Structureren van het pilconsult ter verbetering van de kennis en therapietrouw bij jonge vrouwen

Susan van der Spek, Universiteit Antwerpen

Promotor: Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine 2017

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2017

Dankwoord

Hier is het dan: de finale versie van mijn MaNaMa-thesis. Het bedenken, uitwerken, uitvoeren, verwerken en analyseren van een onderzoek had heel wat voeten in aarde. Een aantal mensen wil ik graag bedanken:

Mijn promotor dr. Kristin Hendrickx voor het begeleiden van deze thesis.

Mijn collega's in Borgerhout voor het vertrouwen in het onderzoek en de uitvoering van de praktische kant van ervan. Met name ook de secretaressen voor de ondersteuning bij de vragenlijsten van de nulmeting, het meedenken over praktische zaken en het vertalen van de vragenlijst.

Mijn huidige PO's voor het advies en het luisterend oor. Dr. Luc Seuntjes voor het nalezen en de nuttige adviezen over de tekst.

Christian Seghers van de firma HDMP was onmisbaar bij het maken van de applicatie in HealthOne.

Mijn vriend, Thomas, wil ik bedanken voor het begrip en het geduld in drukke tijden.

En als laatste grijp ik deze gelegenheid aan om mijn ouders nog eens te bedanken voor hun eeuwige steun en vertrouwen!

Veel dank allen!

Susan van der Spek

1. Abstract

Structureren van het pilconsult ter verbetering van de kennis en therapietrouw bij jonge vrouwen

Haio:	Susan van der Spek, Uantwerpen
Promotor:	Dr. Kristin Hendrickx, Uantwerpen
Praktijkopleider 1:	Dr. Kristien Frijns
Praktijkopleider 2:	Dr. Veerle Van Riet
Contact:	susan-vd-s@hotmail.com
ICPC code:	W11

Context:
De combinatiepil is de meest gebruikte vorm van anticonceptie in Nederland en Vlaanderen. In de praktijk zien we dat de kennis en therapietrouw vaak te wensen overlaat, waarmee er risico op ongeplande zwangerschappen ontstaat. Het voorschrijven van de pil is een dagelijkse taak van de huisarts, maar brengt verantwoordelijkheid met zich mee. Regelmatig wordt een pilvoorschrift tussendoor gevraagd en is uitleg summier.

Onderzoeksvraag:
Kan het structureren van het pilconsult aan de hand van een applicatie in het elektronisch medisch dossier de kennis en therapietrouw voor anticonceptie bij jonge vrouwen vergroten?

Methode:
Deze studie is een kwaliteit verbeterend project dat zich richt op de praktijk van mijn eerste opleidingsjaar in Borgerhout. Tijdens de nulmeting werd een vragenlijst afgenomen bij vrouwen tussen 16 en 25 jaar om de kennis over 'de pil' te testen. Een applicatie werd ontwikkeld in het elektronisch medisch dossier (HealthOne) op basis van de richtlijn van Domus Medica. Tijdens de implementatieperiode werd de applicatie door de collega's gebuikt bij de eerste pilvoorschriften. De vrouwen die een gestructureerd consult ondergingen werden nadien telefonisch gecontacteerd om een vragenlijst in te vullen voor de nameting.

Resultaten:
Zestig vrouwen vulden de vragenlijst van de nulmeting in. Deze jonge vrouwen waren grotendeels van Marokkaanse afkomst. Uit de vragenlijsten blijkt dat er nog veel hiaten in de kennis zitten, zowel op theoretisch als op praktisch vlak. De werking van de pil is voor veel vrouwen onbekend. Vrouwen weten tevens weinig over bijwerkingen, factoren die de werking verminderen en contra-indicaties voor het nemen van de pil. Praktisch weten vrouwen vaak niet wanneer ze het best starten met de pil, wat ze moeten doen bij een vergeten pil en bij doorbraakbloedingen. Deze hiaten werden grotendeels reeds beschreven in andere onderzoeken. Wel zien we een verschuiving in attitude tegenover seksualiteit en is er vaker sprake van voorhuwelijks seksuele contacten.

Tijdens de implementatieperiode werden 11 consulten geregistreerd aan de hand van de ontwikkelde applicatie. Slechts 6 vrouwen vulden de vragenlijst voor de nameting in. De antwoorden waren vergelijkbaar met de nulmeting, maar statistisch niet relevant. Uit de analyse van de geregistreerde consulten blijkt dat de applicatie kan dienen als hulp om het anticonceptieconsult te vergemakkelijken.

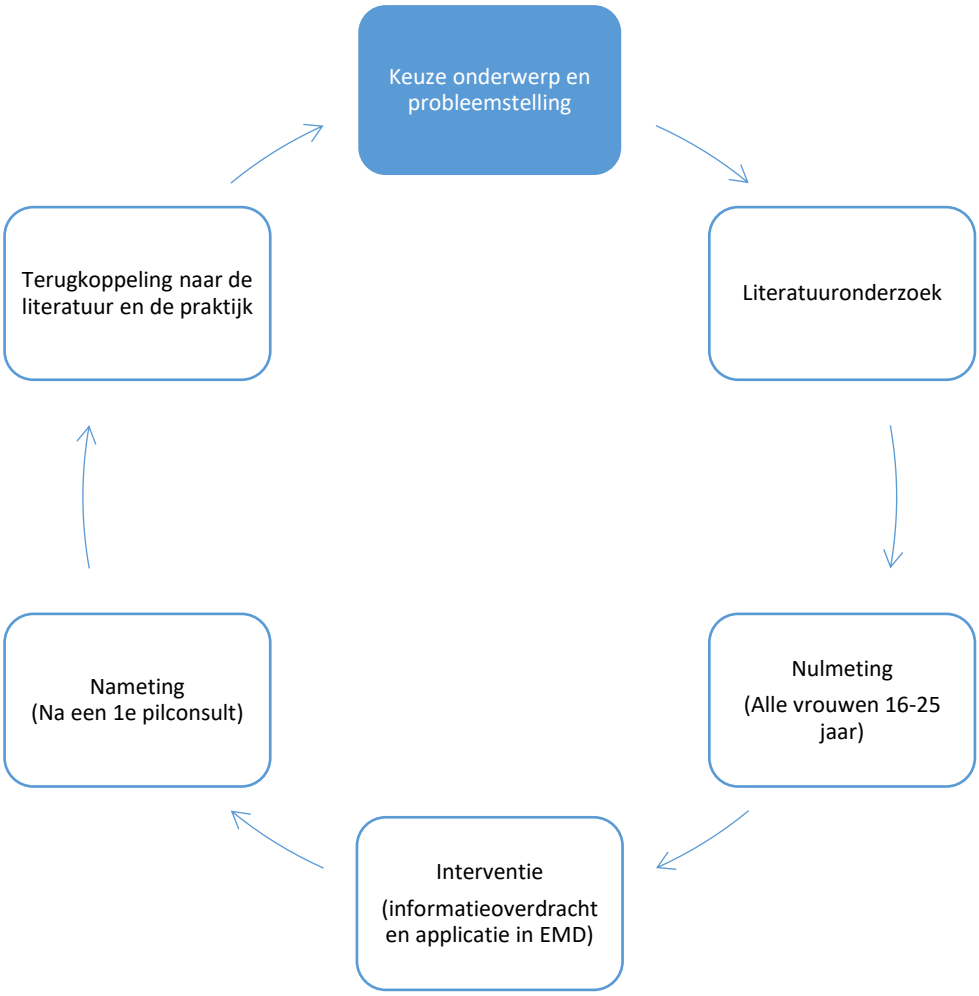
Conclusie:
Met betrekking tot de kennis over anticonceptie bij jonge, van afkomst Marokkaanse, vrouwen, blijken gekende hiaten nog altijd van toepassing te zijn. In combinatie met veranderende attitude en de bestaande taboe op praten over seksualiteit, bestaat er een risico op ongewenste zwangerschap bij deze bevolkingsgroep. Informatie wordt in mindere mate dan Vlaamse leeftijdsgenoten, verkregen van familieleden, waardoor een grote verantwoordelijkheid voor kennisoverdracht bij de huisarts ligt.
Een applicatie in het elektronisch medisch dossier geeft een gestructureerd consult dat meer volledig is. Op basis van dit onderzoek kan niet worden geconcludeerd dat het de kennis en therapietrouw vergroot. Wel was het een werkbaar hulpmiddel voor de artsen.

2. Inhoudstafel

1. Abstract……3
2. Inhoudstafel……5
3. Inleiding……7
4. Methode……9
5. Literatuuronderzoek……10
   - 5.1. Inleiding en deelvragen……10
   - 5.2. Methode literatuuronderzoek……11
   - 5.3. Resultaten literatuuronderzoek……11
     - 5.3.1. Welke middelen voor anticonceptie worden het meest gebruikt?……11
     - 5.3.2. Welke factoren spelen een rol bij verminderde therapietrouw met betrekking tot de anticonceptiepil?……12
     - 5.3.3. Welke verkeerde opvattingen leven er onder mensen over de anticonceptiepil?……13
     - 5.3.4. Wat zijn de opvattingen van (Marokkaanse) immigranten over seksualiteit en anticonceptiegebruik? ……13
     - 5.3.5. Hoe is het anticonceptiegebruik van immigranten?……15
     - 5.3.6. Wat zijn de cijfers met betrekking tot ongewenste zwangerschappen en abortus?……15
     - 5.3.7. Welke methoden zijn reeds onderzocht omtrent het structureren van een consult?……16
     - 5.3.8. Hoe is de kwaliteit van het huidige-anticonceptieconsult?……17
6. Methode veldwerk……19
   - 6.1. Populatiekeuze……19
   - 6.2. Nulmeting……19
     - 6.2.1. Drop-out……20
     - 6.2.2. Statistische analyse……20
   - 6.3. Ontwikkeling applicatie……20
   - 6.4. Informatieoverdracht……21
   - 6.5. Implementatieperiode……21
   - 6.6. Nameting……21
     - 6.6.1. Drop-out……21
     - 6.6.2. Statistische analyse……21
7. Resultaten……22
   - 7.1. Nulmeting……22
   - 7.2. Nameting……24

7.3. Vergelijking nul- en nameting……26
7.4. Geregistreerde consulten……26
8. Discussie……27
8.1. Mogelijke beperkingen van het onderzoek……29
9. Conclusie……31
10. Referenties……32
11. Bijlagen……35
11.1. Bijlage 1: Tabellen
11.1.1 Tabel 1: demografische gegevens……35
11.1.2. Tabel 2: antwoorden vragenlijst……37
11.1.3. Tabel 3: geregistreerde consulten……39
11.2. Bijlage 2: Vragenlijst……41
11.3. Bijlage 3: Informatie- en toestemmingsformulier……47
11.4. Bijlage 4: Poster wachtzaal……49
11.5. Bijlage 5: Applicatie……50
11.6. Bijlage 6: Studieprotocol……53
11.7. Bijlage 7: Goedkeuring ethisch comité……57

3. Inleiding



De anticonceptiepil geeft, samen met andere vormen van anticonceptie, de mogelijkheid tot seksuele vrijheid, geboortebeperking en familieplanning. Ze werd in 1962 geïntroduceerd als middel tegen menstruatiestoornissen. 'De pil' werd al snel het meest gebruikte middel voor contraceptie en is dat momenteel nog steeds het geval, hoewel een verschuiving merkbaar is. De laatste jaren wordt steeds vaker gekozen voor langwerkende vormen van anticonceptie als het spiraal en het implantatiestaafje. *(1)* De huisarts blijkt de belangrijkste verstrekker en voorlichter van de anticonceptiepil voor Vlaamse adolescenten. *(2,3)* Ook in het geval van ongeplande zwangerschappen is de huisarts vaak betrokken, goede begeleiding zal moeten worden voorzien om tot juiste beslissingen te komen.

In de huisartspraktijk van mijn eerste opleidingsjaar in Borgerhout zien we zeer regelmatig jonge vrouwen met de vraag naar een anticonceptiepil. In de praktijk blijkt echter dat de juiste kennis en therapietrouw

vaak te wensen over laat. *(4-7)* Dit kan uiteraard leiden tot ongewenste en/of ongeplande zwangerschappen.

De problemen bij de inname berusten op verschillende moeilijkheden bij deze, overwegend (van origine) allochtone, populatie. Ten eerste is er weinig kennis over het menselijk lichaam en de reproductieve gezondheid. Tevens heerst er nog altijd een taboe over het praten over zaken rond seksualiteit. *(7)* Een taalbarrière zorgt voor communicatieve problemen tijden de consultatie.

Regelmatig worden herhalings-voorschriften voor de anticonceptiepil tussendoor of telefonisch aangevraagd, zelden komt een patiënte enkel voor een pilvoorschrift naar de huisarts. Hierdoor lukt het vaak niet om het anticonceptie-consult optimaal uit te voeren en de richtlijn van Domus Medica te volgen. *(8)* De verantwoordelijkheid hiervoor ligt uiteraard bij de voorschrijvende arts. Tevens is er in deze huisartspraktijk geen uniforme aanpak voor het voeren van een anticonceptie-consult en de opvolging van het gebruik.

Dit kwaliteit verbeterend project heeft als doel om de kennis en therapietrouw van ‘de pil’ te verbeteren. Dit wordt aangepakt door de huidige kennis van jonge vrouwen (16-25 jaar) te toetsen, de voorschrijvende artsen bewust maken van de hiaten in de kennis en het anticonceptie-consult te structureren aan de hand van een applicatie in het elektronisch medisch dossier (EMD). Nadien wordt de interventie getoetst doormiddel van een nameting.
De onderzoeksvraag is: Kan het structureren van het anticonceptie-consult de kennis en therapietrouw van jonge vrouwen verbeteren?

