep na interventie behoorden werd dezelfde methode gebruikt als voor het samenstellen van de studiegroep voor interventie. Er werd eveneens eenzelfde periode van 4,5 maand aangehouden. Aan de hand van een query in het elektronisch medisch dossier (Health One) werd een overzicht bekomen van de vrouwen tussen 15 en 51 jaar oud, met GMD in deze praktijk, waarbij *zwanger* (als woord of als deel van een woord) vermeld stond, tussen 01/08/2015 en 01/04/2016, in één of meer van volgende onderdelen van het EMD: subjectief, hoofddiagnose en actieplan. Vervolgens werden de dossiers van de geselecteerde patiënten geopend om te bepalen of de patiënten wel degelijk zwanger waren. Indien dit het geval was werd de uitgerekende bevallingsdatum genoteerd. Enkel vrouwen met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 16/04/2016 en 31/08/2016 werden weerhouden. Uiteindelijk werden op deze manier 20 vrouwen weerhouden met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 16/04/2016 en 31/08/2016. Ze vormen voor dit kwaliteitsverbeterend project de studiegroep na interventie. Later werd één patiënt van deze groep geëxcludeerd wegens een miskraam. De studiegroep na interventie bevat dus 19 vrouwen met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 16/04/2016 en 31/08/2016.

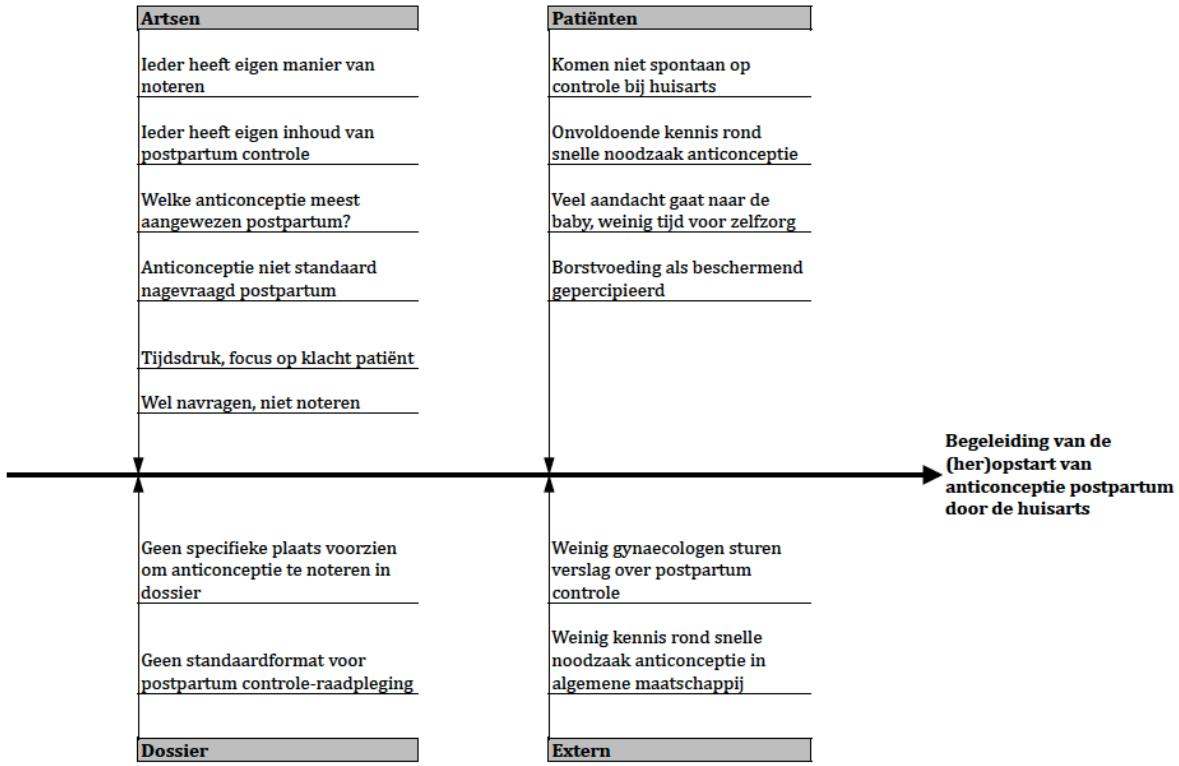
De vergelijking zal plaatsvinden in december 2016, om ook de vrouwen die in augustus bevallen de kans te geven om op postpartum controle te komen binnen de vooropgestelde 12 weken postpartum. Er zal nadien aan de hand van de dossiers worden nagegaan hoeveel van de patiënten uit de studiegroep na interventie op postpartum controleraadpleging zijn geweest in de huisartsenpraktijk en na welke termijn. Eveneens zal aan de hand van de dossiers worden nagegaan bij hoeveel van de patiënten uit de studiegroep na interventie de gebruikte anticonceptie vermeld staat in het dossier. Ook hiervoor wordt als tijdspanne de eerste 12 weken na de bevalling gehanteerd.

STAP 4: UNDERSTAND

Tijdens de Understand-fase werden de knelpunten in kaart gebracht die ervoor zorgden dat de (her)opstart van anticonceptie postpartum op dit moment niet optimaal werd begeleid in deze huisartsenpraktijk. Er werd een brainstorm georganiseerd op de praktijk om de knelpunten in kaart te brengen. Tijdens deze brainstorm werden de cijfers uit tabel 4 bekeken en besproken. Vooral de slechte cijfers ten aanzien van het noteren van de gebruikte anticonceptie in het dossier waren verrassend voor de artsen. Elke arts kon aangeven welke factoren volgens haar deze 'slechte cijfers' mee konden verklaren.

Er werd een visgraatdiagram opgesteld met de verschillende knelpunten die naar voor kwamen tijdens deze brainstorm (zie afbeelding 3). De verschillende knelpunten worden hieronder verder toegelicht.

Afbeelding 3: Visgraadanalyse



4.1. Artsgebonden factoren

Een eerste knelpunt dat naar voor kwam tijdens de brainstorm was het niet noteren van de anticonceptie. De artsen gaven aan de anticonceptie wel degelijk in de meeste gevallen na te vragen tijdens een postpartum controleraadpleging maar dit niet altijd te noteren. Wanneer iemand bewust geen anticonceptie gebruikt werd dit evenmin genoteerd. Het moet een automatisme worden voor de artsen om een notitie rond anticonceptie te maken tijdens een postpartum controleraadpleging, ook indien er geen anticonceptie gewenst is.

Tijdsdruk is een andere factor die het vergeten navragen dan wel noteren van de gebruikte anticonceptie beïnvloedt. Bij patiënten die omwille van klachten op postpartum controleraadpleging komen, werd er meestal vooral op de klachten gefocust, andere aspecten van een postpartum controleraadpleging werden dan vaak onvoldoende besproken of niet genoteerd in het dossier.

Tijdens de brainstorm werd duidelijk dat er discussie was omtrent de opstart van de verschillende soorten anticonceptie postpartum, welke anticonceptie gebruikt mochten worden bij borstvoeding en de termijn waarop de start van de anticonceptie diende te gebeuren. Ook de exacte plaats van de lactatie-amenorroe-methode was onduidelijk. Er was duidelijk nood aan een opfrissing van de literatuur omtrent dit onderwerp.

Elke arts geeft zijn eigen invulling aan een postpartum controleraadpleging. Bij patiënten die zonder klachten op postpartum controleraadpleging komen verschilde de invulling van de consultatie per arts. Onderwerpen die regelmatig in de bestudeerde dossiers vermeld werden zijn: de bevalling, de eerste weken van het kindje, borstvoeding, anticonceptie en een uitstrijkje. Welke onderwerpen vermeld werden, verschilde van arts tot arts en ook van patiënt tot patiënt bij eenzelfde arts. Er waren geen vaste afspraken over wat er bij een postpartum controleraadpleging nagevraagd en onderzocht diende te worden. Een meer uniforme aanpak lijkt hier aangewezen. Wanneer er afspraken worden gemaakt omtrent de invulling van een postpartum controleraadpleging waarbij het bespreken van anticonceptie een vast onderdeel wordt, kan dit bijdragen aan een verbetering van de begeleiding van de (her)opstart van anticonceptie postpartum.

Geen enkele van de artsen bleek de patiënt uit te nodigen voor een postpartum controleraadpleging tijdens de zwangerschap. In deze huisartsenpraktijk worden veel zwangerschappen opgevolgd. Er zijn enkele patiënten die enkel voor de drie noodzakelijke echo's naar de gynaecoloog gaan en de rest van de opvolging in de huisartsenpraktijk laten doen. Anderen hebben afwisselend een controle bij de gynaecoloog en in de huisartsenpraktijk. De meeste zwangere vrouwen worden dus regelmatig gezien op de praktijk. Tijdens één van de laatste consultaties van de zwangerschap zou het belang van een postpartum controleraadpleging kunnen besproken worden. Een andere methode zou kunnen bestaan uit het versturen van een informatieve of uitnodigende brief of het telefonisch contacteren van de patiënt na de bevalling. Mogelijk kan de huisartsenpraktijk zo meer patiënten bereiken voor een postpartum controleraadpleging.

4.2. Patiëntgebonden factoren

Niet alle patiënten lijken spontaan de weg naar de huisarts te vinden voor een postpartum controleraadpleging. Hiervoor kunnen verschillende oorzaken zijn. De kersverse baby vraagt vaak veel tijd en aandacht, vrouwen hebben op dit moment minder tijd en aandacht voor zichzelf. De stap om naar de huisartsenpraktijk te gaan kan dan te groot zijn of te veel organisatie vragen van de moeder.

Anderzijds merkten de verschillende artsen ook op dat een deel van de patiënten niet op de hoogte bleek te zijn van de snelle nood aan anticonceptie na de bevalling. Door een deel van de patiënten werd de borstvoeding verondersteld anticonceptief te werken. Een goede voorlichting van de patiënt is hierbij dus belangrijk. Dit kan bijvoorbeeld al tijdens de zwangerschap besproken worden.

Een deel van de patiënten gaat op postpartum controleraadpleging bij de gynaecoloog. Mogelijk bestaat dan de indruk dat een postpartum controleraadpleging bij de huisarts overbodig is.