Door meer bewust omgang met de hiaten in de kennis van jonge vrouwen en de juiste uitleg te geven over de werking en inname kan de huisarts een belangrijke rol spelen in het vergroten van de therapietrouw voor de anticonceptiepil. Het gebruik van de applicatie zal het consult vergemakkelijken en de kans op fouten verkleinen. Tevens zal het zorgen voor gestructureerde documentatie van de gewenste informatie rond het anticonceptieconsult.

4. Methode

Naar aanleiding van ervaringen in de praktijk is het idee ontstaan om de kennis over anticonceptiegebruik te onderzoeken en een methode te ontwikkelen om de therapietrouw te verbeteren. Dit onderzoek bestaat uit verschillende onderdelen:

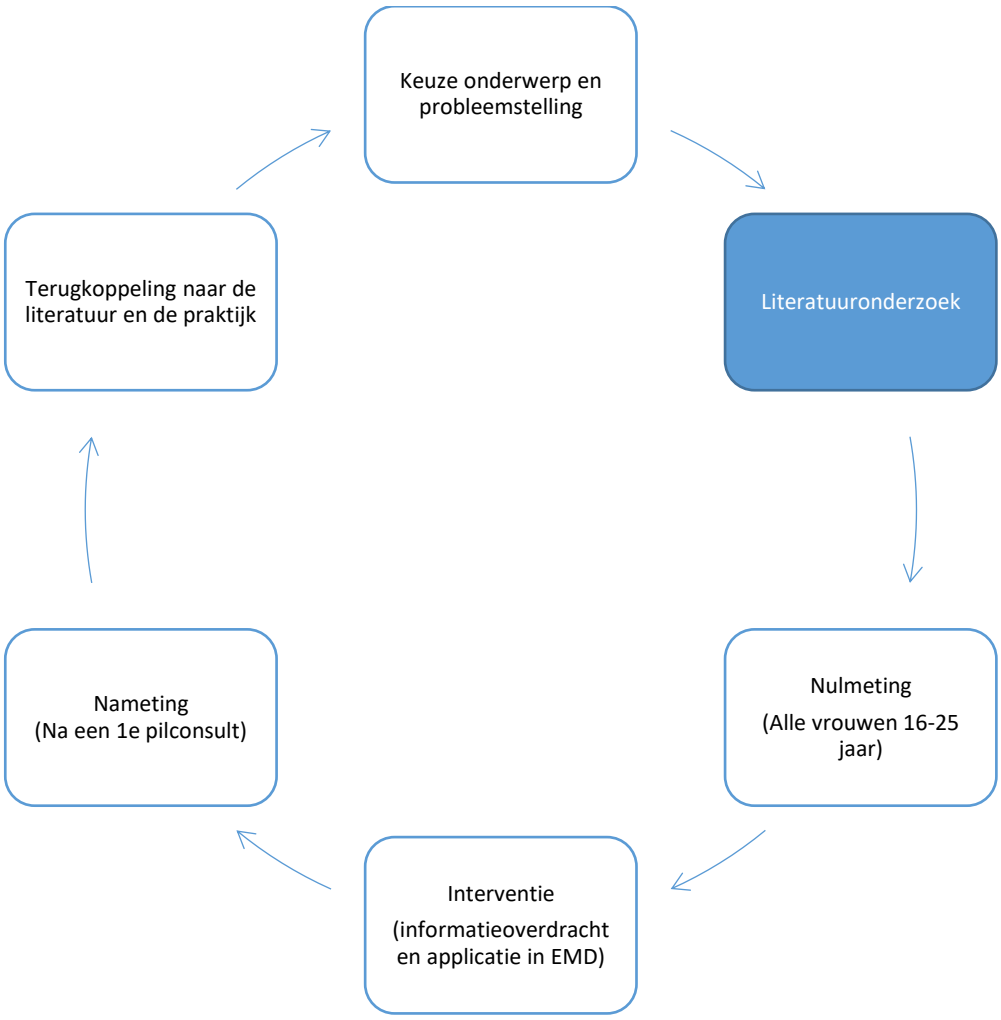
1. Literatuuronderzoek

   Met behulp van een literatuurstudie zal vrij breed op de beschikbare materie over het gebruik van anticonceptie worden ingegaan. Met behulp van dit literatuuronderzoek moet meer kennis worden vergaard over dit onderzoek domein en de grenzen van het veldwerk worden afgebakend. In de volgende paragraaf wordt de aanpak hiervan beschreven.

2. Veldwerk

   Het veldwerk specificeert zich op het gebruik en de kennis vooral van de combinatiepil en op de specifieke populatie in deze praktijk. Het bestaat uit een voor- en een nameting. De methodologie van het veldwerk wordt beschreven in paragraaf 6.

5. Literatuuronderzoek



5.1 Inleiding en deelvragen

Dit literatuuronderzoek richt zich op de praktische toepassing van anticonceptie en de problemen hieromtrent. In eerste instantie richt zich dit vooral op de algemene bevolking, waarbij wordt vooral informatie over Vlaanderen en Nederland wordt vermeld. Daarna wordt er meer specifiek op immigranten, etnische minderheden en Marokkanen gericht.

Deelvragen:

1. Welke middelen voor anticonceptie worden het meest gebruikt?
2. Welke factoren spelen een rol bij verminderde therapietrouw met betrekking tot de anticonceptiepil?
3. Welke verkeerde opvattingen leven er onder mensen over de anticonceptiepil?
4. Wat zijn de opvattingen van (Marokkaanse) immigranten over seksualiteit en anticonceptiegebruik?
5. Hoe is het anticonceptiegebruik van immigranten?
6. Wat zijn de cijfers met betrekking tot ongewenste zwangerschappen en abortus?

7. Welke methoden zijn reeds onderzocht omtrent het structureren van een consult?
8. Hoe is de kwaliteit van het huidige-anticonceptieconsult?

5.2 Methodologie

Het oriënterend literatuuronderzoek begon bij met de reeds geschreven masterthesissen over het onderwerp 'anticonceptie' in de database van het interuniversitair centrum voor huisartsenopleiding (ICHO). *(3,9,10)* Hieruit werd de basis voor de vragenlijst gehaald en was een bron vele andere referenties met betrekking tot het onderwerp.

De richtlijnen van Domus Medica en het Nederlands huisarts genootschap (NHG) gaven concrete informatie over wat er aan bod moet komen in een anticonceptieconsult, en vormden de basis van het gestructureerde consult. *(8,11)*

Op aanraden van de promotor werd de website van SenSoa geraadpleegd voor feiten en cijfers. *(1)*

Vervolgens werd gezocht op specifieke auteurs: Prof. Dr. Lieve Peremans en Dr. Kristin Hendrickx die beide veel onderzoek deden naar seksualiteit en anticonceptie onder de Vlaamse bevolking.

In PubMed werd gezocht met de volgende combinaties van MeSH-termen:

- contraception AND knowledge AND Belgium (53 hits)
- oral contraception AND compliance (66 hits)
- oral contraception AND misconception (2 hits)
- sexuality AND Maroccan AND Belgium/Netherlands (3 hits/11 hits)
- Computerised decision support system (186 hits)

Over het algemeen werd geen tijdslimiet toegepast, hoewel vooral met betrekking tot anticonceptie, de meest recente artikelen warden gekozen, omwille van het feit dat de laatste jaren veel is veranderd in het anticonceptieaanbod en -gebruik.

5.3 Resultaten literatuuronderzoek

5.3.1 Welke middelen voor anticonceptie worden het meest gebruikt?

De combinatiepil is het meest gebruikte anticonceptiemiddel in Vlaanderen. Redenen om te kiezen voor de pil zijn: gebruiksgemak, vermindering van menstruatiepijn en regelmatige bloedingen. *(12)* De laatste tijd wordt ook vaker gekozen voor een langwerkend anticonceptiemiddel. Jongeren kiezen vaker voor een implantatiestaafje en oudere vrouwen vaker voor een spiraal. *(1)*

Ook in Nederland en Scandinavië is de pil de meest gebruikte vorm van anticonceptie. Met toenemende leeftijd wordt ook vaker gekozen voor sterilisatie (man of vrouw) en het hormoonspiraal. In 2012 gebruikte 9% van de Nederlandse vrouwen geen anticonceptie terwijl ze wel seksueel contact heeft en niet zwanger wil worden en heeft dus een hoog risico op een ongewenste zwangerschap. *(13,14)*

Onder Marokkaanse meisjes zijn vooral de pil en het condoom bekend als anticonceptiva. *(15)*

5.3.2 Welke factoren spelen een rol bij verminderde therapietrouw met betrekking tot de anticonceptiepil?

Compliantie voor orale anticonceptiva is moeilijk te meten, omdat zelfrapportage de enige methode is die kan worden toegepast en hierbij vanzelfsprekend rapportagefouten kunnen worden gemaakt. *(16)* Onderzoeksresultaten wisselen dan ook sterk. In sommige onderzoeken worden zeer lage cijfers gevonden en lijkt slechts 28-40% geheel therapietrouw te zijn. *(17)* Tijdens een recent observationeel onderzoek in Vlaanderen misten de vrouwen gemiddeld echter maar 0.59 pillen op 6 maanden tijd. En werd dus een heel goede compliantie aangetoond. *(18)* In Nederland geeft 21% van de pilgebruiksters aan in de afgelopen 6 maanden meer dan één pil van dezelfde strip te zijn vergeten. *(13)*

Simpelweg vergeten van een pil is vooral aan het begin en het einde van de cyclus een probleem. Ook (de angst voor) het hebben van bijwerkingen blijkt een belangrijke oorzaak van verminderde therapietrouw en een reden om plots te stoppen met de pil. *(19)* Met name mineure bijwerkingen zoals gewichtstoename, irregulaire bloedingen en hoofdpijn worden in verschillende onderzoeken genoemd. Veneuze trombose is de belangrijkste ernstige reden om te stoppen met de pil en vrouwen blijken zich ook ongerust te maken over de lange-termijn effecten van de pil. Jonge Amerikaanse vrouwen zijn bang dat hun ouders het gebruik van de anticonceptiepil zullen ontdekken en stoppen om deze reden met de pil. *(17,20,21)* Als laatste kunnen beschikbaarheid en kostprijs ook redenen zijn om te stoppen met de pil. *(22)* Het starten met de pil wordt door jongeren soms uitgesteld omwille van angst voor vaginaal onderzoek, wachttijden en het hebben van weinig vertrouwen in de huisarts. *(7)* Onder Marokkaanse meisjes is er veel angst dat de huisarts zich niet aan het beroepsgeheim zal houden, zij zouden het beter vinden als de pil vrij verkrijgbaar zou zijn. *(15)*
Er konden geen socio-demografische karakteristieken worden gekoppeld aan een betere of slechtere compliantie. *(18)*

Informatie halen Vlaamse vrouwen bij de huisarts: 90% geeft aan gemakkelijk vragen te stellen aan de huisarts. Ook het internet is tegenwoordig een veel gebruikte bron: de helft van de vrouwen gaf in 2012 aan informatie op het web op te zoeken. Vijfenveertig procent van de vrouwen in een onderzoek met vragenlijsten verspreid via Facebook geeft bovendien aan de website van Sensoa te hebben bezocht (het Vlaamse expertisecentrum voor seksuele gezondheid). *(2)* Tijdens onderzoeken in 1996 en 2005 wordt van internet als belangrijke informatiebron nog niet gesproken. *(7,15)* Tijdens een onderzoek met focusgroepen bij 17-jarige meisjes eind jaren 90, wordt vooral over vriendinnen, tijdschriften, school en de huisarts als informatiebron gesproken. *(7)* Voor vrouwelijke VUB studenten is de huisarts een belangrijke bron, naast vrienden en de media, ouders komen pas op de 4^{e} plaats. *(3)* Marokkaanse meisjes spreken vooral over de televisie als bron van informatie. *(4)*

5.3.3 Welke verkeerde opvattingen leven er onder mensen over de anticonceptiepil en waar zitten de hiaten in de kennis?

Onder vrouwen heersen veel verkeerde opvattingen over bijwerkingen en laattijdige gevolgen van de anticonceptiepil. Bovendien wordt de kennis over de pil overschat. Ondanks informatie dat het tegendeel bewijst zijn vrouwen nog steeds bang voor hoofdpijn, gewichtstoename, kanker, verminderde cycluscontrole en verminderde vruchtbaarheid. *(3,9,12,17,22)*

Gebrek aan kennis over de werking lijdt tot verkeerde ideeën: zo wordt gedacht dat de stopweek nodig is om het lichaam te zuiveren van de hormonen. Hierdoor hechten vrouwen minder belang aan het op tijd terug beginnen met hun pilstrip, en is er een risico op ongeplande zwangerschappen. *(22)* Veel vrouwen weten niet goed wanneer ze moeten starten en wat ze moeten doen bij doorbraakbloedingen, dit zijn de belangrijkste oorzaken van het falen van de pil. *(3)*

Kennis over noodpil ontbreekt regelmatig, vooral jongeren weten niet van het bestaan af of weten niet dat deze zonder doktersvoorschrift te verkrijgen is. Angst voor negatieve gevolgen voor de gezondheid weerhoudt vrouwen van het gebruik van de noodpil, zelfs indien risico op een ongeplande zwangerschap aanwezig is. *(7,23)*

Veel vrouwen weten niet goed wat ze moeten doen bij het vergeten van een pil of kiezen de verkeerde bron met foute of tegenstrijdige informatie. Een geschreven brochure met grafieken kan deze kennis verhogen. Maar zelfs indien er duidelijke instructies zijn volgen vrouwen deze vaak niet op. *(23-25)*

5.3.4 Wat zijn de opvattingen van (Marokkaanse) immigranten in Nederland en België over seksualiteit en anticonceptiegebruik?

Jongeren uit etnische minderheidsgroepen zijn minder goed geïnformeerd over seksuele gezondheid dan de rest van de bevolking blijkt uit onderzoek. *(3)* Erover praten thuis is nog altijd een taboe. Eerder uit angst, schaamte en respect voor de ouders, dan uit religieuze redenen. *(5,15)* Jonge mannen uit etnische minderheden halen hun informatie vooral bij de apotheek, leraren op school, ooms en neven, terwijl Belgische jongens eerder bij hun ouders of (seks)partner zullen aankloppen. *(26)* Marokkaanse meisjes praten met hun zussen en vriendinnen. Het uitstellen van een eerste zwangerschap zouden ze graag met hun toekomstige echtgenoot bespreken. De meeste jongens vinden echter dat anticonceptie een taak voor de vrouw is. *(4,5)*

Uit onderzoek met focusgroepen blijkt dat Marokkaanse jongeren veel belang hechten aan de maagdelijkheid van de vrouw bij het huwelijk. Hoewel dit steeds vaker een vrije keuze van de vrouw wordt, wordt nog af en toe maagdelijkheids-bewijs geëist bij het huwelijk. Dit is een bewijs dat er geen coïtus is geweest en onrechtstreeks geeft dit ook een ‘bescherming’ tegen incest. Door de jonge mannen

wordt neergekeken op vrouwen die voorhuwelijkse coïtus hebben gehad. Terwijl mannen kunnen bewijzen een 'echte man' te zijn, juist door meerdere partners te hebben gehad voor het huwelijk. Dit zijn vaak Belgische meisjes of prostituees. Jongens zeggen consequent een condoom te gebruiken bij eenmalige contacten, en dit vaker te doen dan hun Belgische leeftijdsgenoten. In Nederland zijn minder gunstige cijfers vastgelegd: slechts 31% van de Marokkaanse jongens gebruikt een condoom, tegenover 63% van de Nederlandse leeftijdsgenoten. *(4,5)*

Homoseksuele relaties zijn verboden. Er wordt gesproken over verstoting of verbanning uit de familie bij homofilie. In de praktijk blijkt dat mannen wel seks hebben met mannen, zolang ze de 'actieve' partij zijn. De passieve positie is zeer vernederend voor mannen. Meisjes geven aan uit respect voor hun ouders toch voor een man te kiezen indien ze lesbisch zouden zijn. *(4,5,15)*

Kennis over seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en veilig vrijen is beperkt. Vooral aids wordt genoemd als naar soa's gevraagd wordt. Symptomen van andere aandoeningen weten moslimmeisjes niet. Jongeren kennen de pil en het condoom als anticonceptiva, maar zijn niet zeker of het is toegestaan binnen de Islam. Ook is geweten dat het condoom beschermd tegen soa's en de pil niet. Vooral hoger opgeleide meisjes vinden dat hun toekomstige echtgenoot moet bewijzen dat hij geen aids of soa heeft bij het huwelijk. Ze weten dat mannen vaak wel (onbeschermde) voorhuwelijkse seksuele contacten hebben gehad en willen zichzelf beschermen. *(4,5,15)*

Ongewenste zwangerschappen en abortus worden binnen Marokkaanse families vaak verzwegen. Een zwangere dochter wordt meestal niet aanvaard en binnen de Islam wordt abortus gezien als moord. In sommige omstandigheden wordt er wel gekozen voor abortus, bijvoorbeeld als het meisje nog heel jong is. In andere gevallen wordt direct een trouwdatum vastgesteld, zodat de schande wordt beperkt.
In de meeste gevallen gebeuren abortussen dus zonder dat de familie het weet. Meisjes weten niet goed waar ze informatie vandaan moeten halen. De stap naar de huisarts is voor veel meisjes te groot. *(15)*

Betrouwbare informatie zou volgens Marokkaanse meisjes veel actiever door meisjeswerkingen en scholen moeten worden aangeboden. Het taboe moet worden doorbroken vinden ze. Het vertrouwen in de huisarts is matig, meisjes zijn bang dat de zaken wordt doorgespeeld naar de ouders. Bovendien voelen ze zich niet altijd begrepen door de arts op cultureel gebied. Informatie kan best door een persoonlijk gesprek worden doorgegeven, bijvoorbeeld door een vragenuurtje met een groep meisjes bij de huisarts of andere veilige situatie. *(15)*

5.3.5 Hoe is het anticonceptiegebruik van immigranten in Nederland en België?

Hoewel studies de seksuele gezondheid en het contraceptiegebruik in Vlaanderen uitgebreid onderzoeken is weinig data te vinden over anticonceptiegebruik van immigranten. Informatie richt zich vooral op de twee grootste groepen: vrouwen van Turkse en Marokkaanse origine. Er worden wisselende resultaten gevonden bij vergelijking met Vlaamse leeftijdsgenoten. Uit een onderzoek uit 1990 blijkt dat immigranten even vaak anticonceptie gebruiken als Vlaamse leeftijdsgenoten. In een ander onderzoek wordt echter een veel lager percentage contraceptiegebruik gevonden bij immigranten vergeleken bij Vlamingen (39% vs. 75%). *(27)* In een Nederlands onderzoek werden ook demografische verschillen gevonden tussen vrouwen die wel of geen anticonceptie gebruiken. Vrouwen van Turkse of Marokkaanse origine gebruikten minder vaak anticonceptie dan autochtone vrouwen. *(13)* Ook uit data verzameld in abortusklinieken in Vlaanderen blijkt het anticonceptiegebruik van Turken en Marokkanen minder consequent te zijn dan bij Vlaamse vrouwen. *(1,27)*

Uit een onderzoek van Elaut et al. Over contraceptiegebruik bij vrouwen van Turkse origine blijkt dat de frequentie en de middelen van anticonceptie gelijk zijn aan die van Vlaamse vrouwen. De kennis over de noodpil blijkt bij Turkse vrouwen veel minder te zijn. Dit wordt mogelijks veroorzaakt door verschil in culturele waarden en het belang om snel na het huwelijk een gezin te stichten, daardoor zou kennis over de noodpil minder worden opgepikt door deze groep vrouwen. *(27)*

In Nederland wordt gezien dat vrouwen afkomstig van Suriname en de Nederlandse Antillen vaker ongewenst zwanger zijn en vaker herhaalde abortussen ondergaan. *(28)* De seksuele gezondheid van vrouwen die illegaal in het land verblijven moet ook worden verbeterd: er is weinig antenatale zorg, veel vrouwen gebruiken geen contraceptie en het abortuscijfer ligt veel hoger dan in de algemene bevolking: 64,9/1000. *(29)*

5.3.6 Wat zijn de cijfers over ongewenste zwangerschappen en abortus?

Uit cijfers van het het Sexpert-onderzoek uit 2013, een project wat de seksuele gezondheid van Vlaanderen in kaart probeert te brengen, blijkt dat 1 op de 4 zwangerschappen ongepland is. Een groot deel is wel gewenst en 30% hiervan blijft ongewenst. *(30)*

In België worden 9,3 zwangerschapsafbrekingen per 1000 vrouwen uit de vruchtbare leeftijdsgroep gedaan. België hoort daarmee bij de 5 Europese landen met het laagste abortuscijfer. Verplichte registratie en striktere toepassing hiervan is waarschijnlijk de reden van een toenemend abortuscijfer de laatste jaren. *(1)* De afwezigheid van een actuele kinderwens is de meest op gegeven reden voor een abortus in Vlaanderen. De invloed van sociaal-demografische gegevens op abortus is niet eenduidig, sommige onderzoeken laten zien van vrouwen met een lagere sociaaleconomische status (SES) of een vreemde origine meer kans hebben op een abortus, andere onderzoeken laten geen verband zien. Een grootschalig Nederlands onderzoek liet zien dat autochtone hoogopgeleide vrouwen minder kans hebben op een ongewenste zwangerschap. *(13)* De gemiddelde leeftijd van abortus cliënten in Vlaanderen is 27,3

jaar en in slechts 10% gaat het over een tienerzwangerschap (15 -19 jaar). De origine van vrouwen wordt pas kort geregistreerd in abortuscentra: ongeveer 40% is van vreemde origine. Juist bij nieuwkomers en mensen met een niet-Europese nationaliteit loopt de registratie wel eens fout, waardoor het daadwerkelijke percentage mogelijk hoger ligt. Van de vrouwen die voor een abortus kozen gaf 31% aan de anticonceptiepil te gebruiken toen zij zwanger raakte en is het falen van de pil of therapieontrouw dus de reden van de ongewenste zwangerschap. Vier op tien vrouwen gebruikten geen anticonceptie en 15% gebruikte een condoom toen zij ongewenst zwanger raakte. *(1)*

5.3.7 Welke methoden zijn reeds onderzocht omtrent het structureren van een consult?

We zijn gewend aan het bestaan van richtlijnen uit verschillende bronnen. Deze richtlijnen zorgen voor een advies over goede medische praktijkvorming, houden de huisarts op de hoogte van recente kennis en vormen daarmee een brug tussen de medische wetenschap en de praktijk. Het toepassen van de richtlijnen blijkt complex te zijn.

Allereerst moeten artsen van het bestaan ervan afweten en vervolgens blijken bestaande patronen moeilijk aan te passen. Artsen zoeken het evenwicht tussen eigen ervaring, EBM en de voorkeur van de patiënt.

Multimorbiditeit maakt dat de richtlijn op maat van de patiënt moet worden toegepast, en blijkt een reden te zijn om aanbevelingen links te laten liggen. Tijdsgebrek, complexiteit van de richtlijn, weinig relevantie en betwisten van de evidentie worden door huisartsen genoemd als obstakels voor het toepassen van de richtlijnen. *(10,31,32)*

Er kunnen verschillende strategieën worden toegepast om een aanbeveling onder de aandacht van artsen te brengen, deze kunnen worden opgedeeld in didactische, patiëntgebonden en computer gebonden strategieën. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat voor het combineren van interventies betere uitkomsten geeft op de implementatie van richtlijnen. *(10, 31,33)*

Didactisch

Het geven van lessen aan artsen, bezoek van experts en het geven van (ongevraagde) schriftelijke informatie geeft geen eenduidig resultaat, maar lijkt niet zeer effectief. Het geven van feedback op handelingen geeft matig effect op gedragsverandering. *(10)*

Patiëntgebonden

Patiëntgebonden interventies zijn vooral geschikt voor preventieve geneeskunde. Het geven van ondersteuning bij klinische beslissingen aan patiënten helpt de therapietrouw te vergroten en indien patiënten een actieve rol spelen in de consultatie kunnen de prestaties van de huisarts significant worden verbeterd. Dit wordt ‘patiënt empowerment’ genoemd. Er moet daarvoor voldoende informatie op maat van de patiënt worden aangeboden en patiënten moeten zich voorbereiden op de consultatie bij de

huisarts. Er ontstaat op deze manier een verschuiving in verantwoordelijkheid van de geboden zorg. Assertieve en hoogopgeleide patiënten zullen deze verantwoordelijkheid gemakkelijker op zich nemen, hoewel de rol van lager opgeleide patiënten passen niet mag worden onderschat. *(10, 34, 35)*

Computer gebonden

Het meest onderzocht en het meest effectief blijken interventies met gebruik van de computer: reminders en 'computerised decision support systems' (CDSS). *(10)*

Reminders zijn vooral effectief in het kader van preventieve geneeskunde en kunnen worden zowel worden toegepast op artsen als op patiënten. *(10)*

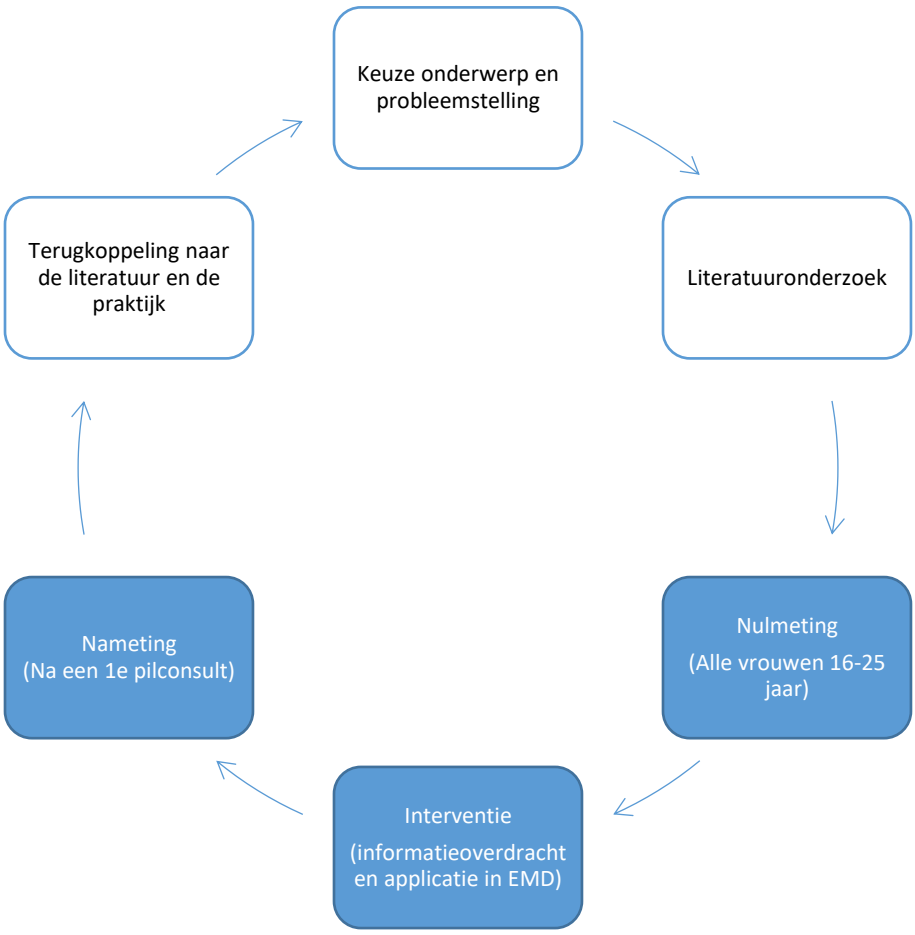
De meest effectieve implementatie strategieën worden op het moment van de consultatie te worden toegepast. CDSS is een slim computergestuurd ondersteuningssysteem wat helpt om beslissingen te maken aan de hand van bepaalde karakteristieken van een specifieke patiënt. Het systeem kan waarschuwingen geven aan de hand van ingevoerde informatie. Dit kan helpen evidence based beslissingen te ondersteunen en zo het vertrouwen en de therapietrouw bij de patiënt te verhogen. *(36)*
Uit verschillende onderzoeken blijkt dat CDSS significante verbetering kan geven van consultatievoering en patiëntenzorg in de praktijk. Vooral op vlak van preventie, medicatie en besliskunde en minder in het kader van diagnosestelling. *(10, 34)*
Uit een onderzoek in Vlaamse huisartsenpraktijken had CDSS geen invloed op de kwaliteit van het consult over anticonceptie. Dit was vooral te wijten aan de lage frequentie van gebruik van de software tijdens de consultaties. *(35)* Meldingen worden bovendien vaak genegeerd of de melding leidt niet tot actie door de patiënt. *(34)* Te veel vertrouwen in deze systemen is mogelijk ook een gevaar, vooral indien de informatie niet up-to-date of foutief is. *(36)*
Ondanks vele onderzoeken met goede resultaten is men nog niet overtuigd van CDSS: Verschillende processen, die hun klinische waarde reeds aangetoond, zoals gebruik van colonoscopieën en mammografieën, verbeteren door het gebruik van beslissingsondersteuning. Meer onderzoek is echter nodig om te bewijzen dat de richtlijnen op de juiste manier worden geïmplementeerd en dat de klinische resultaten hierdoor daadwerkelijk verbeteren. *(34)*