4.3. Dossiergebonden factoren

Naast een meer uniforme aanpak van de postpartum controleraadpleging is het ook belangrijk dat er een meer uniforme manier ontstaat van noteren in het elektronisch medisch dossier. Het elektronisch medisch dossier voorziet momenteel geen 'standaardformat' voor een postpartum controleraadpleging. Iedere arts heeft zijn persoonlijke manier van noteren, sommige artsen noteren veel en anderen weinig. Het ontbreken van een standaardformat heeft ook als gevolg dat de gegevens van de postpartum controleraadpleging niet altijd gemakkelijk terug te vinden zijn in het dossier. Meer uniformiteit kan bedragen tot een betere begeleiding van de patiënt tijdens de postpartum episode. Eveneens kan de heropstart van anticonceptie postpartum zo beter begeleid worden.

Er ontbreekt in het elektronisch medisch dossier eveneens een 'standaardlocatie' om de gebruikte anticonceptie te noteren. Soms wordt dit bij de voorgeschiedenis geschreven, soms bij actieve ziekten, soms wordt dit genoteerd bij chronische medicatie en soms wordt dit niet genoteerd. Een vaste plaats om

de gebruikte anticonceptie te noteren kan ervoor zorgen dat de gebruikte anticonceptie beter wordt genoteerd en snel kan worden teruggevonden in het dossier.

4.4. Andere factoren

Een deel van de patiënten die geen postpartum controleraadpleging gehad hebben in de huisartspraktijk heeft mogelijk wel een postpartum controleraadpleging bij de gynaecoloog gehad. Bij het bestuderen van de dossiers van de studiegroep voor interventie werd echter vastgesteld dat slechts bij één patiënt van de twintig patiënten een verslag werd ontvangen van een controleraadpleging bij de gynaecoloog. Ook een verslag van de bevalling ontbreekt vaak. Hierdoor zijn we in de praktijk niet altijd op de hoogte dat een patiënt bevallen is. Een betere communicatie tussen de gynaecoloog en de huisarts op dit vlak kan bijdragen tot een betere begeleiding van de (her)opstart van anticonceptie in de huisartsenpraktijk.

STAP 5: START: PLAN-DO-CHECK-ACT-CYCLUS

5.1. Plan

Er werd een nieuwe brainstorm op de praktijk georganiseerd om een interventie uit te werken die ervoor kan zorgen dat er meer patiënten op postpartum controleraadpleging komen in deze huisartsenpraktijk en dat de gebruikte anticonceptie vaker genoteerd wordt in het dossier en daarmee dus ook vaker besproken wordt met de patiënt. Er werd vooral gezocht naar manieren om een kwaliteitsverbetering te bekomen op relatief korte termijn. Hiervoor werd beroep gedaan op de analyse van de knelpunten en op de resultaten van de literatuurstudie omtrent manieren om de (her)opstart van anticonceptie postpartum op een goede manier te begeleiden als huisarts.

Het bereiken van de juiste populatie op het juiste moment is een knelpunt dat duidelijk werd tijdens de understandfase van dit kwaliteitsverbeterend project. Om dit te verbeteren werd afgesproken dat een **informatieve en uitnodigende brief** zou worden opgesteld. Het doel van deze brief is de patiënten beter te informeren en een toename te verkrijgen van het aantal patiënten dat op postpartum controleraadpleging komt in de huisartsenpraktijk. In een tweede fase zullen patiënten die niet op deze brief reageren telefonisch gecontacteerd worden en op die manier nogmaals geïnformeerd en uitgenodigd worden.

Uit een analyse van de knelpunten werd duidelijk dat een opfrissing van de literatuur omtrent het gebruik van anticonceptie postpartum aanbevolen was. Daarnaast werd het ook duidelijk dat er een gebrek is aan uniformiteit tussen de verschillende artsen wat betreft de invulling en het noteren in het elektronisch medisch dossier van een postpartum controleraadpleging. Tijdens de brainstorm werd afgesproken dat er een **praktijkrichtlijn** zou worden opgesteld waarin de verschillende onderdelen van een goede postpartum controleraadpleging worden aangehaald en de meest recente aanbevelingen omtrent het gebruik van anticonceptie postpartum worden samengevat. Deze praktijkrichtlijn moet dan dienen als leidraad voor een postpartum controleraadpleging bij elke arts. Een onderdeel van deze praktijkrichtlijn is het bespreken van anticonceptie. Op korte termijn is het doel van deze praktijkrichtlijn om ervoor te zorgen dat we een toename krijgen in het aantal consultaties waarbij anticonceptie tijdens de postpartum raadpleging wordt besproken en genoteerd in het dossier. Op langere termijn kan deze praktijkrichtlijn bijdragen aan een kwaliteitsverbetering op vlak van het correct gebruiken van de verschillende soorten anticonceptie tijdens de postpartum periode. Om deze richtlijn op een gemakkelijke manier te kunnen gebruiken in de praktijk werd er afgesproken dat er een sjabloon aangemaakt diende te worden in het elektronisch medisch dossier aan de hand van deze praktijkrichtlijn.

De bedoeling is het effect van deze interventies te gaan bestuderen door de studiegroep voor interventie te vergelijken met de studiegroep na interventie (zoals gedefinieerd onder 'clarify'). Het protocol van deze interventies en de begeleidende uitnodigende brief en informed consent werden nagekeken en goedgekeurd door het Comité voor medische ethiek van de Universiteit Antwerpen op 4 april 2016 (zie bijlagen 1-4).

Om een idee te krijgen van de mening van recent bevallen vrouwen over een postpartum controleraadpleging bij de huisarts en over het gebruik van anticonceptie postpartum werd afgesproken dat er een korte vragenlijst zou worden opgesteld die aan de vrouwen uit de studiegroep na interventie zou worden voorgelegd.

5.2. Do

5.2.1. Bereiken van de populatie

Om een toename te verkrijgen van het aantal vrouwen dat op postpartum controleraadpleging komt in de huisartsenpraktijk werd een informatieve en uitnodigende brief opgesteld. Wanneer hierop niet gereageerd werd, werden de vrouwen in een 2e fase telefonisch gecontacteerd en uitgenodigd voor een postpartum controleraadpleging.

Fase 1: Uitnodigende brief

Het doel van deze brief is het vestigen van de aandacht op de postpartum controleraadpleging in de huisartsenpraktijk en de noodzaak tot snelle (her)start van anticonceptie postpartum. In deze brief wordt de patiënt uitgenodigd een afspraak te maken voor een postpartum controleraadpleging in de huisartsenpraktijk twee weken na de bevalling. Indien er vragen waren of de patiënt de brief niet goed begreep werd gevraagd contact op te nemen met de huisartsenpraktijk. De keuze voor twee weken postpartum werd gebaseerd op de literatuurstudie. Twee weken postpartum kan elke vorm van anticonceptie nog tijdig gestart worden.

De uitnodigende brief werd per post verstuurd naar de volgende populatie: vrouwen tussen 15 en 51 jaar met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 16/04/2016 en 31/08/2016 en met globaal medisch dossier (GMD) in Huisartsengroep Park Noord (de studiegroep na interventie, zoals gedefinieerd onder *clarify*). De uitnodigende brief kan teruggevonden worden in bijlage 4.

Fase 2: Telefonisch contact

Wanneer de patiënt geen afspraak maakte na ontvangst van de brief werd de patiënt door de onderzoeker (de HAIO) telefonisch gecontacteerd om haar alsnog uit te nodigen voor een postpartum controleraadpleging. De patiënten werden en vroegste drie weken en ten laatste tien weken postpartum telefonisch gecontacteerd.

5.2.2. Praktijkrichtlijn

Om ervoor te zorgen dat het bespreken en noteren van anticonceptie tijdens een postpartum controleraadpleging routinematig wordt voor de verschillende artsen en om de postpartum controleraadpleging in deze huisartsenpraktijk beter te uniformiseren en af te stellen op de huidige richtlijnen stelde ik een praktijkrichtlijn op (bijlage 5). Deze praktijkrichtlijn benoemt de verschillende aspecten die aan bod dienen te komen tijdens een postpartum controleraadpleging en geeft een overzicht van de literatuur omtrent het gebruik van anticonceptie tijdens de postpartum periode.

Als basis voor de praktijkrichtlijn deed ik beroep op het sjabloon voor een postpartum controleraadpleging dat opgesteld werd en gebruikt wordt bij de prenatale steunpunten van Kind en Gezin. Dokter Josefien Béghin, één van de artsen van de huisartsenpraktijk is werkzaam als arts voor het prenataal steunpunt in Antwerpen-Noord. Dit sjabloon vormt een onderdeel van het zwangerschapsdossier dat gebruikt wordt bij de opvolging van vrouwen tijdens en na de zwangerschap. Dit sjabloon werd aangevuld met gegevens uit de literatuurstudie over anticonceptiegebruik postpartum en het postpartum consult in de eerste lijn. Daarnaast werden in deze praktijkrichtlijn mogelijke oplossingen voor de hierboven beschreven knelpunten geformuleerd.

Deze praktijkrichtlijn werd toegepast door alle artsen op dat ogenblik werkzaam in de praktijk. Een onderdeel van deze praktijkrichtlijn is het bespreken en (her)opstarten van anticonceptie. De praktijkrichtlijn werd toegepast op de vrouwen uit de studiegroep na interventie die na ontvangen van de uitnodigende brief of na telefonisch contact op postpartum controleraadpleging kwamen. De praktijkrichtlijn werd op 8 april 2016 besproken met alle collega's en werd vanaf 16 april 2016 in gebruik genomen. Er werd een geprinte versie van deze praktijkrichtlijn voorzien in elke consultatieruimte. Er werd een informed consent opgesteld dat werd besproken en getekend wanneer vrouwen op postpartum controleraadpleging kwamen en deze praktijkrichtlijn werd toegepast. Het topic werd regelmatig onder de aandacht gebracht op het wekelijks praktijkoverleg zodat iedereen de participatie aan het project volhield.