5.3.8 Hoe is de kwaliteit van het huidige-anticonceptieconsult bij Vlaamse huisartsen?

De kwaliteit van consultaties bij de huisarts zijn nog weinig onderzocht. Bij een observationele studie van prof. Peremans werd gebruik gemaakt van checklists op basis van de aanbeveling van Domus Medica, om het anticonceptieconsult te evalueren. *(8)* Hieruit blijkt dat deze ruimte voor verbetering overlaat. Bijna alle artsen gaven informatie over het starten van de pil, hoewel soms verkeerde of tegenstrijdige informatie. Over het vrije verkoop van de noodpil werd geen informatie gegeven en een minderheid van

de huisartsen sprak over interacties met andere medicatie of verminderde werkzaamheid van de pil in bepaalde omstandigheden. De meeste patiënten werden terug op consultatie gevraagd na 3 maanden. Slechts 6 van de 29 artsen schreven een tweede generatiepil voor, welke volgens de richtlijn de eerste keuze is. *(10,37)*

6. Methode veldwerk



6.1 Populatiekeuze

Vrouwen tussen de 16 en 25 jaar werden geïncludeerd in het onderzoek. Er wordt gekozen voor deze leeftijdscategorie omdat er vooral gericht wordt op vrouwen die starten met de pil of nog niet lang de pil nemen. Bij meisjes onder de 16 jaar moet toestemming van de ouders worden gegeven om te mogen deelnemen. Dit leek praktisch niet haalbaar, vandaar dat werd gekozen voor een leeftijd vanaf 16 jaar.

6.2 Nulmeting

Voor de nulmeting werden alle willekeurige meisjes tussen de 16 en 25 jaar geïncludeerd, ongeacht of ze een pil gebruikten of niet. Er werd een vragenlijst gebruikt gebaseerd op een vragenlijst gebruikt in een andere masterthesis *(9)*. In overleg met promotor en collega's in de praktijk werden enkele stellingen toegevoegd met betrekking op gekende problemen of hiaten in kennis.

In het oorspronkelijke draaiboek was het de taak van de secretaressen om de vraag naar deelname te stellen aan de jonge vrouwen in de wachtzaal. Praktisch leek dit haalbaar vanwege een voltijds secretariaat. Echter werd besloten dat de vrouwen sneller de positieve beslissing tot deelname zouden

maken bij vraag naar deelname door een van de artsen. Geen van de gevraagde vrouwen weigerde deelname. Korte uitleg werd gegeven door de arts en het toestemmingsformulier werd getekend. Daarna werd doorverwezen naar de secretaresse voor verdere praktische uitleg over het invullen van de vragenlijst.
In de praktijk bleek dat de meerderheid van de vrouwen naar de secretaressen werden doorverwezen door mij. Tijdens de periode van april tot en met juni 2016 werden 60 vragenlijsten ingevuld.

6.2.1 Drop-out

Voor de nulmeting werden 80 vrouwen in het onderzoek geïncludeerd, zij tekenden het toestemmingsformulier. 60 vrouwen vulden daadwerkelijk de vragenlijst in. De vrouwen die de vragenlijst niet invulden namen deze mee naar huis en brachten deze nooit meer binnen in de praktijk.

6.2.2 Statistische analyse

Voor de statistische analyse werd SPSS versie 23 gebruikt.
Bij de verwerking van de resultaten van de nulmeting maakte ik vergelijkingen, waarbij ik vrouwen in verschillende groepen indeelde.

- Pilgebruiksters vs. niet-pilgebruiksters
- Jonge groep (≤21 jaar) vs. oudere groep (>21 jaar)
- Kort pilgebruik (≤12 maanden) vs. langer pilgebruik (>12 maanden)

Ik gebruikte een fisher's exact test om de groepen te vergelijken.

6.3 Ontwikkeling applicatie

Met behulp van Christian Seghers van de firma HDMP is het gelukt om het idee uit te werken in HealthOne.
Het oorspronkelijke plan van een applicatie met keuzemogelijkheden, waaraan consequenties verbonden zijn, bleek niet haalbaar om praktische en financiële redenen. Met een aantal compromissen stelde ik uiteindelijk een reeks samen. Een afdruk van het scherm bij een ingevulde anticonceptieconsult is te vinden in de bijlage.
In de reeks is aandacht voor contra-indicaties en voor het geven van informatie en opvolging. De bedoeling hiervan is de aandacht van de arts hier meer op te vestigen en de kans op fouten te verkleinen. Dit geeft de mogelijkheid om te kunnen monitoren welke informatie er wordt gegeven aan de patiënten. Tevens zorgt gebruik van de applicatie voor een gestructureerde documentatie van de gewenste gegevens met betrekking tot het voorschrijven en de opvolging van het anticonceptieconsult. Een afbeelding van de applicatie is te vinden in de bijlage.

6.4 Informatieoverdracht

Omdat ik tijdens de implementatieperiode niet meer in dezelfde opleidingspraktijk zou werken, was een goede overdracht van informatie belangrijk. Ik organiseerde een moment om de resultaten van de nulmeting te presenteren aan mijn collega's en de nieuwe HAIO, die in mijn plaats in de praktijk kwam werken. De hiaten in de kennis zijn op deze manier gekend bij alle collega's. Tevens werd de applicatie in HeathOne overlopen en het gebruik ervan toegelicht.

6.5 Implementatieperiode

Tijdens de maanden september 2016 tot en met januari 2017 werd de reeks die ik maakte in HealthOne actief gebruikt door de collega's bij elke pilstart.
Alle consulten werden geregistreerd met als hoofddiagnose 'pilstart', zodat deze nadien gemakkelijk terug te vinden waren voor mij.

6.6 Nameting

Voor de nameting werden de vrouwen geïncludeerd die het gestructureerde consult hadden ondergaan aan de hand van de applicatie. Dezelfde vragenlijst werd gebruikt als die in de nulmeting. Er werden 11 pilconsulten geregistreerd aan de hand van de opgestelde reeks. De geregistreerde vrouwen contacteerde ik per telefoon om de vraag naar deelname te stellen. Op deze manier kon ik vragen naar de voorkeur voor een manier om de vragenlijst te ontvangen. De meeste vrouwen kozen om de vragenlijst per email te ontvangen. Al deze vrouwen stuurden de vragenlijst ingevuld terug. Twee vrouwen vroegen de vragenlijst per post op te sturen. In totaal ontving ik 6 ingevulde vragenlijsten.

6.6.1 Drop out

Drie vrouwen weigerde deelname tijdens het telefonisch contact.
Twee vrouw spreken geen Nederlands, de echtgenoten stemden toe in deelname en vroeg om de vragenlijst per post te sturen. Deze werden niet terug ingeleverd op de praktijk.

6.6.2 Statistische analyse

Het aantal vrouwen dat geïncludeerd is in de nameting is te klein om een statistische test op te doen. Indien de groepen vergelijkbaar zouden zijn in aantal zou ik opnieuw een fisher's exact test gebruiken om de antwoorden van de vragenlijsten van de nulmeting te vergelijken met die van de nameting.

7. Resultaten veldwerk

De resultaten van de vragenlijsten zijn te vinden in de tabellen 1 en 2 in de bijlage.

7.1 Nulmeting

Er werden 80 willekeurige vrouwen tussen de 16 en de 25 jaar, geïncludeerd in het onderzoek. Zestig vrouwen vulden de vragenlijst in. De gemiddelde leeftijd was 21,3 jaar. De vrouwen hadden overwegend de Belgische nationaliteit en waren van Marokkaanse afkomst (2e generatie). Alle vragenlijsten werden in het Nederlands ingevuld, daarnaast werd er bij de ruim helft thuis ook Berbers gesproken. De religie was bij 49 van de 60 vrouwen Islamitisch. De vrouwen zijn eerder laag opgeleid en de helft van de vrouwen is student en 18 vrouwen hebben vast werk.

Tweeënveertig van de 60 vrouwen gaven aan nog thuis te wonen, en dus niet getrouwd te zien. Echter heeft de helft van de vrouwen reeds een relatie en 1/3 heeft intieme betrekkingen. De combinatiepil is het meest gebruikte voorbehoedsmiddel (14 van de 60 vrouwen). De meeste vrouwen gebruiken de pil nog maar kort (8 van de 14 minder dan 1 jaar).

Werking pil

Ruim de helft van de vrouwen weet dat de pil geen spermacellen doodt. Echter een kwart van de vrouwen denkt dat dit wel het werkingsmechanisme van de pil is. Vrouwen die langer de pil nemen geven vaker het goede antwoord. De helft van de vrouwen denkt dat de eisprong niet wordt onderdrukt bij het nemen van de pil, slechts een kwart weet dat dit wel het geval is. Deze vraag wordt vaker goed beantwoord door vrouwen uit de oudere groep.

Negenenveertig van de 60 vrouwen weet dat de pil niet 100% beschermd tegen zwangerschap. Slechts 2 vrouwen uit de jongste groep, die geen pil nemen, denken dat de pil enkel genomen moet worden op de dagen dat seksueel contact plaatsvindt. Slechts 3 vrouwen denken dat de pil bescherming biedt tegen soa's. Dit zijn allen vrouwen uit de jongste groep, die geen pil gebruiken.

Indicatie voor de pil

Negenenveertig van de 60 vrouwen weet dat anticonceptie niet de enige indicatie is voor het voorschijven van de pil en dat het ook wordt voorgeschreven bij bijvoorbeeld pijnlijke menses. Veel vrouwen (2/3) weten echter niet wat het effect van de pil is op het premenstrueel syndroom.

Pilstart

Tweederde van de vrouwen weet niet welke het beste moment is om te starten met de pil, zodat meteen bescherming tegen zwangerschap wordt bekomen. Veel vrouwen denken dat na de menstruatie een goed

moment is. Ook zijn er veel vrouwen die denken dat je in alle gevallen pas na een maand beschermd ben tegen zwangerschap. Het goede antwoord wordt vaker gegeven door vrouwen uit de oudere groep of vrouwen die nog maar kort de pil nemen.

Onvruchtbaarheid

Ongeveer 2/3 weet dat de je van de pil niet onvruchtbaar kan worden. Significant meer vrouwen uit de jongste groep beantwoorden de vraag fout.

Bijwerkingen

Over de stelling 'van de pil wordt je dik' is veel onenigheid. Niet-pilgebruiksters beantwoorden de vraag vaker positief, veel pilgebruiksters weten het niet.

Verminderde werking

De meerderheid weet dat de pil minder veilig is bij braken en diarree. Een opvallend groot aandeel weet het niet: 18/60. De vrouwen uit de oudere groep en vrouwen die de pil nemen weten beter dat ze moeten oppassen bij braken en diarree. Slechts een kwart van de vrouwen weet dat bepaalde medicamenten en kruidenpreparaten de werking van de pil verminderen. In de jongere groep geven slechts enkelen het goede antwoord, versus bijna de helft goede antwoorden in de oudere groep. Ook de vrouwen die langer de pil nemen hebben het vaker goed.

Contra-indicaties

Slechts 2 vrouwen weten dat migraine met aura een contra-indicatie is voor het nemen van een combinatiepil en slechts 3 vrouwen weten dat een hoge bloeddruk gevaarlijk is in combinatie met het nemen van de pil. Deze vragen werden veel met 'ik weet het niet' beantwoord.

Stopweek

Vijfendertig van de 60 vrouwen weet dat de stopweek maar 7 dagen mag duren, echter 24 vrouwen denken dat ze moeten wachten tot hun regels gedaan zijn voor het starten van een nieuwe strip. Jonge vrouwen en niet-pilgebruiksters beantwoorden deze laatste stellingen vaker fout. Alle vrouwen die de pil gebruiken weten dat de stopweek maar 7 dagen mag duren.

Doorbraakbloedingen

Een groot deel van de vrouwen weet niet wat te doen bij doorbraakbloedingen, 6 vrouwen denken dat je best kan stoppen met de pil.

Vergeten pil

De helft van de vrouwen weet dat je 1 pil mag vergeten zonder problemen te hebben met veiligheid van de pil. Vrouwen die kort de pil nemen zijn beter op de hoogte van dit feit en opvallend is dat meer niet-pilgebruiksters de vraag goed beantwoorden.

Ook de helft van de vrouwen weet dat je zwanger kan raken bij het vergeten van 2 pillen in de eerste week. Deze vraag wordt vooral goed beantwoord door vrouwen uit de oudere groep en pilgebruiksters. Veel jonge vrouwen geven het antwoord: 'ik weet het niet'.

Slechts 1/3 van de vrouwen weet dat het vergeten van 2 pillen in de 2e week weinig problemen met de veiligheid veroorzaakt. Ook veel pilgebruiksters beantwoorden deze vraag fout.

Zeer weinig vrouwen weten dat je bij het vergeten van 2 pillen in de 3e week je stopweek kan overslaan en er geen probleem met de veiligheid voor zwangerschap is. Deze kennis is beter bij vrouwen uit de oudere groep en vrouwen die langer de pil nemen.

Noodpil

Vierendertig van de 60 vrouwen weten dat een noodpil niet binnen 1 week genomen moet worden, namelijk binnen de 72u, en 2/3e weet dat er geen doktersvoorschrift nodig is voor een noodpil.

7.2 Nameting

Tijdens de implementatieperiode zijn 11 consulten geregistreerd aan de hand van de ontwikkelde applicatie. Deze vrouwen werden gecontacteerd en uiteindelijk zijn er 6 vragenlijsten ingevuld, allemaal in het Nederlands. De gemiddelde leeftijd was 28 jaar. Slechts de helft van de vrouwen vielen in de oorspronkelijk bepaalde leeftijdscategorie. Vijf vrouwen hebben de Belgische nationaliteit, een vrouw is Nederlands. De meeste vrouwen zijn van Marokkaanse afkomst. Bij alle vrouwen wordt thuis Nederlands gesproken, daarnaast ook Berbers, Arabisch en Frans. De helft van de vrouwen is getrouwd, een vrouw woont nog thuis en een vrouw woont samen met haar partner. Bijna alle vrouwen zijn Islamitisch, een vrouw heeft geen religie.

De vrouwen zijn eerder laag opgeleid, een vrouw deed hogeschool. De helft van de vrouwen is nog aan het studeren. Van de andere helft hebben er 2 een vaste baan en is er 1 werkloos.

Vijf van de 6 vrouwen hebben een vaste partner en hebben intieme betrekkingen. De helft van de vrouwen heeft kinderen. De vrouwen gebruiken bij het invullen van de vragenlijst gemiddeld 82 dagen de pil, uitgezonderd van 1 vrouw die nog niet was begonnen en 1 vrouw die de pil al vaker met tussenpozen had genomen.

Werking pil

Driekwart van de vrouwen weet dat de pil geen spermacellen doodt, de helft van de vrouwen weet dat je geen eisprong meer hebt bij het nemen van de pil. Alle vrouwen weten dat de pil niet beschermd tegen soa's. De meeste vrouwen weten dat je niet onvruchtbaar wordt van de pil. Een vrouw denkt dat dit wel het geval is. De meeste vrouwen weten bovendien dat de pil niet 100% betrouwbaar is. Alle vrouwen weten dat je de pil niet enkel moet nemen op de dagen dat je seksueel contact hebt.

Indicaties voor de pil

Driekwart van de vrouwen weet niet dat de pil ook wordt gebuikt bij hevige of pijnlijke menses en dat de pil helpt om symptomen van premenstrueel syndroom te verminderen.

Bijwerkingen en contra-indicaties

De helft van de vrouwen denkt dat je dik wordt van de pil. Vrouwen weten niet dat een hoge bloeddruk of migraine een reden zijn om de pil niet te mogen nemen.

Verminderde werking

Alle vrouwen weten dat de pil minder veilig is bij braken en diarree. Ze weten niet goed of medicamenten en kruidenpreparaten een effect hebben op de werkzaamheid.

Pilstart

De helft van de vrouwen weet dat je op de eerste dag van je menstruatie moet starten met de pil als je direct veilig wil zijn.

Inname en vergeten pil

De meerderheid weet dat je niet moet wachten tot je regels voorbij zijn om aan een nieuwe strip te beginnen en dat de stopweek maximaal 7d mag duren. De meeste vrouwen weten ook dat je niet moet stoppen met de pil als je tussentijds bloedverlies hebt. Wat te doen bij een of twee vergeten pillen weten de vrouwen niet goed.

Noodpil

De kennis over de noodpil is goed: vrouwen weten dan 1 week te lang is om nog een noodpil te nemen en dat je geen voorschrift nodig hebt voor deze pil.

7.3 Vergelijking voor- en nameting

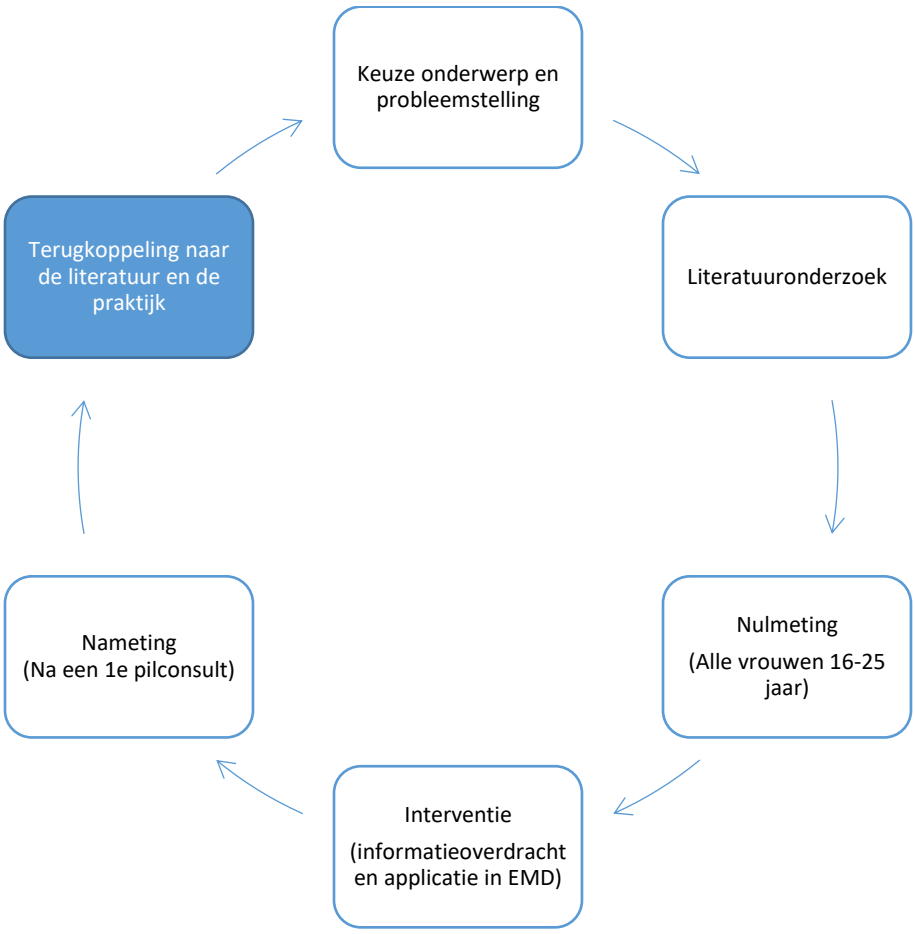
In de nameting waren de vrouwen wel iets meer overtuigd dat braken en diarree de pil minder veilig maakt en weten vrouwen minder goed wat toe doen bij doorbraakbloedingen.

Gemiddeld ligt het percentage goede antwoorden hoger bij de nameting. Het percentage foute antwoorden is ongeveer gelijk, maar tijdens de voormeting heeft een groter aandeel van de vrouwen 'ik weet het niet' geantwoord.

7.4 Geregistreerde consulten

Tijdens de implementatieperiode werden 11 pilconsulten geregistreerd aan de hand van de ontwikkelde applicatie. Een tabel met de kenmerken van de consulten is toegevoegd in de bijlage (Tabel 3). Er zijn door 4 van de 5 artsen in de praktijk registraties gemaakt. Door 1 arts werd bijna de helft van de consulten afgenomen. Het valt op dat de geregistreerde consulten vrij volledig zijn ingevuld. Eén vrouw had geen afspraak voor zichzelf gemaakt en kreeg wel een pilvoorschrift mee naar huis. Bij 2 vrouwen was er sprake van een taalbarrière. Jonge vrouwen blijken een groot risico op zwangerschap te nemen: een aantal is ten tijde van het consult al seksueel actief zonder het gebruik van anticonceptie.
Tegenindicaties werden uitgevraagd aan de hand van de applicatie. Bij alle vrouwen werd de bloeddruk gemeten en bij de meesten werd het gewicht gemeten en de BMI berekend. Twee vrouwen kregen de pil voorgeschreven terwijl de waarde van hun BMI een contra-indicatie voor een combinatiepil is. De keuze voor het specifieke voorschrift werd over het algemeen heel goed gemaakt. Acht van de 11 voorschriften werden volgens de richtlijn correct afgeleverd, terwijl in eerder onderzoek slechts 6/29 artsen een tweede generatiepil voorschreven. *(37)*
Informatie werd eerder onvolledig gegeven door de verschillende artsen. De inname werd het vaakst uitgelegd. In slechts de helft van de gevallen werd uitleg geven over een vergeten pil en in 4 van de 11 consulten werd de werking uitgelegd. Informatie op papier werd na afloop van 4 consulten meegegeven.

8. Discussie



De jonge vrouwen in de praktijk zijn overwegend van Marokkaanse afkomst van de tweede generatie. De vrouwen spreken allemaal Nederlands, hoewel er thuis vaak nog andere talen worden gesproken, voornamelijk Berbers. Veel van de deelneemsters zijn nog student.

Ondanks de verschuiving in het anticonceptiegebruik naar langwerkende preparaten die we in de algemene populatie zien, is de combinatiepil nog steeds het meest gebruikte anticonceptiemiddel in deze populatie. *(1)* Ook valt op dat enkele vrouwen zeer onveilige methoden of zelfs helemaal geen anticonceptie gebruiken, terwijl er geen actuele zwangerschapswens is. Deze vrouwen lopen dus een risico op een ongeplande zwangerschap.

Uit de literatuur blijkt dat maagdelijkheid bij het huwelijk zeer belangrijk is bij Marokkanen. *(4,5,15)* Echter blijkt uit de vragenlijsten dat meer vrouwen dan verwacht intieme betrekkingen hebben zonder getrouwd te zijn. We zien dat er een verschuiving is geweest in attitude wat betreft seksualiteit onder Marokkaanse jongeren de laatste twee decennia. Het belang van traditionele gebruiken wordt minder en gewoonten veranderen. Er is vaker sprake van voorhuwelijks seksueel contact en er wordt meer open gepraat over anticonceptie en abortus. De vraag naar betrouwbare informatie stijgt. *(4,5,15)*

Uit de ingevulde vragenlijsten blijkt dat er nog altijd serieuze hiaten in de kennis over de anticonceptiepil zijn. Deze hiaten zijn grotendeels reeds beschreven in andere onderzoeken in dit domein en zijn weinig

veranderd over de afgelopen 10 jaar. *(2-5,7,9, 12, 17, 22-25)* De hiaten zijn zowel in de theoretische, als de praktische kennis omtrent de pil. Zo zijn veel vrouwen niet op de hoogte van de werking van de pil en denken vrouwen nog steeds dat ze er onvruchtbaar van worden. Vrouwen weten tevens weinig over bijwerkingen, factoren die de werking verminderen en contra-indicaties voor het nemen van de pil. Praktisch weten vrouwen vaak niet wanneer ze het best starten met de pil, wat ze moeten doen bij een vergeten pil en bij doorbraakbloedingen. De kennis over de noodpil is in dit onderzoek vrij correct in vergelijking met eerder uitgevoerde onderzoeken. *(23-25)* Uit de resultaten blijkt gelukkig dat de kennis van pilgebruiksters over het algemeen beter is dan die van vrouwen die geen pil gebruiken. Ook de kennis van vrouwen boven de 20 jaar is beter dan de jongere groep.

Het gebrek aan kennis over de pil komt waarschijnlijk voort uit het algemene gebrek aan kennis van het menselijk lichaam en de reproductieve gezondheid in deze populatie. Door het taboe op het praten over seksualiteit is er een gebrek aan communicatie met ouders en leeftijdsgenoten over pilgebruik. *(4,5,15)* Er wordt pas over anticonceptie gesproken bij een aanstaand huwelijk. Dus waar Vlaamse meisjes al voorkennis vergaren over de werking en het gebruik van de pil van hun moeder, zus of vriendinnen, begint de kennis van de meisjes van Marokkaanse afkomst vaak pas in het kabinet van de dokter. En ligt dus een grote verantwoordelijkheid van kennisoverdracht bij de voorschrijvende arts. Bovendien lopen ongehuwde meisjes een extra risico op ongeplande zwangerschappen indien ze seksueel actief zijn. Het internet is een belangrijke opkomende bron van informatie jonge vrouwen. Ongeveer de helft geeft heden aan het internet te raadplegen voor (aanvullende) informatie. *(2)*

Het antwoord op de onderzoeksvraag (Kan het structureren van het anticonceptie-consult de kennis en therapietrouw van jonge vrouwen verbeteren?) kan naar aanleiding van dit onderzoek niet statistisch ondersteund worden vanwege een te kleine controlegroep. Gemiddeld werden er in de controlegroep wel iets vaker de juiste antwoorden op de vragen gegeven. Maar over het algemeen waren de antwoorden vrij gelijkaardig. De gemiddelde leeftijd in de controlegroep hoger en al tijdens de voormeting was gebleken dat de kennis toeneemt met de leeftijd. Vanwege het kleine aantal registraties kan geen conclusie worden getrokken over het effect van het gebruik van de applicatie op de kennis van de vrouwen.