De verschillende onderdelen van deze praktijkrichtlijn werden ingevoegd in een overzichtelijk sjabloon in Health-One, het elektronisch medisch dossier dat op de praktijk gebruikt wordt. Dit sjabloon kreeg de naam 'postpartum follow-up' (zie bijlage 6). Het kan bijdragen bij aan de uniformisering van de postpartum controleraadpleging tussen de verschillende artsen. Dit sjabloon dient eveneens als geheugensteuntje voor de artsen. Het geeft op een zeer beknopte manier een overzicht van de verschillende onderdelen die aan bod komen in de praktijkrichtlijn. Wanneer een patiënt op postpartum controleraadpleging komt, kan de arts dit sjabloon openen en het als een leidraad voor de consultatie gebruiken. Op die manier worden alle belangrijke onderdelen van het postpartum consult overlopen en aangevuld in het dossier. Anticonceptie is een onderdeel van dit sjabloon. Wanneer dit sjabloon gebruikt wordt bij een postpartum controleraadpleging kan je dit achteraf gemakkelijk terugvinden in het dossier en staat er steeds een vermelding van de gebruikte of besproken anticonceptie. Als ICPC-codering werd gekozen voor de code W18 (Andere symptomen/klachten postpartum) of de ICPC-codering van de gekozen anticonceptieve methode (W11 voor orale anticonceptie, W12 voor IUD, W14 voor anderen).

5.2.3. Vragenlijst

Om een idee te krijgen van de kennis van onze patiënten over het gebruik van anticonceptie postpartum en hun mening over de postpartum controleraadpleging bij de huisarts werd een korte vragenlijst opgesteld. Deze bevatte volgende vragen:

1. Wat vindt u van het idee om een consultatie te hebben bij uw huisarts na de bevalling?
2. Hoe zou u graag hebben dat deze consultatie aangeboden wordt?
3. Vanaf wanneer is het volgens u noodzakelijk om anticonceptie te gebruiken na de zwangerschap?
4. Wat maakt dat u (nog) niet op de uitnodiging heeft gereageerd?

De vragenlijst werd voorgelegd aan de patiënten die op postpartum controleraadpleging kwamen na het ontvangen van de uitnodigende brief (met uitzondering van vraag 4). De vragenlijst werd eveneens overlopen met patiënten die telefonisch gecontacteerd werden om hen opnieuw uit te nodigen voor een postpartum controleraadpleging. Ook wanneer de patiënt niet op postpartum controleraadpleging wenste te komen werden de vragen overlopen tijdens het telefoongesprek als de patiënt hiermee instemde.

De antwoorden van de patiënten op deze vragen werden genoteerd en nadien gecodeerd volgens inhoud. Antwoorden die eenzelfde inhoud bevatten kregen eenzelfde code toegewezen. Zo kon een overzicht opgemaakt worden van de verschillende antwoorden en hoe vaak deze gegeven werden.

5.3. Check

Aan de hand van een vergelijking van de hierboven beschreven indicatoren van kwaliteitsverbetering tussen de studiegroep voor en na interventie, werd bekeken of en in welke mate de kwaliteit van het postpartum anticonceptiebeleid verbeterd is in onze praktijk door de genomen maatregelen. De studiegroep voor interventie omvat de populatie zwangere vrouwen met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 01/09/2015 en 15/01/2016. Deze populatie kreeg geen uitnodigende brief en op dat moment was er nog geen praktijkrichtlijn. De studiegroep na interventie omvat de populatie zwangere vrouwen met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 16/04/2016 en 31/08/2016. Deze populatie kreeg een uitnodigende brief voor een postpartum controleraadpleging, werden bij afwezigheid van reactie op de brief telefonisch gecontacteerd en de praktijkrichtlijn om te gebruiken tijdens de postpartum controleraadpleging was voorhanden. De vergelijking vond plaats in december 2016, om ook de vrouwen die in augustus bevallen zijn de kans te geven om op postpartum controle te komen binnen de vooropgestelde 12 weken postpartum.

5.3.1. Bereiken van de populatie

Tabel 5 geeft de resultaten weer van het aantal vrouwen uit de studiegroep na interventie die op postpartum controleraadpleging kwamen in de huisartsenpraktijk. Er waren 19 vrouwen met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 16/04/2016 en 31/08/2016. Hiervan kwamen in totaal 13 vrouwen op postpartum controleraadpleging binnen de 12 weken postpartum. Tien van hen maakten een afspraak na het versturen van de uitnodigende en informatieve brief. De overige patiënten werden telefonisch gecontacteerd, waarna nog eens drie patiënten op postpartum controleraadpleging kwamen

binnen de opgegeven termijn. Van twee patiënten was geen correct telefoonnummer beschikbaar in het dossier, er werden dus in totaal zeven patiënten telefonisch gecontacteerd.

Tabel 5: Postpartum controle: studiepopulatie na interventie

Totale studiepopulatie na interventie	Aantal patiënten (n=19)
Postpartum controle bij de huisarts	13
- na uitnodigende brief	10
- na aanvullend telefonisch contact	3
Aantal brieven verstuurd	19
Aantal patiënten telefonisch gecontacteerd	7
Geen telefoonnummer beschikbaar	2

Deze resultaten werden vergeleken met de resultaten van de studiegroep voor interventie (tabel 6). Deze vergelijking laat een toename zien van het aantal vrouwen dat op postpartum controleraadpleging kwam in de huisartsenpraktijk na het versturen van de uitnodigende brief en zo nodig aanvullend telefonisch contact.

Tabel 6: Postpartum controle: vergelijking voor en na interventie

Totaal aantal patiënten	Voor interventie (n=20)	Na interventie (n=19)
Postpartum controle bij de huisarts	10	13

5.3.2. Noteren van de gebruikte anticonceptie

Het noteren van de gebruikte anticonceptie in het elektronisch medische dossier is de tweede indicator van kwaliteitsverbetering. Bij de studiepopulatie na interventie werd een notitie van de gebruikte anticonceptie in het dossier teruggevonden bij 14 van de 19 patiënten. Bij 11 patiënten werd deze notitie gemaakt tijdens de postpartum controleraadpleging (tabel 7).

Tabel 7: Noteren anticonceptie: studiepopulatie na interventie

Totale studiepopulatie na interventie	Aantal patiënten (n=19)
Notitie gebruikte anticonceptie in het dossier	14
Notitie anticonceptie tijdens postpartum controle	11

Wanneer we deze cijfers vergelijken met de cijfers van de studiegroep voor interventie zien we een duidelijke toename wat betreft het noteren van de gebruikte anticonceptie in het dossier. We zien eveneens dat de notitie vaker tijdens de postpartum controleraadpleging wordt gemaakt (tabel 8).

Tabel 8: Noteren anticonceptie: vergelijking voor en na interventie

Totaal aantal patiënten	Voor interventie (n=20)	Na interventie (n=19)
Notitie anticonceptie in dossier	5	14
Notitie anticonceptie tijdens postpartum controle	2	11

5.3.3. Correct voorschrijven

Voor alle patiënten bij wie een notitie over anticonceptie werd teruggevonden in het dossier (zowel voor als na de interventie) werd de voorgeschreven anticonceptie na de studieperiode getoetst aan de hand van de praktijkrichtlijn. Dit om te kunnen bepalen of de praktijkrichtlijn het voorschrijven van de correcte anticonceptie in de praktijk heeft verbeterd. De gebruikte gegevens in de praktijkrichtlijn zijn overgenomen uit de literatuurstudie (tabellen 1-3).
Aan de hand van tabel 1 van de literatuurstudie werd, voor elke patiënt met een notitie over anticonceptie, nagegaan of een correct eerste keuze preparaat was voorschreven (overeenkomend met

'aangewezen' in de tabel). Hiervoor werd rekening gehouden met het al dan niet geven van borstvoeding op het moment van start van de anticonceptie. Eveneens werd nagegaan of de anticonceptie tijdig besproken en voorgeschreven werd volgens tabellen 2 en 3 van de literatuurstudie. De resultaten hiervan zijn te vinden in tabel 9.

Tabel 9: Correct voorschrijven: vergelijking voor en na interventie

Aantal patiënten met notitie over anticonceptie	Voor interventie (n=5)	Na interventie (n=14)
Correcte anticonceptie volgens praktijkrichtlijn	4	12
Anticonceptie tijdig gestart	1	7
Bewuste keuze geen anticonceptie	0	2

Voor het bestaan van de praktijkrichtlijn werd bij één patiënt van de vijf patiënten waarbij een notitie over anticonceptie werd teruggevonden een anticonceptieve methode voorgeschreven die geen eerste keuze is. Eveneens werd de anticonceptie slechts bij één van de vijf patiënten tijdig besproken en voorgeschreven. Bij de studiegroep na interventie was de praktijkrichtlijn voorhanden. Twee patiënten maakten een bewuste, geïnformeerde keuze om geen anticonceptie te gebruiken. Dit stond genoteerd in het elektronisch medisch dossier. De overige twaalf patiënten bij wie een notitie over anticonceptie in het dossier werd teruggevonden, kregen allemaal een eerste keuze preparaat voorgeschreven. Bij zeven van deze twaalf patiënten werd de anticonceptie tijdig besproken en voorgeschreven.

5.3.4. Vragenlijst

In tabel 10 worden de verschillende vragen van de vragenlijst overlopen met de gecodeerde antwoorden. Er werden antwoorden bekomen van 14 patiënten op de eerste drie vragen en van 7 patiënten op de laatste vraag (deze vraag werd enkel gesteld bij telefonisch contact). De patiënten kregen geen keuzemogelijkheden als antwoord. De patiënten formuleerden zelf een antwoord. De verschillende antwoorden die geformuleerd werden, werden gecodeerd volgens inhoud. Tabel 10 toont de gecodeerde antwoorden met hun frequentie.