Volgens de collega's is er echter wel een werkbare applicatie ontwikkeld die de consultatie op een praktische manier ondersteunt. Het geeft houvast, maakt dat de arts niks vergeet en geeft op deze manier tijdswinst. Hoewel tijdsgebrek werd aangegeven als een reden om de applicatie niet te gebruiken. De collega's durven geen uitspraak te doen of de applicatie de therapietrouw heeft vergroot, maar vinden dat het anticonceptieconsult wel verbeterd is. Ook geven ze aan dat ze graag eenzelfde soort applicatie zouden gebruiken voor een vervolgconsult voor anticonceptie of voor andere onderwerpen. Bovendien

blijkt uit de analyse van de geregistreerde consulten dat de informatie vrij volledig wordt vastgelegd bij het gebruik van de applicatie. Deze manier van werken heeft dus wel potentie naar de toekomst.

De toekomst van de huisartsgeneeskunde in België zal steeds meer verlopen volgens protocollen en vaste afspraken. Het gebruik van gestructureerde consulten over uiteenlopende onderwerpen is daar een belangrijk onderdeel van. Dit zal het werk van de huisarts gemakkelijker maken, zorgen voor minder fouten en een gestructureerde documentatie. Tevens maakt een protocol het mogelijk om de eerste analyse over te laten aan praktijkassistenten of verpleegkundigen om (kosten)efficiënter te kunnen werken. Dit paramedisch personeel zou tevens een rol kunnen spelen in de kennisoverdracht bij het voorschrijven van de pil. *(38,39)*

8.1 Mogelijke beperkingen van het onderzoek

Includering

De meeste vrouwen werden voor de nulmeting geïncludeerd door mij. Dit kwam waarschijnlijk voor een deel doordat de doelpopulatie relatief vaak bij mij op consultatie komt, in tegenstelling tot mijn mannelijke collega en mijn vrouwelijke collega's die al wat langer als huisarts werken. Anderzijds had ik meer aandacht had voor het onderzoek en dacht ik er vaker aan vrouwen te includeren.
Het includeren van vrouwen voor de nameting bracht veel problemen met zich mee. Ten eerste melden veel minder vrouwen dan verwacht zich aan voor een eerste pilvoorschrift. Ten tweede werd de applicatie waarschijnlijk niet consequent toegepast door alle collega's. Mijn afwezigheid op de praktijk tijdens de implementatiefase speelt hierbij een belangrijke rol, hierdoor had ik niet de mogelijkheid mijn collega's herhaaldelijk te wijzen op het gebruiken van de applicatie. De beperkte tijd om dit onderzoek uit te voeren is tevens een beperkende factor geweest.

Applicatie

Tijdens de ontwikkeling van de applicatie heb ik veel compromissen moeten maken vanwege praktische en financiële redenen. Hierdoor is het oorspronkelijke idee niet helemaal tot uiting gekomen en heb ik moeten inboeten op gebruiksvriendelijkheid. Zo kon ik geen eigen termen invoeren voor de keuzemenu's en konden er geen consequenties aan de keuzes worden verbonden. Een echt computerised decision support system ontstond dus niet.
De applicatie gaf echter wel een geheugensteun en maakt dat alle eerste anticonceptieconsulten op een gestructureerde manier kunnen worden gedocumenteerd.

Resultaten

Omdat de te vergelijken groepen klein waren zijn weinig significante verschillen gevonden. Enkele interessante resultaten bevestigen wel eerder onderzoek.

Gemiste kansen

In de vragenlijst is geen vraag over de eigen beoordeling van de therapietrouw en over eventuele ongewenste zwangerschappen in het verleden. Dit is een gemiste kans in dit onderzoek.
Een tweede gemiste kans is dat ik kennis van mijn collega's in de praktijk in Borgerhout over het anticonceptieconsult niet heb gemeten voor en na de interventie.
Verder gaf een van de collega's aan dat een folder gekoppeld aan de applicatie een meerwaarde zou zijn. Uit onderzoek blijkt immers dat het combineren van maatregelen (uitleg door de arts en het meegeven van informatie voor thuis) de informatieoverdracht versterkt. *(10, 31,33)*

Vraagstelling

Enkele vragen werden in de vragenlijsten op een onduidelijke manier gesteld. Hierdoor kon discussie ontstaan over het interpreteren van het resultaat.

- In de vraag over het opleidingsniveau werd gevraagd welk niveau was afgerond. Omdat de meeste jonge vrouwen nog student zijn geeft deze vraagstelling geen informatie over het potentieel van de vrouwen.
- Bij de vraag over onvruchtbaarheid hebben vrouwen wellicht gedacht dat tijdelijke 'onvruchtbaarheid' werd bedoeld, wat in zekere zin de waarheid is. De bedoeling was eerder om te vragen naar permanente ongewenste onvruchtbaarheid.

Populatie specifiek onderzoek

Dit onderzoek was in opzet een kwaliteit verbeterend project wat zich toespitst specifiek op deze praktijk met een overwegend van origine Marokkaanse populatie. De resultaten kunnen met een reserve worden toegepast op vergelijkbare praktijken.

9. Conclusie/aanbeveling

Uit dit onderzoek over de kennis en therapietrouw bij jonge vrouwen, overwegend van Marokkaanse afkomst, blijkt dat er nog grote hiaten in de kennis zitten. Hierdoor is er mogelijk een risico op ongewenste zwangerschappen. Vergeleken met onderzoeken met focusgroepen uit 1997 en 2005 blijken deze gegevens zijn weinig veranderd. Wel zien we dat de attitude van jonge vrouwen tegenover seksualiteit verandert en dat steeds vaker sprake is van voorhuwelijkse seksuele contacten. Echter blijft de taboe op het praten over seksualiteit in familiale kringen bestaan in deze populatie en moet vanuit de (huis)arts de nodige aandacht uitgaan voor uitleg over werking en gebruik bij het voorschrijven van de pil.
Op basis van dit onderzoek kan geen concluderend antwoord worden gegeven op de vraag of het structureren van het pilconsult met behulp van een applicatie in het EMD de kennis en therapietrouw vergroot. Het gebruik van een dergelijke applicatie blijkt voor de arts wel een meerwaarde te zijn tijdens een complex consult als het eerste anticonceptieconsult.

10. Referenties

1. Sensoa. Feiten en Cijfers: Jongeren en seksualiteit. Juli 2011. Beschikbaar via: http://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers. Laatst geraadpleegd op 12/02/2017
2. Denis L, Storms M, Peremans L, Van Royen K, Verhoeven V. Contaception: a questionnaire on knowledge and attitude of adolescents, distributed on facebook. Int J Adolesc Med Health. 2016 Nov 1;28(4):407-412.
3. Waez N. Kennis van orale anticonceptie bij vrouwelijke VUB-studenten [dissertation]. Brussel: VUB; 2011.
4. Hendrickx K, Lodewijckx E, Van Royen P, Denekens J. Sexual behaviour of second generation Moroccan immigrants balancing between traditional attitudes and safe sex. Patient Educ Couns. 2002 Jun;47(2):89-94.
5. Hendrickx K, Lodewijckx E. Marokkaanse jongeren over seksualiteit. Vereniging CGSO vzw, jaarboek 2001. (Seksualiteit - relaties - geboorteregeling).
6. P. Leusink. Seks, dat spreekt vanzelf? Huisarts Wet 2015;58(11):582-5.
7. Peremans L, Hermann I, Avonts D, Van Royen P, Denekens J. Contraceptive knowledge and expectations by adolescents: an explanation by focus groups. Patient Educ Couns. 2000 mei;40(2):133-41.
8. Peremans L, Van Leeuwen E, Delvaux N, Keppens K, Yikilkan H. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012; 41: S1-S32
9. Janssens A. Correct pilgebruik: opsporen van hiaten in de kennis en problemen bij het gebruik, en is er verbetering na interventie door de huisarts? [dissertation]. Antwerpen: Uantwerpen; 2015.
10. Netrebko O. Implementatie van de richtlijn anticonceptie in de praktijk: een kwaliteitsverbeterend praktijkproject [dissertation]. Gent: UGent; 2014
11. Brand A, Bruinsma A, Groeningen K van, Kalmijn S, Kardolus I, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. 05/2011.
12. Egarter C, Frey Tirri B, Bitzer J, Kaminskyy V, Oddens BJ, et al. Women's perceptions and reasons for choosing the pill, patch, or ring in the CHOICE study: a cross-sectional survey of contraceptive method selection after counseling. BMC Womens Health. 2013 Feb 28;13:9
13. Picavet C. Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. Tijdschrift voor Seksuologie (2012) 36-2, 121-128. (Rutgers Stichting Nederland)
14. Lindh I, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Hognert H, et al. Contraceptive use in the Nordic countries. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 Jan;96(1):19-28

15. Maurissen I, Van Turnhout E, Hendrickx K. Copingmechanismen in verband met seksuele gezondheid bij Moslimmeisjes: een explorerend onderzoek. Centrum Huisartsgeneeskunde Universiteit Antwerpen. 2005.
16. Paula J. Contraception: Adherence? Compliance? Successful Use? And How Do We Know? J Womens Health (Larchmt). 2010 Dec;19(12):2157-8.
17. Weisberg E. Practical problems which women encounter with available contraception in Australia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1994 Jun;34(3):312-5.
18. Bastianelli C, Farris M, Bruno Vecchio RC, Rosato E, Guida M, et al. An observational study of adherence to combined oral contraceptive regimens. Gynecol Endocrinol. 2017 Feb;33(2):168-172.
19. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, et al. [Pregnancies occurring during oral contraception: lessons from the GRECO study]. Gynecol Obstet Fertil. 2006 Feb;34(2):120-6.
20. Clare C, Squire MB, Alvarez K, Meisler J, Fraser C. Barriers to adolescent contraception use and adherence. Int J Adolesc Med Health. 2016 Oct 15
21. Fruzzetti F, Perini D, Fornaciari L, Russo M, Bucci F, et al. Discontinuation of modern hormonal contraceptives: an Italian survey. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016 Dec;21(6):449-454.
22. Hamani Y, Sciaki-Tamir Y, Deri-Hasid R, Miller-Pogrund T, Milwidsky A, et al. Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians. Hum Reprod. 2007 Dec;22(12):3078-83.
23. Picavet C, van der Vlugt I, Wijsen C. Intention to use emergency contraceptive pills and the role of knowledge in a Dutch national sample. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2014 Aug;19(4):250-8.
24. Zapata LB1, Steenland MW, Brahmi D, Marchbanks PA, Curtis KM. Patient understanding of oral contraceptive pill instructions related to missed pills: a systematic review. Contraception. 2013 May;87(5):674-84.
25. Aubeny E, Buhler M, Colau JC, Vicaut E, Zadikian M, et al. The Coraliance study: non-compliant behavior. Results after a 6-month follow-up of patients on oral contraceptives. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2004 Dec;9(4):267-77.
26. Hendrickx K, Philips H, Avonts D. Correlates of safe sex behaviour among low-educated adolescents of different ethnic origin in Antwerp, Belgium. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2008 Jun;13(2):164-72.
27. Els Elaut, Ann Buysse, Maya Caen, Joke Vandamme, Katrien Vermeire & Guy T'Sjoen (2015) Contraceptive use in Flanders (Belgium): A comparison between a general population sample and a Turkish ethnic minority sample, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 20:4, 283-295

28. Picavet C, Goenee M, Wijsen C. Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2013 Oct;18(5):327-34.
29. Schoevers MA, van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen AL. Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2010 Dec;31(4):256-64.
30. Dewaele A, Caen M, Elaut E, Vermeire K. Sexpert: Basisgegevens van de survey naar seksuele gezondheid in Vlaanderen. ISBN 978-90-382-2078-9.
31. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. BMC Med Inform Decis Mak. 2008 Sep 12;8:38.
32. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. Implement Sci. 2011 Mar 22;6:26.
33. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess 2004; 8(6)
34. Murphy EV. Clinical decision support: effectiveness in improving quality processes and clinical outcomes and factors that may influence success. Yale J Biol Med. 2014 Jun 6;87(2):187-97.
35. Peremans L, Rethans JJ, Verhoeven V, Coenen S, Debaene L. Empowering patients or general practitioners? A randomised clinical trial to improve quality in reproductive health care in Belgium. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2010 Aug;15(4):280-9.
36. Van de Velde S, Roshanov P, Kortteisto T, Kunnamo I, Aertgeerts B, et al. Tailoring implementation strategies for evidence-based recommendations using computerised clinical decision support systems: protocol for the development of the GUIDES tools. Implement Sci. 2016 Mar 5;11:29.
37. Peremans L, Rethans J, Verhoeven V, Debaene L et al. Adolescents demanding a good contraceptive: a study with standardized patients in general practices. Contraception. 2005; 71(6): 421-425.
38. Hoerée T, Grouwels D, Cuypers R, Heyrman J. De huisartspraktijk herbekeken: een visidocument. Berchem: Domus Medica, project HUSAM; 2006.
39. Grouwels D, Humblet F, Heyrman J, De Lepeleire J. Interdisciplinaire Eerstelijns Praktijk. Bevraging van 33 geavanceerde huisartspraktijken. Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde KULeuven, Leuven 2007.

11. Bijlagen

11.1. Bijlage 1: Tabellen

11.1.1 Tabel 1: Demografische gegevens

	Voor (n=60)	**Na (n=6)**
Gemiddelde leeftijd (jr)	21,3 (17-26)	28 (20-44)
Nationaliteit (%)		
Belgisch	83 (n=50)	83 (n=5)
Marokkaans	10 (n=6)	
Belg/Marokkaans	3 (n=2)	
Nederlands	3 (n=2)	17 (n=1)
Afkomst moeder (%)		
Marokko	73 (n=44)	67 (n=4)
België	18 (n=11)	17 (n=1)
Overig	8 (n=5)	17 (n=1)
Afkomst vader (%)		
Marokko	73 (n=44)	83 (n=5)
België	17 (n=10)	
Overig	10 (n=6)	17 (n=1)
Afkomst grootouders (%)		
Marokko	78 (n=47)	80 (n=4)
België	8 (n=5)	
Overig	13 (n=8)	20 (n=1)
Talen die thuis gesproken worden (meerdere mogelijk) (%)		
Nederlands	100 (n=60)	100 (n=6)
Berbers	73 (n=44)	50 (n=3)
Arabisch	23 (n=14)	33 (n=2)
Frans	8 (n=5)	33 (n=2)
Russisch	3 (n=2)	
Kazachs	2 (n=1)	
Engels	2 (n=1)	
Duits	2 (n=1)	
Huwelijkse staat (%)		
Woont nog thuis	70 (n=42)	17 (n=1)
Getrouwd	17 (n=10)	50 (n=3)
Woont met partner	5 (n=3)	17 (n=1)
Woont alleen	7 (n=4)	
Religie (%)		
Islamitisch	82 (n=49)	83 (n=5)
Geen	12 (n=7)	17 (n=1)
Overig	5 (n=3)	
Hoogst behaalde diploma (%)		
Lager onderwijs	15 (n=9)	
BSO	42 (n=25)	50 (n=3)
TSO	13 (n=8)	33 (n=2)
ASO	12 (n=7)	
Hoger niet-universitair	8 (n=5)	17 (n=1)
Universitair	3 (n=2)	

Overig	5 (n=3)	
Werk (%)		
Student	52 (n=31)	50 (n=3)
Vaste baan	30 (n=18)	33 (n=2)
Werkloos	7 (n=4)	17 (n=1)
Ziekte/invaliditeit	3 (n=2)	
Huisvrouw	2 (n=1)	
Interim	2 (n=1)	
Partner (%)		
Ja	48 (n=29)	83 (n=5)
Nee	50 (n=30)	17 (n=1)
Intieme betrekkingen (%)		
Ja	33 (n=20)	83 (n=5)
Nee	60 (n=36)	17 (n=1)
Nee, maar in het verleden wel	3 (n=2)	
Kinderen (%)		
Geen	90 (n=50)	50 (n=3)
1	7 (n=4)	17 (n=1)
2	2 (n=1)	
4		33, (n=2)
Anticonceptiegebruik (%) meerdere mogelijk		
Geen betrekkingen	48 (n=29)	
Combinatiepil	22 (n=13)	100 (n=6)
Condoom	12 (n=7)	
Geen voorbehoedmiddel	7 (n=4)	
Coïtus interuptus	3 (n=2)	
Zwanger/wens	5 (n=3)	
Homoseksuele relatie	3 (n=2)	
Duur pilgebruik	26,7 mndn (2-96)	83 dgn (45-150)

11.1.2. Tabel 2: antwoorden vragenlijst

Vraag	**Voor (n=60)**			**Na (n=6)**			**Verschil goed**
	Goed (%)	Fout (%)	Weet niet (%)	Goed (%)	Fout (%)	Weet niet (%)	(%)
17: Het doel van de pil is het doden van de spermacellen	53	27	18	67	33	0	14
18: Als je de pil neemt heb je geen eisprong meer	28	50	20	50	33	17	22
19: Van de pil kan je onvruchtbaar worden	63	13	20	67	17	17	4
20: De pil beschermd tegen soa's	87	5	7	100	0	0	13
21: Bij braken en diarree is de pil minder veilig	600	8	20	100	0	0	40
22: Bij het nemen van bepaalde medicamenten en kruidenpreparaten is de pil minder veilig	25	23	50	33	33	33	8
23: Ook al je de pil juist gebruikt ben je niet 100% beschermd tegen zwangerschap	82	12	7	83	17	0	1
24: Van de pil word je dik	35	38	25	50	50	0	15
25: De pil wordt ook gebruikt bij pijnlijke maandstonden of bij hevig bloedverlies	82	8	10	67	33	0	-15
26: Tijdens de stopweek moet je wachten tot je regels voorbij zijn voor je aan een nieuwe stip moet beginnen	40	40	18	67	33	0	27
27: Als je 1 pil vergeet kan de deze maximaal 24 uur later nog nemen en ben je nog veilig voor zwangerschap	52	25	23	33	33	33	-19
28: Als je 2 pillen vergeet in de eerste week kan je zwanger worden	52	7	42	50	0	50	-2
29: Als je 2 pillen vergeet in de tweede week is er geen probleem met de veiligheid van de pil	22	35	43	0	50	50	-22
30: Als je 2 pillen vergeet in de derde week kan je je stopweek overslaan, direct je nieuwe strip beginnen en ben je nog veilig	13	25	62	0	50	50	-13
31: Je stopweek mag maximaal 7 dagen duren	58	12	30	83	0	17	25
32: Als je bloedverlies krijgt tijdens de dagen dat je je pil moet nemen kan je best meteen stoppen met de pil	32	10	58	67	17	17	35
33: De pil hoef je enkel te nemen op de dagen dat je seksueel contact hebt	93	3	3	100	0	0	7

Vraag	Voor (n=60)			Na (n=6)			Verschil goed
	Goed (%)	Fout (%)	Weet niet (%)	Goed (%)	Fout (%)	Weet niet (%)	
34: Een noodpil moet je nemen binnen 1 week na onveilig seksueel contact	57	233	20	83	17	0	26
35: Voor een noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig	65	15	20	83	17	0	18
36: Als je voor het eerst start met de pil, en je wil meteen beschermd zijn tegen zwangerschap, op welk moment neem je dan best de pil in?	30	65	2	50	50	0	20
37: Als je een hoge bloeddruk hebt is het gevaarlijk om de pil te nemen	5	30	65	17	17	67	12
38: Als je migraine heb met aura (lichtflitsen of tintelingen in armen en benen) mag je geen pil nemen	3	23	72	0	0	100	-3
39: De pil helpt om de symptomen van premenstrueel syndroom te verminderen	22	12	65	33	33	33	11
40: Als je langdurig de pil gebruikt (>10 jaar) kan je geen kinderen meer krijgen	58	7	30	83	0	17	25
Gemiddeld	46,5	30,5	30,4	56,9	22,2	20,9	10,4

11.1.3. Tabel 3: geregistreerde consulten

Deelnamenr	Arts	Leeftijd	Rookgewoonten	Status relatie	Aard contraceptie	Aantal kinderen	Datum bevalling	Hematologie	Aandoening
1	1	<35							
2	1	>35	geen	seksueel actief	condoom	4	<6 maanden	geen gekend	geen gekend
3	2	< 35	geen	niet seksueel actief	orale anticonceptie	0	nvt	geen gekend	geen gekend
4	3	<35	geen	seksueel actief	niets	0	nvt	geen gekend	geen gekend
5	1	<35	geen	seksueel actief	niets	0	nvt	geen gekend	geen gekend
6	4	<35	geen	seksueel actief	lueva	2	> 6 maanden	geen gekend	geen gekend
7	1	<35	geen	niet seksueel actief	niets	0	nvt	geen gekend	geen gekend
8	4	>35	gelegenheden			4	<6 maanden	geen gekend	mogelijk hep C
9	1	<35	geen	seksueel actief	minipil	2	>6 maanden	geen gekend	geen gekend
10	3	<35	< 15 sig	seksueel actief	condoom	0	nvt	geen gekend	geen gekend
11	4	<35	geen	niet seksueel actief	geen	0	nvt	geen gekend	geen gekend

Deelnamenr	Medicatie	Bloeddruk	Gewicht	BMI	Terug over 3 mnd	Informatie	Advies	Voorschrift	Opmerking
1		110/70	96	35,7	-			Nora 30	Geen afspraak voor zichzelf
2	L-thyroxine	130/90	103	39,8	-			Lueva	
3	ijzertabletten	100/70	46,5	18,2	Ja	soa, werking, vergeten pil	steekkaart DM	Denise 30	
4	geen	95/70			Ja	werking en inname	folder + website	Nora 30	Gaat nog nadenken over starten of niet, deelname geweigerd
5	geen	120/80	67	28,7	Ja	werking en inname	niets	Noranelle	
6	geen	110/70	61	20,7	Ja	inname en vergeten pil		Nora	Taalbarrière
7	NSAID	120/80	65	21,3	-			Nora 30	
8	geen	130/80	86		Ja	Inname en vergeten pil	Vergeten	Nora 30	
9	geen	130/70	65	26,8	-			Nora 30	Spreekt geen NL
10	paroxetine en quetiapine	110/70			Ja	Inname en vergeten pil	folder	Nora 30	Deelname geweigerd
11	geen	120/80	95	34,1	Ja	werking, inname en vergeten pil	Geef folder mee	Nora 30	Deelname geweigerd

11.2. Bijlage 2: Vragenlijst

Vragenlijst

Onderzoek: Structureren van het pilconsult ter verbetering van de kennis en de therapietrouw bij jonge vrouwen

1. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan deze studie over ‘de pil’. Ik weet dat alle gegevens en resultaten anoniem zijn. Ik heb het recht om op elk moment mijn deelname te beëindigen.
    - Ja
    - nee

2. Geboortejaar:
3. Nationaliteit
    - Belgische
    - Nederlandse
    - Marokkaanse
    - Turkse
    - Franse
    - Andere ……

4. Geboorteland moeder
    - België
    - Nederland
    - Marokko
    - Turkije
    - Frankrijk
    - Andere ……

5. Geboorteland vader
    - België
    - Nederland
    - Marokko
    - Turkije
    - Frankrijk
    - Andere ……

6. Geboorteland opa’s en oma’s
    - België
    - Andere ……

7. Talen die thuis worden gesproken (meerdere antwoorden mogelijk)
    - Nederlands
    - Frans
    - Arabisch
    - Berbers
    - Turks
    - Andere ……..

8. Huwelijkse staat
    - Ik woon nog thuis bij mijn ouders
    - Ik woon alleen
    - Ik woon samen met mijn partner
    - Ik ben getrouwd

9. Religie
    - Katholiek
    - Islamitisch
    - Geen
    - Andere……

10. Hoogst behaalde diploma
    - Lager onderwijs
    - BSO (Beroeps secundair onderwijs)
    - TSO (Technisch secundair onderwijs)
    - ASO (Algemeen secundair onderwijs)
    - Hoger niet-universitair onderwijs
    - Universitair onderwijs
    - Andere ……..

11. Wat is je werksituatie?
    - Vaste baan
    - Interim
    - Werkloos en zoekend
    - Huisvrouw
    - Ziekte/invaliditeit

12. Heb je momenteel een vaste partner?
    - Ja
    - Nee

13. Heb je momenteel intieme betrekkingen of in het verleden een seksuele relatie gehad?
    - Ja
    - Nee
    - Nee, nu niet. Maar in het verleden wel.

14. Heb je kinderen?
    - Ja → hoeveel? ……
    - Nee

15. Welk van de volgende middelen gebruik je om niet zwanger te raken? (Meerder antwoorden mogelijk)
    - Ik wil graag zwanger worden
    - Ik wil niet zwanger worden, maar gebruik geen voorbehoedsmiddel
    - Ik heb geen intieme betrekkingen
    - Terugtrekken (coïtus interuptus)
    - Periodieke onthouding (kalendermethode/tellen)
    - Condoom
    - Combinatiepil ('de pil')
    - Minipil
    - Prikpil (Depo-provera)
    - Spiraaltje met hormonen (Jaydess/Mirena)
    - Koperspiraaltje
    - Onderhuids staafje (Implanon)
    - Vaginale ring (Nuvaring)
    - Pleister met hormonen (Evra)
    - Andere ……

16. Gebruik je 'de pil'?
    - Ja → hoe lang al? …….
    - Nee

17. Het doel van de pil is het doden van de spermacellen
    - Waar
    - Nietwaar
    - Weet niet

18. Als je de pil neemt heb je geen eisprong meer
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

19. Van de pil kan je onvruchtbaar worden
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

20. De pil beschermd tegen soa's (seksueel overdraagbare infectieziekten)
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

21. Bij braken en diarree is de pil minder veilig
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

22. Bij het nemen van bepaalde medicamenten en kruidenpreparaten is de pil minder veilig
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

23. Ook al je de pil juist gebruikt ben je niet 100% beschermd tegen zwangerschap
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

24. Van de pil word je dik
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

25. De pil wordt ook gebruikt bij pijnlijke maandstonden of bij hevig bloedverlies
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

26. Tijdens de stopweek moet je wachten tot je regels voorbij zijn voor je aan een nieuwe stip moet beginnen
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

27. Als je 1 pil vergeet kan de deze maximaal 24 uur later nog nemen en ben je nog veilig voor zwangerschap
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

28. Als je 2 pillen vergeet in de eerste week kan je zwanger worden
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

29. Als je 2 pillen vergeet in de tweede week is er geen probleem met de veiligheid van de pil
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

30. Als je 2 pillen vergeet in de derde week kan je je stopweek overslaan, direct je nieuwe strip beginnen en ben je nog veilig
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

31. Je stopweek mag maximaal 7 dagen duren
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

32. Als je bloedverlies krijgt tijdens de dagen dat je je pil moet nemen kan je best meteen stoppen met de pil
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

33. De pil hoef je enkel te nemen op de dagen dat je seksueel contact hebt
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

34. Een noodpil moet je nemen binnen 1 week na onveilig seksueel contact
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

35. Voor een noodpil heb je een doktersvoorschrift nodig
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

36. Als je voor het eerst start met de pil, en je wil meteen beschermd zijn tegen zwangerschap, op welk moment neem je dan best de pil in?
    - Op de eerste dag van de menstruatie
    - Na de menstruatie
    - Op eender welk moment
    - Je bent altijd past beschermd als je de pil minstens 1 maand ingenomen

37. Als je een hoge bloeddruk hebt is het gevaarlijk om de pil te nemen
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

38. Als je migraine heb met aura (lichtflitsen of tintelingen in armen en benen) mag je geen pil nemen
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

39. De pil helpt om de symptomen van premenstrueel syndroom te verminderen
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

40. Als je langdurig de pil gebruikt (>10 jaar) kan je geen kinderen meer krijgen
    - Waar
    - Niet waar
    - Weet niet

11.3. Bijlage 3: Info- en toestemmingsformulier

Patiënteninformatie voor deelname aan een onderzoek:
Structureren van het pilconsult ter verbetering van de kennis en therapietrouw bij jonge vrouwen

Zoals u weet is deze huisartspraktijk een **opleidingspraktijk**. Dat betekent dat er naast de vaste artsen altijd **huisartsen in opleiding** werken. Dit zijn afgestudeerde artsen die specialiseren richting huisartsgeneeskunde, dat is nog een opleiding van 2 jaar in de praktijk. Daarbij hoort ook een **wetenschappelijk gedeelte**, waarbij ze zelf een onderzoek moeten uitvoeren.