Tabel 10: Uitwerking vragenlijst

VRAAG 1	**Wat vindt u van het idee om een consultatie te hebben bij uw huisarts na de bevalling?**	Aantal (n=14)
	Ik vind dit overbodig/niet nodig	0
	Ik vind dit een goed idee	10
	Ik vind dit een goed idee maar niet zo snel na de bevalling, geen tijd zo snel na bevalling	3
	Ik vind dit een goed idee maar niet bij een keizersnede	1
VRAAG 2	**Hoe zou u graag hebben dat deze consultatie aangeboden wordt?**	Aantal (n=14)
	De brief was een goede manier	9
	De brief was moeilijk gezien beperkte kennis van het Nederlands, beter telefonisch	5
VRAAG 3	**Vanaf wanneer is het volgens u noodzakelijk om anticonceptie te gebruiken na de zwangerschap?**	Aantal (n=14)
	Ik had er geen idee van vanaf wanneer het noodzakelijk was, ik had niet aan anticonceptie gedacht, ik dacht dat borstvoeding genoeg beschermde	6
	Ik wist dat het snel na de bevalling noodzakelijk was	3
	De gynaecoloog heeft mij ingelicht omtrent de snelle nood aan anticonceptie postpartum	2
	Ik wens geen anticonceptie te gebruiken	3
VRAAG 4	**Wat maakt dat u (nog) niet op de uitnodiging heeft gereageerd?**	Aantal (n=7)
	Ik dacht dat het te laat was omdat ik al meer dan 2weken geleden bevallen was	2
	Ik heb al een controle gehad bij de gynaecoloog	2
	Ik heb nog geen tijd gehad	3

Er was geen enkele patiënt die aangaf dat ze een postpartum controleraadpleging bij de huisarts niet nodig of overbodig vond. De uitnodigende brief werd door de meeste vrouwen als een goede manier ervaren om de postpartum controle aan te bieden. De enige reden die werd aangegeven om telefonisch contact te verkiezen boven een brief was een beperkte kennis van het Nederlands. Van de 14 ondervraagden hebben 6 patiënten geen idee wanneer anticonceptie gestart dient te worden of zijn ze ervan overtuigd dat borstvoeding voldoende bescherming biedt. Twee patiënten lijken begrepen te hebben dat de postpartum controle bij de huisarts niet meer zinvol is na 2 weken postpartum. Twee andere patiënten lijken begrepen te hebben dat deze postpartum controleraadpleging niet meer zinvol is wanneer er reeds een raadpleging bij de gynaecoloog heeft plaatsgevonden. De uitnodigende en informatieve brief was voor deze patiënten blijkbaar onvoldoende duidelijk op dit gebied.

5.3.4. Discussie

Bij een analyse van de situatie op de praktijk bij het begin van het project werd duidelijk dat veel vrouwen de weg naar de huisarts voor een postpartum controleraadpleging niet spontaan lijken te vinden. Slechts drie van de twintig vrouwen van de studiegroep voor interventie kwamen spontaan op raadpleging in de huisartsenpraktijk binnen de eerste 12 weken postpartum. Om de (her)opstart van anticonceptie postpartum op een goede manier te begeleiden als huisarts was het daarom in eerste instantie belangrijk dat we de juiste populatie op het juiste moment konden bereiken. Om dit te verbeteren werd een uitnodigende brief opgesteld. Wanneer er op deze brief niet gereageerd werd, werden de patiënten telefonisch gecontacteerd. Dit bracht een toename in het aantal postpartum controleraadplegingen in de huisartsenpraktijk met zich mee. Na deze interventie zijn 13 van de 19 vrouwen op postpartum controleraadpleging geweest binnen de eerste 12 weken postpartum in vergelijking met 10 van de 20 vrouwen voor de interventie.

Tijdens dit kwaliteitsverbeterend project merkte ik op dat er niet van alle patiënten een correct telefoonnummer voorhanden was. Twee patiënten heb ik niet kunnen contacteren vanwege het ontbreken van een correct telefoonnummer in het dossier. Van enkele andere patiënten vernam ik tijdens het telefonisch contact dat zij de brief niet ontvangen hadden. Het ontbreken van enkele juiste adressen en/of telefoonnummers in het dossier maakt duidelijk dat we niet zeker zijn of we wel degelijk alle vrouwen uit de studiegroep na interventie hebben kunnen bereiken.

Het valt op dat voor de interventie 7 van de 10 vrouwen die op postpartum raadpleging zijn geweest binnen de eerste 12 weken postpartum, deze afspraak hadden gemaakt omdat er sprake was van klachten. We hebben deze groep vergeleken met een andere groep vrouwen (na de interventie). Gezien in de studiegroep na interventie iedereen werd uitgenodigd kunnen we niet weten hoeveel mensen van deze groep een postpartum controleraadpleging zouden hebben gehad zonder uitnodigende brief of telefonisch contact. Alle patiënten gaven aan dat ze op postpartum controleraadpleging kwamen omwille van de brief of het telefonisch contact. Sommige van hen hadden klachten maar het is onduidelijk of deze klachten hen ertoe zou hebben aangezet om een afspraak te maken wanneer ze geen brief hadden gekregen of telefonisch waren gecontacteerd.

Van de studiegroep na interventie zijn 10 van de 19 vrouwen binnen de 12 weken postpartum op controleraadpleging gekomen in de huisartsenpraktijk na het ontvangen van de uitnodigende brief. Na een herinnering via telefonisch contact kwamen nog 3 extra vrouwen op postpartum controleraadpleging. Het verschil tussen het aantal patiënten dat op postpartum controleraadpleging kwam voor en na de interventie is klein wanneer alleen de brief in rekening wordt gebracht (10/20 en 10/19). Mogelijk is de taalbarrière die door enkele patiënten werd aangegeven hierbij van belang. Bij telefonisch contact of rechtstreeks contact kan je de taal aanpassen aan de noodzaak. De brief was enkel in het Nederlands verstuurd. Een andere mogelijke verklaring is het belang van herhaling van informatie, een aspect dat ook uit de literatuurstudie naar voor kwam. Tijdens de eerste weken na een bevalling is er veel te regelen en te organiseren en is het zoeken naar een nieuw evenwicht binnen het gezin. Mogelijk werd de uitnodigende brief hierbij uit het oog verloren. Het telefonisch contact herinnerde de vrouwen nog eens aan de uitnodiging en benadrukte het belang. Het kan ook een rol spelen dat telefonisch contact als persoonlijker werd gepercipieerd of dat vrouwen het moeilijker vonden om de uitnodiging telefonisch af te wijzen dan de uitnodigende brief te negeren.

Het belangrijkste verschil tussen de studiegroep voor interventie en de studiegroep na interventie werd bekomen in het noteren van de gebruikte anticonceptie in het elektronisch medisch dossier. Voor de interventie kon de gebruikte anticonceptie bij 5 van de 20 vrouwen worden teruggevonden in het dossier,

binnen de 12 weken postpartum. Na de interventie stond de gebruikte anticonceptie genoteerd bij 14 van de 19 patiënten binnen de 12 weken postpartum. Dit is een duidelijke toename. Het vaste sjabloon dat werd opgemaakt voor een postpartum controleraadpleging in het elektronisch medisch dossier maakt het bovendien gemakkelijker om de gebruikte anticonceptie snel terug te vinden na de interventie. De gebruikte anticonceptie moest voordien gezocht worden op verschillende plaatsen in het dossier: bij de medicatievoorschriften, bij de chronische medicatie, bij een consultatie of in een verslag van de gynaecoloog. Na de interventie moest in overzichtsbalk van de verschillende raadplegingen op 'postpartum follow-up' geklikt worden voor een onmiddellijk overzicht van de consultatie, inclusief van de gebruikte anticonceptie. Er werden bij meer vrouwen een notitie van de gebruikte anticonceptie teruggevonden dan er vrouwen op postpartum controleraadpleging zijn geweest in de huisartsenpraktijk. Het lijkt dat de verschillende artsen meer attent waren op het noteren van de gebruikte anticonceptie, niet enkel tijdens een postpartum controleraadpleging maar bijvoorbeeld ook tijdens telefonisch contact.

Aan de hand van de tabellen die opgemaakt werden met behulp van de literatuurstudie en gebruikt werden in de praktijkrichtlijn werd het voorschrijven van anticonceptie door de artsen voor en na de interventie vergeleken. Na de interventie was elke anticonceptie die werd voorgeschreven een eerste keuze preparaat (zie tabel 9). Voor de interventie werd er bij één vrouw geen eerste keuze preparaat voorgeschreven. Dit betrof het voorschrijven van een combinatiepil aan een vrouw die borstvoeding gaf. Het viel ook op dat er meer variatie was in het voorschrijven van verschillende anticonceptieve methoden na de interventie (zes verschillende methoden voorgeschreven in vergelijking met drie verschillende methoden voor de interventie). Het lijkt erop dat het bespreken van de praktijkrichtlijn en het voorhanden zijn van de overzichtstabellen tijdens de consultaties ervoor heeft gezorgd dat de artsen meer eerste keuze preparaten voorschrijven. De toename in variatie kan erop wijzen dat de artsen meerdere opties bespreken met de patiënt en dat de patiënt persoonlijk een voorkeur kan aangeven (zoals aangegeven in de praktijkrichtlijn). Een bedenking die hierbij gemaakt dient te worden is het kleine aantal vrouwen uit de studiegroep voor de interventie waarbij een notitie van de gebruikte anticonceptie werd teruggevonden (5/20). Dit kan tot een onderschatting van de reële situatie hebben geleid. Mogelijk waren er meer vrouwen dan vijf die anticonceptie gebruikten en mogelijk was er ook meer variatie dan drie verschillende methoden maar waren wij hiervan niet op de hoogte. Een tweede bedenking die geldt voor zowel de groep voor als na interventie is de onduidelijkheid van het moment van start van de anticonceptie wanneer deze niet door ons werd voorgeschreven maar bijvoorbeeld door de gynaecoloog. De gebruikte anticonceptie werd dan wel vermeld in het dossier maar niet altijd ook het moment van start. Het moment van de notitie werd dan als moment van start beschouwd hoewel de anticonceptie mogelijk reeds vroeger gestart was. Mogelijk krijgen we op deze manier een onderschatting van het aantal tijdig gestarte anticonceptieve methoden.

Wanneer we de verschillende termijnen van het starten van anticonceptie overlopen lijkt het beste moment voor een postpartum controleraadpleging 2 weken postpartum. Dan kunnen alle verschillende anticonceptieve methoden nog tijdig gestart worden (zie tabel 1-3). Uit tabel 9 werd duidelijk dat voor de interventie slechts bij één van de vijf vrouwen met een notitie van anticonceptie in het dossier deze anticonceptie tijdig werd gestart. Na de interventie was dit het geval voor zeven van de twaalf vrouwen. De interventies hebben dus een duidelijke toename teweeg gebracht van het aantal gevallen waarbij anticonceptie postpartum tijdig werd gestart. Er is wel nog ruimte voor verbetering op dit vlak. Het starten van anticonceptie werd gedefinieerd als het voorschrijven van een bepaalde anticonceptie. We hebben er geen zicht op wanneer de patiënt effectief start. Uit de literatuur werd duidelijk dat een groot deel van de vrouwen reeds seksueel actief is op 6 weken postpartum en dat er reeds ovulaties worden gerapporteerd voor 6 weken postpartum [15]. Uit vraag 3 van de vragenlijst werd duidelijk dat zes van de 14 ondervraagden geen idee hebben wanneer anticonceptie gestart dient te worden of ervan overtuigd zijn dat borstvoeding voldoende bescherming biedt. Het blijft dus belangrijk de anticonceptie zo snel mogelijk na de bevalling met de vrouw te bespreken. Daar staat tegenover dat de eerste weken na de bevalling veel vrouwen vooral met hun kindje en het zoeken naar een nieuw ritme bezig zijn en dat weinig vrouwen op dit moment reeds aan zichzelf of aan anticonceptie denken of mogelijk niet op de hoogte zijn van de snelle nood aan anticonceptie. Uit vraag 4 van de vragenlijst blijkt dat drie van de zeven ondervraagden tijdsgebrek als oorzaak aangeeft voor het nog niet komen op controleraadpleging (tabel 10). Bij vraag 1 wordt door drie van de 14 ondervraagden aangegeven dat ze graag een controleraadpleging zouden hebben op een later ogenblik omwille van tijdsgebrek zo snel na de bevalling.

Uit vraag 1 van de vragenlijst blijkt dat geen enkele patiënt (0/14) de postpartum controleraadpleging bij de huisarts overbodig of niet nodig vond. De patiënten lijken het een goed idee te vinden een postpartum controleraadpleging bij de huisarts te hebben. Een bedenking die hierbij gemaakt dient te worden is dat sommige patiënten mogelijk niet helemaal eerlijk waren gezien de vraag werd gesteld door dezelfde persoon die het project had georganiseerd.

Ideaal gezien kan je eenzelfde groep patiënten bestuderen voor en na een interventie. Gezien dit kwaliteitsverbeterend project handelt over een specifieke periode postpartum is het niet mogelijk om dezelfde groep patiënten te bestuderen voor en na de interventie. Er werd geprobeerd een vergelijkbare groep vrouwen te selecteren voor de studiegroepen voor en na interventie door vrouwen te selecteren met een uitgerekende bevallingsdatum binnen eenzelfde tijdspanne (namelijk 4,5 maanden). Hoewel de studiegroep voor interventie en de studiegroep na interventie ongeveer een gelijk aantal patiënten tellen zijn ze natuurlijk maar een kleine steekproef uit een grote populatie. Het kleine aantal patiënten per groep (19 en 20) maakt dat we voorzichtig moeten zijn bij het trekken van conclusies voor de hele populatie.

5.4. Act

Niet alle vrouwen lijken spontaan de weg te vinden naar de huisartsenpraktijk voor een postpartum controleraadpleging en niet alle vrouwen lijken op de hoogte te zijn van de snelle nood aan anticonceptie na de bevalling. Het is dus een belangrijke taak van ons als huisarts om de patiënten hier attent op te maken. Daarvoor werden in dit kwaliteitsverbeterend project enkele interventies uitgewerkt. De positieve resultaten van dit kwaliteitsverbeterend project maken het interessant om deze interventies te continueren in de praktijk. Er is daarnaast nog ruimte voor verbetering, bijvoorbeeld op vlak van timing van de start van anticonceptiva.

In de consultatieruimtes en op de computers blijft ook na dit project de praktijkrichtlijn voorhanden om te raadplegen tijdens een postpartum controleraadpleging zo gewenst. Het sjabloon in Health-one kan eenvoudig gebruikt blijven worden na dit project en kan zo blijven bijdragen aan het uniformiseren van de postpartum controleraadpleging tussen de verschillende artsen en het bespreken en noteren van anticonceptie postpartum.

Het continueren van dit project kent enkele knelpunten. Het oplijsten van de vrouwen die bevallen zijn, het opsturen van de brief en het eventueel nadien telefonisch contacteren zijn tijdsintensief. Tijdens dit kwaliteitsverbeterend project heb ik deze taken uitgevoerd. Wanneer ik op deze praktijk vertrek is het niet vanzelfsprekend dat deze taak door iemand anders wordt overgenomen. Mogelijk kan het secretariaat hieraan bijdragen door de brieven te versturen en het telefonisch contact uit te voeren maar de participatie van de artsen voor het oplijsten van de bevallen vrouwen blijft noodzakelijk. Het feit dat bij veel vrouwen geen briefwisseling van de gynaecoloog over de bevalling wordt ontvangen maakt het oplijsten van de bevallen vrouwen niet vanzelfsprekend. Het oplijsten gebeurde tijdens dit project aan de hand van een query en het bestuderen van de dossiers, dit was erg tijdsintensief. Daarnaast is er ook de kost van de postzegels. Als alternatief kan de patiënt ook uitgenodigd worden in de laatste consultatie tijdens de zwangerschap, waarbij de uitnodigende en informatieve brief kan worden meegegeven en eventueel reeds een afspraak kan worden gepland. Dit heeft als beperking dat enkel de vrouwen die op de praktijk worden gevolgd tijdens de zwangerschap worden uitgenodigd en dat vrouwen die preterm bevallen mogelijk nog niet zijn uitgenodigd.

Uit vraag 4 van de vragenlijst blijkt dat enkele patiënten lijken te hebben begrepen dat de postpartum controleraadpleging in de huisartsenpraktijk niet meer zinvol is wanneer deze meer dan 2 weken postpartum plaatsvindt of wanneer er reeds een controle bij de gynaecoloog is geweest. Dit geeft aan dat de uitnodigende en informatieve brief op dit gebied onvoldoende duidelijk is. Een aanpassing van de brief is aangewezen. Daarnaast zorgde een taalbarrière ervoor dat enkele patiënten de brief niet goed begrepen. Dit werd duidelijk bij telefonisch contact nadien. Een vertaling van de brief in het Frans en het Engels of een verduidelijking aan de hand van pictogrammen kan mogelijk bijdragen aan het beter begrijpen van de aangeboden informatie door de patiënten die weinig tot geen Nederlands spreken of begrijpen.

Bij de analyse van de situatie op de praktijk voor de interventie werd duidelijk dat we slechts van één van de twintig vrouwen een verslag van een postpartum controle bij de gynaecoloog ontvingen. Een verslag van de bevalling werd teruggevonden bij negen van de twintig vrouwen. Een betere communicatie tussen de gynaecologen en de huisartsen zou kunnen bijdragen tot een betere begeleiding van (her)opstart van anticonceptie tijdens de postpartum periode en daarnaast een toename kunnen genereren van het aantal tijdig gestarte anticonceptieve methoden. Dit knelpunt werd in dit kwaliteitsverbeterend project niet verder uitgewerkt maar kan een insteek vormen voor een vervolg op dit kwaliteitsverbeterend project.

5.5. Besluit

Het uitnodigen van patiënten op controleraadpleging na de bevalling en het opstellen van een praktijkrichtlijn en sjabloon in het elektronisch medisch dossier hebben het anticonceptiebeleid in Huisartsengroep Park Noord kunnen verbeteren. Dit kwaliteitsverbeterend project heeft een toename van het aantal postpartum controleraadplegingen binnen de 12 weken na de bevalling kunnen bewerkstelligen en daarnaast een duidelijke toename in het noteren van de gebruikte anticonceptie in het patiëntendossier. Ook de timing van de start van de anticonceptie en het correct voorschrijven toonden een verbetering ten opzichte van de situatie op de praktijk voor dit kwaliteitsverbeterend project.

De positieve resultaten van dit kwaliteitsverbeterend onderzoek benadrukken het belang van een richtlijn voor alle huisartsen omtrent dit onderwerp. Een duidelijke richtlijn voor de ambulante praktijk en een betere communicatie en coördinatie tussen de eerste en de tweede lijn rond de postpartum opvolging van patiënten zou de kwaliteit van zorg op dit vlak kunnen verbeteren in heel Vlaanderen. Daarnaast dient er ook ingezet te worden op het informeren van de patiënten over het belang van anticonceptie tijdens de postpartum periode.

REFERENTIES

1. Buysse, e.a., Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen. Gent: Academia., 2013.
2. Tepper, N.K., et al., Combined hormonal contraceptive use among breastfeeding women: an updated systematic review. Contraception, 2016. **94**(3): p. 262-74.
3. Lopez, L.M., et al., Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **3**: p. CD003988.
4. N. Dekker, R.G., J. Neirinckx, L.Seuntjens, K. Smets Richtlijn Zwangerschapsbegeleiding. Domus Medica (Huisarts Nu), 2016.
5. Beentjes MM, W.R., Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, Wiersma Tj, Goudswaard AN, Van Asselt KM.. NHG Standaard Zwangerschap en Kraamperiode. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2015.
6. L. Peremans, E.v.L., N . Delvaux, K. Keppens, H . Yikilkan, Hormonale Anticonceptie: richtlijn voor goede medische praktijkvoering. Domus Medica (Huisarts Nu), 2012.
7. Anke Brand, A.B., Kitty van Groeningen, Sandra Kalmijn, Ineke Kardolus, Monique Peerden, Rob Smeenk, Suzy de Swart, Miranda Kurver, Lex Goudswaard, NHG Standaard Anticonceptie. Nederlands Huisartsen Genootschap, 2011.
8. Brodribb, W., M. Zadoroznyj, and A. Dane, The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. BMC Fam Pract, 2013. **14**: p. 139.
9. BCFI: Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie. 2016.
10. WHO, Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use2015, Geneva: World Health Organization 2015.
11. Jackson, E., Controversies in postpartum contraception: when is it safe to start oral contraceptives after childbirth? Thromb Res, 2011. **127 Suppl 3**: p. S35-9.
12. Phillips, S.J., et al., Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception, 2016. **94**(3): p. 226-52.
13. Lopez, L.M., et al., Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **6**: p. CD003036.
14. Cameron, S., Postabortal and postpartum contraception. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2014. **28**(6): p. 871-80.
15. Sok, C., et al., Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. J Midwifery Womens Health, 2016. **61**(2): p. 158-65.
16. Jackson, E. and A. Glasier, Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. Obstet Gynecol, 2011. **117**(3): p. 657-62.
17. Lopez, L.M., et al., Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. Cochrane Database Syst Rev, 2014. **11**: p. CD011298.
18. Lopez, L.M., et al., Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Database Syst Rev, 2015. **7**: p. CD001863.
19. Sonalkar, S., S. Mody, and M.E. Gaffield, Outreach and integration programs to promote family planning in the extended postpartum period. Int J Gynaecol Obstet, 2014. **124**(3): p. 193-7.
20. Xiang, Y.X., et al., Factors influencing the utilization of postpartum visits among rural women in China. J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci, 2014. **34**(6): p. 869-74.
21. Tsai, P.J., et al., Postpartum follow-up rates before and after the postpartum follow-up initiative at Queen Emma Clinic. Hawaii Med J, 2011. **70**(3): p. 56-9.