Door deze onderzoeken en **praktijk-verbeterende projecten** zorgen we ervoor dat we steeds meer voor de patiënten kunnen betekenen en dat de kwaliteit van de zorg verbetert.

In het kader van mijn opleiding doe ik, Dr. Susan van der Spek, een onderzoek naar de kennis over de anticonceptiepil bij jonge vrouwen. **Om deel te nemen hoef je niet zelf de pil te gebruiken**.

We willen je graag betrekken in het onderzoek door de bijgevoegde **vragenlijst** in te vullen. Je kan dit in de wachtzaal doen en **direct inleveren** bij de secretaresse (dit is het gemakkelijkst voor mij), of je kan dit thuis doen en later binnenbrengen in de praktijk.

Als je **vragen** hebt voordat je wil beslissen om deel te nemen mag je deze altijd stellen aan je arts of aan mij. Verder heb je het recht om op elk moment vragen te stellen over het verloop van de studie en de resultaten.

U hebt uiteraard ook steeds het **recht om niet deel te nemen** of je deelname aan de studie te stoppen en dat zal **geen invloed hebben op uw verdere behandeling en opvolging in de praktijk**.

Aan deelname aan deze studie zijn **geen risico's en geen kosten** verbonden. Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer 10-15 minuten tijd vragen.

Uw **privacy** zal worden beschermd, enkel op bijgevoegd **toestemmingsformulier** zal je naam komen te staan. Het wordt daar gekoppeld aan een deelnamenummer. Vervolgens worden alle gegevens en resultaten enkel gekoppeld aan uw deelnamenummer en dus niet meer aan je naam.

Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door het **Ethisch Comité van de Universiteit Antwerpen**.

Graag zouden wij je willen vragen om deel te nemen met het onderzoek.

Dr. Susan van der Spek (huisarts in opleiding)
Dr. Kristien Frijns (huisarts)
Dr. Cécile Tambour (huisarts)
Dr. Yves De Loecker (huisarts)
Dr. An Kerckhofs (huisarts in opleiding)

Toestemmingsformulier voor deelname aan een onderzoek:
Structureren van het pilconsult ter verbetering van de kennis en therapietrouw bij jonge vrouwen

Hierbij bevestig ik, …….(naam en voornaam) dat ik wil deelnemen aan dit onderzoek. Ik heb informatie gekregen via het blad 'patiënteninformatie'. Ik heb deze informatie gelezen en begrepen. Ik heb de tijd gekregen om te beslissen over deelname en ik heb de gelegenheid gekregen om vragen te stellen.

Ik begrijp dat deelname aan dit onderzoek vrijwillig is en dat ik mijn deelname uit de studie op elk moment kan beëindigen, door mijn arts te verwittigen. Dit geeft mij geen nadelen wat betreft zorg nu of in de toekomst.

Ik stem toe met de verzameling en verwerking van de medische gegevens zoals aangegeven in het informatieformulier, door de opdrachtgever, Dr. Susan van der Spek. En geef toestemming deze gecodeerde medische gegevens tevens te gebruiken voor andere onderzoeksdoeleinden.

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan deze studie en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoeken. Ik ben bereid informatie te verstrekken i.v.m. mijn medische geschiedenis, mijn geneesmiddelengebruik en eventuele deelname aan andere studies.

Datum:

Handtekening patiënte of wettelijk vertegenwoordig(st)er:

Gedeelte bestemd voor onderzoekers

Ik, ondergetekende, Dr. Susan van der Spek, bevestig dat toestemming voor deelname aan dit onderzoek is gevraagd en dat voldoende uitleg is gegeven.

Datum:

Handtekening:

11.4. Bijlage 4: Poster wachtzaal

Geachte patiënten,

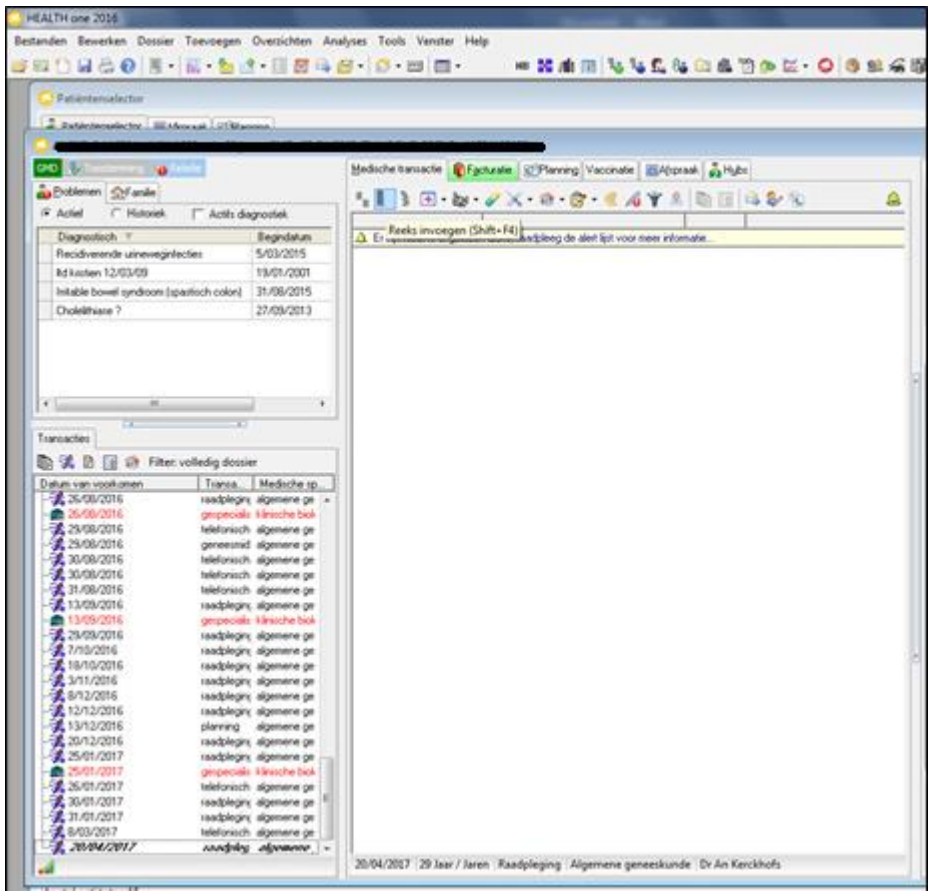
Zoals u weet is deze praktijk een **opleidingspraktijk**. Dat houdt in dat er huisartsen-in-opleiding werken en dat er regelmatig **wetenschappelijk onderzoek** wordt gedaan.

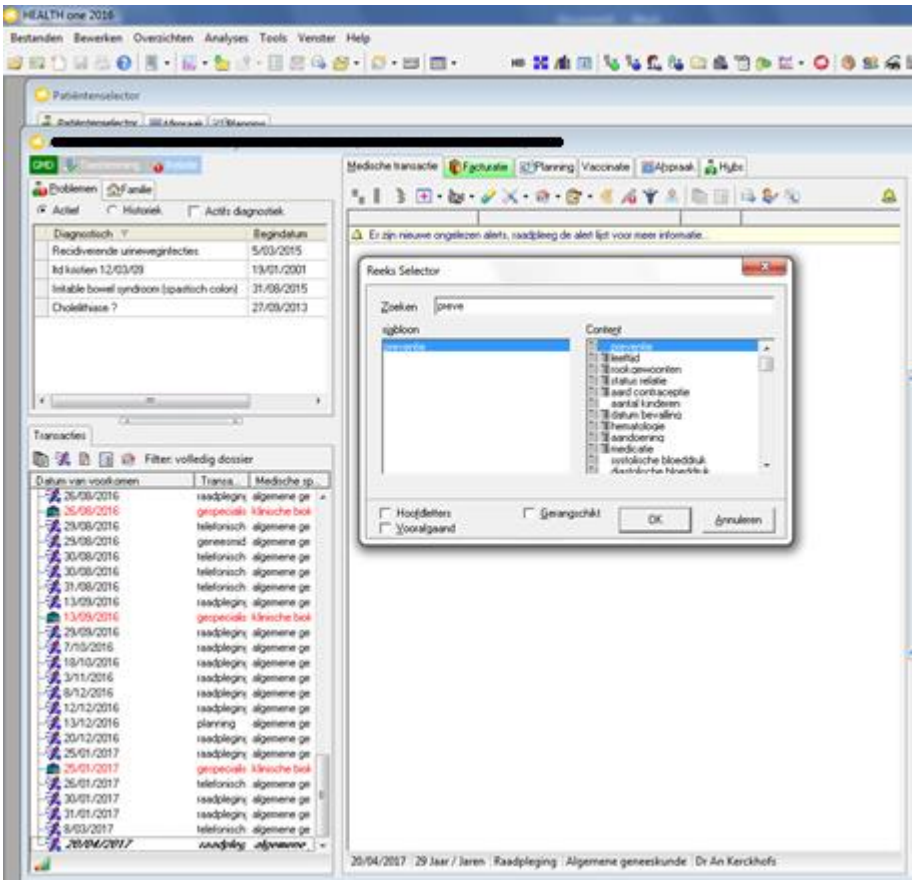
Ook nu doe ik een onderzoek onder patiënten, waarbij ik vraag aan **alle vrouwen tussen de 16 en de 25 jaar** om een vragenlijst in te vullen en deze terug in te leveren bij het onthaal.

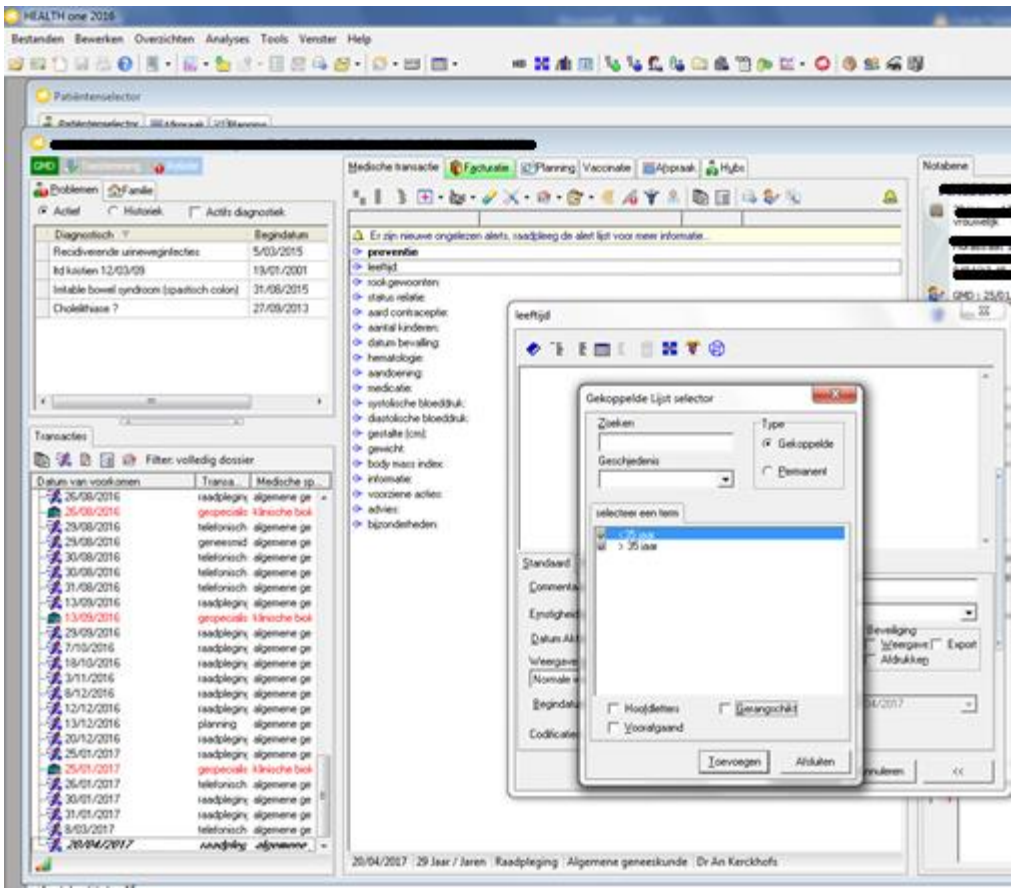
Alvast bedankt voor uw hulp!