DANKWOORD

In de eerste plaats wil ik Lieve Peremans bedanken om mij te begeleiden bij het maken van deze thesis en mij hulpmiddelen aan te rijken om gestructureerd aan de slag te kunnen gaan.
Ik wil daarnaast ook graag de praktijkopleiders van mijn eerste HAIO-jaar, Josefien Béghin en Liesbeth Verpooten, bedanken voor hun inzet tijdens de brainstorms en bij het uitvoeren van de interventies van deze thesis. Ook wil ik Kathleen Driessen (die als vervangarts werkzaam was in Huisartsengroep Park Noord tijdens de Do-fase van deze thesis) en het secretariaat (Caroline en Valerie) bedanken voor hun medewerking aan de uitvoering van de interventies van deze thesis.
Mijn stagebegeleider Bram Spinnewijn en mijn seminariegroep wil ik bedanken om mee na te denken over de uitwerking van deze thesis.
Als laatste wil ik graag mijn mama bedanken voor het taalkundig nakijken van deze thesis.

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

Hieronder vindt u een alfabetisch overzicht van de gebruikte afkortingen in deze thesis en hun betekenis.

- AC anticonceptie
- d dagen
- EMD elektronisch medisch dossier
- GMD globaal medisch dossier
- HAIO huisarts in opleiding
- ICPC international classification of primary care
- IUD intra-uterien device
- LAM lactatie-amenorroe-methode
- m maanden
- NHG Nederlandse huisartsen genootschap
- POP progestron-only pil, progestageen-alleen pil, minipil
- RCT randomized controlled trial
- u uren
- w weken
- WHO world health organization, wereldgezondheidsorganisatie

BIJLAGEN

1. Protocol
2. Informed consent
3. Gunstig advies ethisch comité
4. Informatieve en uitnodigende brief
5. Praktijkrichtlijn
6. Sjabloon in Health-One

Bijlage 1: Protocol

Versie 2, 20/03/2016

We merkten in onze praktijk op dat er regelmatig ongeplande zwangerschappen optreden postpartum. De (her)opstart van anticonceptie dient te gebeuren tijdens een postpartum controleraadpleging, deze kan plaatsvinden bij de gynaecoloog of bij de huisarts, dit lijkt echter soms mis te lopen. De informatie rond anticonceptie kan bijvoorbeeld niet aangeboden zijn, de informatie kan niet correct begrepen zijn, de patiënt kan de controleafspraak gemist hebben of er kan een falen zijn in de therapietrouw. Daarnaast is er ook regelmatig falende anticonceptie postpartum bij vrouwen die de lactatie amenorroe methode (LAM) gebruiken. Ook bij het niet correct continueren van de minipil na het beëindigen van de borstvoeding worden regelmatig ongeplande zwangerschappen vastgesteld.

Uit cijfers van 2003-2013 uit het Sexpert-onderzoek (Buysse, 2013), blijkt dat 1 op 4 van de zwangerschappen in België als ongepland benoemd wordt. Een goede begeleiding rond anticonceptie kan dit cijfer doen dalen.

Doel

Het doel van deze masterproef is de kwaliteit van zorg met betrekking tot het gebruik van anticonceptie postpartum te verbeteren in Huisartsengroep Park Noord te Antwerpen-Noord. Op deze manier hoop ik het aantal ongeplande zwangerschappen te kunnen beperken. De concrete vraagstelling voor dit kwaliteitsverbeterend project is: Welke maatregelen zorgen voor een beter postpartum anticonceptiebeleid in onze praktijk?

Procedure

Als methodiek wordt de FOCUS-procedure gebruikt. Dit acroniem staat voor: Find, Organise, Clarify, Understand, Start.

In eerste instantie (**Find**) wordt een literatuurstudie verricht met volgende onderzoeksvragen (momenteel in uitvoering):

- Welke anticonceptieve methode is het meest aangewezen postpartum en na welke termijn?
- Welke problemen zijn er omschreven omtrent de (her)opstart van anticonceptie postpartum?
- Hoe kan de huisarts de (her)opstart van anticonceptie postpartum op een goede manier begeleiden?

Organise staat voor de brainstorming in de praktijk, zodat iedereen op de hoogte wordt gebracht van het project. Nadien wordt de situatie op de praktijk in kaart gebracht.

Clarify betekent het formuleren van een goede indicator (proces, structuur of outcome) om de kwaliteitsverbetering te kunnen meten. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat onvoldoende vrouwen momenteel een goed postpartum consult krijgen. Als eerste stap zullen we in de dossiers van de in de praktijk ingeschreven patiënten nagaan hoeveel patiënten (vrouwen van 15-51 jaar) er een uitgerekende bevallingsdatum hadden tussen 01/09/2015 en 15/01/2016. Vervolgens zullen we nagaan hoeveel patiënten hiervan een anticonceptie advies postpartum kregen. Dit is het uitgangspunt.
Tijdens de volgende fase (**Understand**) zullen de knelpunten in kaart worden gebracht.
Een knelpunt dat al tijdens de brainstorming naar voor kwam, is het bereiken van de populatie op het juiste moment. Het viel ons op dat we weinig vrouwen terugzien voor een postpartum controle, ondanks het feit dat we veel zwangerschappen zelf begeleiden in onze praktijk. Sommigen daarvan gaan wel op postpartum controle bij de gynaecoloog, sommigen ook helemaal niet.
In deze fase gaan we ook kijken wat er nu al in de dossiers genoteerd staat en ga ik mijn collega's bevragen wat ze belangrijk vinden in een dergelijk consult. Er zal een document opgemaakt worden waarin per arts beschreven staat hoe zij de postpartum controle en/of de opstart van anticonceptie postpartum momenteel aanpakken. Hieruit zullen andere knelpunten geformuleerd worden die ook als indicator voor kwaliteitsverbetering kunnen gehanteerd worden.

In de **Start**-fase wordt de PDCA-cyclus gebruikt (Plan, Do, Check, Act). Hierbij worden consecutief volgende stappen doorlopen: het maken van een plan, het uitvoeren van dit plan, het plan en de uitvoering ervan beoordelen en het bijsturen van het plan en/of de uitvoering. Het opgestelde plan van kwaliteitsverbeterende methodes voor de beschreven knelpunten, wordt hieronder verder toegelicht.

Plan

Praktijkrichtlijn

Om de heropstart van anticonceptie postpartum beter te begeleiden in onze huisartsenpraktijk, gaan we een georganiseerde postpartum controleraadpleging uitvoeren 2 weken na de bevalling. Voor deze postpartum controleraadpleging ga ik een praktijkrichtlijn opstellen. De praktijkrichtlijn zal enerzijds opgesteld worden aan de hand van een literatuurstudie over het postpartum consult in de eerste lijn en anticonceptiegebruik postpartum. Anderzijds zullen er mogelijke oplossingen voor de gevonden knelpunten geformuleerd worden.
Deze praktijkrichtlijn zal worden toegepast door alle collega's in de praktijk (ikzelf, mijn praktijkopleiders (Dr. Béghin Josefien en Dr. Verpooten Liesbeth) en de vervangingsarts in het kader van moederschapsrust van één van de praktijkopleiders). Een onderdeel van deze praktijkrichtlijn is het bespreken en (her)opstarten van anticonceptie.
De verschillende onderdelen van deze praktijkrichtlijn zullen worden ingevoegd in een overzichtelijk sjabloon in Health-One (het elektronisch medisch dossier dat op de praktijk gebruikt wordt). Dit als geheugensteuntje voor de artsen en om een optimale uniformisering na te streven. We zullen de topic regelmatig onder de aandacht brengen op ons praktijkoverleg zodat iedereen de participatie aan het project volhoudt.

Onderzoekspopulatie

We willen deze praktijkrichtlijn gaan toepassen op de volgende populatie: vrouwen tussen 15 en 51 jaar, momenteel zwanger, uitgerekende bevallingsdatum tussen 16/04/2016 en 31/08/2016 en met globaal medisch dossier (GMD) in Huisartsengroep Park Noord. Het effectieve uitvoeren van de praktijkrichtlijn zal ten vroegste op 14/04/2016 van start gaan na goedkeuring door het ethisch comité. Deze populatie zal vergeleken worden met de populatie uit de clarify-fase: vrouwen tussen 15 en 51 jaar met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 01/09/2015 en 15/01/2016 en met globaal medisch dossier (GMD) in Huisartsengroep Park Noord.
Het doel van deze praktijkrichtlijn is de postpartum controles en de (her)opstart van anticonceptie postpartum meer uniform te laten gebeuren in onze praktijk.

Uitnodigende brief

Het bereiken van de juiste populatie op het juiste moment is een knelpunt dat reeds naar voor kwam bij de brainstorming op de praktijk. Om dit te verbeteren werd een brief opgesteld. Met deze brief proberen we extra aandacht te vestigen op de postpartum controleraadpleging en nodigen we de patiënt uit hiervoor een afspraak te maken.

Evaluatie

Om het effect van de interventie na te gaan zullen verschillende parameters vergeleken worden. Ik zal de dossiers van de populatie zwangere vrouwen met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 01/09/2015 en 15/01/2016 (voor het invoeren van de praktijkrichtlijn) vergelijken met de dossiers van de populatie zwangere vrouwen met een uitgerekende bevallingsdatum tussen 16/04/2016 en 31/08/2016 (tijdens het uitvoeren van de praktijkrichtlijn). De vergelijking zal in december 2016 plaatsvinden om ook de vrouwen die in de eerste helft van augustus bevallen de kans te geven om op postpartum controle te komen. Er zal gekeken worden naar het (relatieve) aantal vrouwen dat een postpartum anticonceptie advies kreeg in onze praktijk. De knelpunten die uit de Understand-fase naar voor komen, zullen ook als indicator voor kwaliteitsverbetering gebruikt worden en vergeleken worden in beide groepen. Aan de hand van al deze indicatoren zal bekeken worden of en in hoeverre de kwaliteit van het postpartum anticonceptiebeleid verbeterd is in onze praktijk door de genomen maatregelen.
Er zal bij de verwerking rekening gehouden worden met de privacy van de patiënten en hun gegevens. De resultaten zullen enkel op een gecodeerde manier worden weergegeven. Alle gegevens zullen verwerkt worden conform de wet voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim.

Bijlage 2: Informed consent

INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Geachte Mevrouw,

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik een onderzoek naar maatregelen die het anticonceptiebeleid na de bevalling in Huisartsengroep Park Noord kunnen verbeteren om zoveel mogelijk ongeplande zwangerschappen te voorkomen.

Om het anticonceptiegebruik na de bevalling beter te begeleiden, werd aan de hand van literatuuronderzoek een praktijkrichtlijn opgesteld. Het doel van deze praktijkrichtlijn is de opvolging van vrouwen na de bevalling en het (her)opstarten van anticonceptie. Er bestaan verschillende soorten anticonceptie zoals bijvoorbeeld 'de pil' en 'het spiraal', maar er zijn ook nog tal van andere mogelijkheden. Op een consultatie na de bevalling bij uw huisarts kan dit besproken worden. De consultatie na de bevalling gaat verder dan anticonceptie alleen, ze omvat ook andere belangrijke aspecten die gecontroleerd dienen te worden na een bevalling.

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek zal de arts gegevens uit uw Globaal Medisch Dossier gebruiken om in de studie te verwerken. Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt worden, dit in overeenstemming met de wet voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim. U heeft het recht aan de onderzoeksarts te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is. U heeft ook het recht aan de onderzoeksarts te vragen om u inzage te verlenen in uw persoonlijke informatie en er eventueel de nodige verbeteringen in te laten aanbrengen. Het doel van deze studie is de kwaliteit van zorg met betrekking tot het gebruik van anticonceptie postpartum te verbeteren in Huisartsengroep Park Noord te Antwerpen-Noord.

Door het ondertekenen van een formulier voor geïnformeerde toestemming verklaart u zich bereid mee te werken aan de studie. Uw deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis. Dit wil zeggen dat u zich op elk moment uit de studie kunt terugtrekken zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven of hiervan nadelen zal ondervinden in verband met de verdere begeleiding binnen de praktijk.

Er werd voor deze studie, conform de Belgische wetgeving een verzekering afgesloten. De wet bepaalt dat voor elk wetenschappelijk onderzoek bij mensen een verzekering moet afgesloten worden ook al houdt deze studie weinig of geen risico in voor de deelnemer. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universiteit van Antwerpen.

Indien u nog bijkomende vragen heeft over dit onderzoek kan u steeds contact opnemen met Dr. Ita Terpstra. Hiervoor belt u best naar het nummer 03 301 06 06 op maandag, woensdag of donderdag tussen 13u en 13u30 en vraagt u naar Ita Terpstra. U kan ook op één van deze momenten naar de praktijk komen of uw vragen stellen tijdens een consultatie bij één van de artsen.

Alvast bedankt voor uw medewerking!
Met vriendelijke groeten,
Dr. Ita Terpstra

ICHO vzw
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Universiteit Antwerpen

TOESTEMMINGSFORMULIER

In te vullen door deelnemer / patiënt

Ik verklaar hierbij dat ik op een voor mij verstaanbare manier, mondeling en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode en doel van dit onderzoek. Ik kreeg hierbij de gelegenheid om vragen te stellen.

Ik begrijp dat persoonlijke en klinische gegevens uit mijn Globaal Medisch Dossier tijdens deze studie worden verzameld en geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar het persoonlijke dossier) of gecodeerd (terugkoppeling naar uw persoonlijke dossier door uw behandelende arts is nog mogelijk) worden verwerkt. Dit in overeenstemming met de Belgische wetgeving rond de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim.

Ik werd op de hoogte gebracht dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universiteit van Antwerpen.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..

Datum: …… Handtekening deelnemer:

In te vullen door onderzoeker / arts

Ik bevestig dat ik (of 1 van mijn collega's van Huisartsengroep Park Noord) de aard, methode en doel van het onderzoek heb uitgelegd en de het document 'Informatie voor de patiënt' heb meegegeven aan de hierboven vermelde patiënt. Resterende vragen over het onderzoek worden naar vermogen beantwoord.

De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: Dr. Ita Terpstra

Datum: …… Handtekening onderzoeker:

Bijlage 3: gunstig advies Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. L. Peremans
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

(Her)opstart van anticonceptie postpartum, een kwaliteitsverbeterend project (manama huisartsgeneeskunde Terpstra Ita)

datum	ons kenmerk	contact
4/04/2016	16/9/100	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 4/04/2016 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Terpstra Ita
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 20/03/2016
  Versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 20/03/2016
  Versie 2

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Het inzage- en verbeterrecht ontbreekt. De volgende tekst wordt best nog toegevoegd: 'U heeft het recht aan de onderzoeksarts te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is. U heeft ook het recht aan de onderzoeksarts te vragen om u inzage te verlenen in uw persoonlijke informatie en er eventueel de nodige verbeteringen in te laten aanbrengen. De bescherming van de persoonlijke gegevens is wettelijk bepaald door de geldende wet- en regelgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.'
2) Ook wordt best vermeld dat wanneer men uit de studie stapt, dit geen effect heeft op de verdere begeleiding binnen de praktijk.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

datum	ons kenmerk	contact
4/04/2016	16/9/100	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  o Nooit opgestart
  o Vroegtijdig stopgezet
  o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

Huisartsengroep **P**ark **N**oord
Dr Josefien Béghin
Dr Liesbeth Verpooten
Dr Ita Terpstra

Bijlage 4: Informatieve en uitnodigende brief

Geachte Mevrouw,

Wij willen u graag na uw bevalling uitnodigen voor een consultatie bij uw huisarts.

WAAROM?

In het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik een onderzoek naar maatregelen die het anticonceptiebeleid na de bevalling in Huisartsengroep Park Noord kunnen verbeteren om zoveel mogelijk ongeplande zwangerschappen te voorkomen.

WAT?

Om het anticonceptiegebruik na de bevalling beter te begeleiden, werd aan de hand van literatuuronderzoek een praktijkrichtlijn opgesteld. Het doel van deze praktijkrichtlijn is de opvolging van vrouwen na de bevalling en het (her)opstarten van anticonceptie. Er bestaan verschillende soorten anticonceptie zoals bijvoorbeeld 'de pil' en 'het spiraal', maar er zijn ook nog tal van andere mogelijkheden. Op een consultatie na de bevalling bij uw huisarts kan dit besproken worden. De consultatie na de bevalling gaat verder dan anticonceptie alleen, ze omvat ook andere belangrijke aspecten die gecontroleerd dienen te worden na een bevalling.

Voorbeelden van onderwerpen die aan bod kunnen komen op deze consultatie zijn:
- de bevalling en de periode nadien
- het welbevinden van u en uw baby
- anticonceptie
- verdere planning rond preventie (vaccinaties, uitstrijkje)
- …

Dus, ook indien u geen anticonceptie wenst te nemen is deze consultatie interessant voor u.

WANNEER EN HOE?

Bij nazicht van uw dossier stelden wij vast dat u momenteel aan het einde van uw zwangerschap bent of recent bevallen bent. Daarom willen we u graag uitnodigen om een afspraak te maken voor een postpartum controleraadpleging (= een consultatie na de bevalling).

Deze afspraak vindt best 2 weken na de bevalling plaats.

De Marbaixstraat 55 - 2060 Antwerpen - 03 301 06 06 - www.huisartsengroepparknoord.be

Huisartsengroep **P**ark **N**oord
Dr Josefien Béghin
Dr Liesbeth Verpooten
Dr Ita Terpstra

Indien u een afspraak wenst te maken voor een dergelijke consultatie, kan u dagelijks (maandag tot vrijdag) bellen naar het secretariaat (03 301 06 06) tussen 8u en 17u.

Indien u reeds een controleraadpleging bij de gynaecoloog heeft gehad, is het voor ons interessant om hiervan op de hoogte te worden gebracht, mede om te evalueren of een aanvullende controleraadpleging bij de huisarts nog nuttig kan zijn. Indien u deze gegevens wenst door te geven of indien u nog vragen heeft over dit onderzoek kan u steeds contact opnemen met Dr. Ita Terpstra. Hiervoor belt u best naar het nummer 03 301 06 06 op maandag, woensdag of donderdag tussen 13u en 13u30 en vraagt u naar Ita Terpstra. U kan ook op één van deze momenten naar de praktijk komen.

Alle gegevens zullen vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt worden, dit in overeenstemming met de wet voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het beroepsgeheim.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Dr. Ita Terpstra
Dr. Josefien Béghin
Dr. Liesbeth Verpooten

De Marbaixstraat 55 - 2060 Antwerpen - 03 301 06 06 - www.huisartsengroepparknoord.be

Bijlage 5: Praktijkrichtlijn: (Her)opstart van anticonceptie postpartum

Tijd postpartum

Noteer de tijd postpartum in dagen of weken.

Controle gynaecoloog

Steeds navragen of er een postpartum controle bij de gynaecoloog heeft plaatsgevonden of gepland is.
Zo ja:

- Werd daar anticonceptie besproken? Neemt de patiënt reeds anticonceptie?
- De patiënt vragen hiervan een verslag binnen te brengen of te laten versturen zo niet in dossier.

Bevalling

Bevraag en noteer minimaal volgende aspecten:

- A terme, pre- of postterm?
- Ziekenhuis of thuis?
- Spontaan of inductie?
- Vaginaal of Sectio? (primair of secundair) Vacuüm/forceps?
- Hoofd-, stuit- of andere ligging?
- Neonaat: APGAR, extra verzorging nodig gehad?, Opname neonatologie?

Pas hierbij ook de medische voorgeschiedenis van de patiënte aan.

(Borst)voeding

Bevraag of er borstvoeding wordt gegeven en hoe dit verloopt.
Zijn er bepaalde moeilijkheden of problemen?
Wordt er volledige borstvoeding gegeven?

Beleving

Bevraag de beleving van de vrouw in verband met:

- (Einde) zwangerschap
- Bevalling
- Mama zijn

Let hierbij op tekens die kunnen wijzen op een postpartumdepressie.

Klinisch en technisch onderzoek

- Meet de bloeddruk en bepaal het gewicht.
- Voer een vaginaal toucher en speculumonderzoek uit op indicatie (zie hierna).
- Bepaal bij tekens van een postpartum depressie de schildklierfunctie (TSH en zo afwijkend ook T3 en T4).

Gynaecologisch onderzoek

- Is er een indicatie voor het uitvoeren van een vaginaal onderzoek?
    - Heeft de vrouw last van overmatig vaginaal bloedverlies of uitgesproken vaginale pijn?
    - Zijn er andere klachten zoals een ruikende afscheiding, buikpijn of koorts?
- Wanneer vond het laatste uitstrijkje plaats?
    - Plan een uitstrijkje zo nodig (25-64j en laatste uitstrijkje meer dan 36 maanden geleden of korter bij voorgaand afwijkend resultaat): zet in actieplan in dossier

- De uitvoering mag ten vroegste 3 maanden postpartum en 3 maanden na het stoppen van borstvoeding plaatsvinden. Er is namelijk een gestoorde cytologie tijdens de zwangerschap en tijdens lactatie.

Anticonceptie

- Is er een verdere kinderwens en op welke termijn?
- Gebruikte de vrouw vroeger reeds anticonceptie?
  - Welke?
  - Hoe werd dit verdragen?
- Heeft de vrouw reeds gemenstrueerd?
- Is er reeds seksueel contact geweest?
- Is er reeds anticonceptie gestart?
- Bespreek zo nodig de verschillende contraceptieve mogelijkheden (zie tabellen voor beknopt overzicht). Het gebruik van een condoom wordt niet mee opgenomen in onderstaande bespreking maar is natuurlijk ook steeds een optie. Bespreek desgewenst ook de definitieve methoden van anticonceptie (sterilisatie man of vrouw).
- Noteer de gestarte anticonceptie in het dossier. Noteer ook indien de patiënt geen anticonceptie wenst te nemen maar dit wel besproken is.

BORSTVOEDING

Tijd postpartum	**Anticonceptie aangewezen/toegestaan**	**Methode**
<21d	Geen anticonceptie aangewezen	
	Progestageen-alleen-pil (POP, minipil) en implantaat toegestaan (prikpil nog niet)	POP, implantaat
	Mogelijk reeds plaatsing (hormoon)spiraal binnen eerste 48u bij gynaecoloog	
21d-4m	Volledige borstvoeding: strikt genomen geen nood aan AC, over het algemeen wel aangewezen vanaf 6 weken postpartum	
	Partiële borstvoeding: start AC	
	1e keuze: Progestageen-alleen-methoden	POP
		Prikpil
		Implantaat
		Hormoonspiraal (>4w)
	Combinatiepreparaat: >6w, als CI progesteron-only, te overwegen bij partiële borstvoeding	Combinatiepil
		Pleister
		Vaginale ring
	Koperspiraal of hormoonspiraal (>4w)	
>4m	Ook bij volledige borstvoeding anticonceptie absoluut aanbevolen	
>6m	Combinatiepreparaat algemeen aanvaard (ook indien nog volledige borstvoeding)	
	Progestageen-alleen-methoden nog steeds eerste keuze zolang borstvoeding.	

Tabel 1: Anticonceptie postpartum bij borstvoeding

Raad vrouwen die borstvoeding geven aan niet te wachten met anticonceptie tot de menstruatie terug start, het risico op zwangerschap is reëel. De Lactatie Amenorroe methode heeft gedurende de eerste 4 maanden postpartum een vergelijkbare effectiviteit met een spiraaltje, op voorwaarde dat er uitsluitend borstvoeding wordt gegeven (op vraag en geen pauzes van meer dan 6 uur) en geen menstruatie optreedt.

Progesteron-only methodes zijn voor 99% actief bij vrouwen die borstvoeding geven en hebben geen nadelige invloed op het melkvolume. Over combinatiepreparaten zijn minder gegevens bekend en dus worden ze niet aangeraden als eerste keuze. Ze hebben een mogelijk nadelig effect op de melkproductie. Borstvoeding minder dan 6 weken postpartum is een absolute contra-indicatie voor een combinatiepreparaat. Bij gedeeltelijke borstvoeding na 6 weken postpartum, kan een combinatiepreparaat overwogen worden. De voordelen van een combinatiepreparaat wegen dan op tegen de nadelen.

GEEN BORSTVOEDING

- Minder dan 21 dagen postpartum: geen anticonceptie noodzakelijk.
- Start een combinatiepreparaat niet voor 21d wegens een verhoogd tromboserisico postpartum. Progesteron only methoden mogen reeds vroeger gestart worden.
- De progesteron-only-pil is minder betrouwbaar en sterk afhankelijk van correcte inname bij deze populatie.

Type anticonceptie	**Wanneer te gebruiken**
Combinatiepreparaat	Te starten vanaf 21d postpartum
	>21 dagen postpartum: 7d aanvullende anticonceptie / onthouding
	Andere risicofactoren voor trombosen*: wacht minimaal tot 6w postpartum voor start combinatiepreparaat
Progestron-only	Reeds vanaf dag 1 postpartum toegestaan
	Te starten voor 21d
	>21 d postpartum: 2d aanvullende anticonceptie / onthouding
Spiraal (koper/hormoon)	Ofwel <48u geplaatst door gynaecoloog
	Ofwel >4w postpartum

Tabel 11: Anticonceptie postpartum zonder borstvoeding

***Andere risicofactoren voor trombosen: immobiliteit, transfusie bij bevalling, BMI > 30kg/m2, postpartum bloeding, pre-ecclampsie en roken.**

NB: Progesteron-only methodes: Progesteron-only-pil (POP, minipil), hormoonspiraal, progesteroninjecties (prikpil).
Combinatiepreparaten: combinatiepil, vaginale ring, pleister.

Vaccinatiestatus

Kijk de immuniteit voor Rubella na in het dossier (de eerste bloedname van tijdens de zwangerschap). Geef een herhalingsvaccinatie van het Mazelen-Bof-Rubella vaccin (M.M.R. VaxPro®) indien het resultaat geen immuniteit aantoont. Plan een 2e toediening minstens 4 weken na de eerste toediening. Borstvoeding is geen contra-indicatie voor deze vaccinatie. Bij vaccinatie van vrouwen die zwanger kunnen worden moet gedurende minstens 1 maand anticonceptie worden voorzien. Vaccinatie bij vrouwen die zwanger kunnen zijn is niet toegelaten.

Overige

- Vraag alcoholgebruik, rookgedrag en drugsgebruik na en geef adviezen zo noodzakelijk.
- Stimuleer vrouwen die stopten met roken tijdens de zwangerschap deze goede gewoonte verder te zetten.
- Geef aan op te letten met het gebruik van medicatie tijdens de borstvoeding.
- Bespreek de mogelijkheid van postpartum oefeningen bij een kinesist om de bekkenbodemspieren terug in goede vorm te brengen en het risico op urine-incontinentie te verminderen.

Bijlage: Indicaties en contra-indicaties van de verschillende anticonceptieve methoden, al dan niet bij het geven van borstvoeding.

Borstvoeding		
Voorbehoedsmiddel	*Tijd postpartum*	*Gebruik*
Combinatiepreparaten	<6w	Tegenaangewezen
	6w-6m	Volledige borstvoeding: niet aangewezen, tenzij contra-indicatie progestageen-alleen-methode
		Gedeeltelijke borstvoeding: niet aangewezen, te overwegen bij afbouwen borstvoeding
	≥6m	Toegestaan
Progesteron-only-pil, implanon	<6w	Toegestaan
	≥6w	Aangewezen
Prikpil	<6w	Niet aangewezen
	≥6w	Aangewezen
Spiraal/IUD (koper/hormoon)	<4w	Tegenaangewezen (tenzij plaatsing binnen 48u postpartum via de gynaecoloog)
	≥4w	Aangewezen
Noodanticonceptie	<21d	Niet noodzakelijk
	≥21d	Toegestaan (1e keuze levonorgestrel, koperspiraal pas na 4w, na ulipristal 1 week geen borstvoeding geven)
Geen borstvoeding		
Voorbehoedsmiddel	*Tijd postpartum*	*Gebruik*
Combinatiepreparaten	<21d	Tegenaangewezen
	≥21d	Aangewezen (tenzij bijkomend risico trombo-embolie)
Progesteron-only-pil, prikpil, implanon	<21d	Toegestaan
	≥21d	Toegestaan, minder betrouwbaar dan combinatiepreparaat
Spiraal/IUD (koper/hormoon)	<4w	Tegenaangewezen (tenzij plaatsing binnen 48u postpartum via de gynaecoloog)
	≥4w	Aangewezen
Noodanticonceptie	<21d	Niet noodzakelijk
	≥21d	Toegestaan (1e keuze levonorgestrel, koperspiraal pas na 4w)

Verkaring afkortingen: d: dagen, w: weken, m: maanden, IUD: intra-uterien device
Verklaring woordcode's:

- Tegenaangewezen: Deze methode is gecontra-indiceerd, er zijn mogelijke negatieve effecten of risico's omschreven. Deze methode mag niet gebruikt worden.
- Niet aangewezen: De nadelen die verbonden zijn aan deze methode wegen over het algemeen op tegen de voordelen. Het gebruik kan overwogen worden bij contra-indicaties of niet voorhanden zijn van andere middelen.
- Toegestaan: De methode kan gebruikt worden, de voordelen wegen op tegen de nadelen. Deze methode is geen eerste keuze, maar kan over het algemeen veilig gebruikt worden wanneer de eerste keuze methode gecontra-indiceerd of niet voorhanden is.
- Aangewezen: Deze methode is de eerste keuze onder deze omstandigheden. Er kunnen meerdere preparaten als eerste keuze gedefinieerd worden wanneer beide preparaten even veilig worden beschouwd.

Bijlage 6: Sjabloon Health-One

HEALTH one patiëntenfiche - Dossier : TEST vrouw

postpartum follow-up - algemene geneeskunde - 4/04/2017 - Dr Liesbeth Verpooten

- **postpartum follow-up**
- datum bevalling:
- gynaecoloog:
- bevalling:
- borstvoeding:
- psychische staat:
- contraceptie:
- uitstrijkje:
- klinisch onderzoek:
- bloeddruk:
- vaccin:
- actieplan: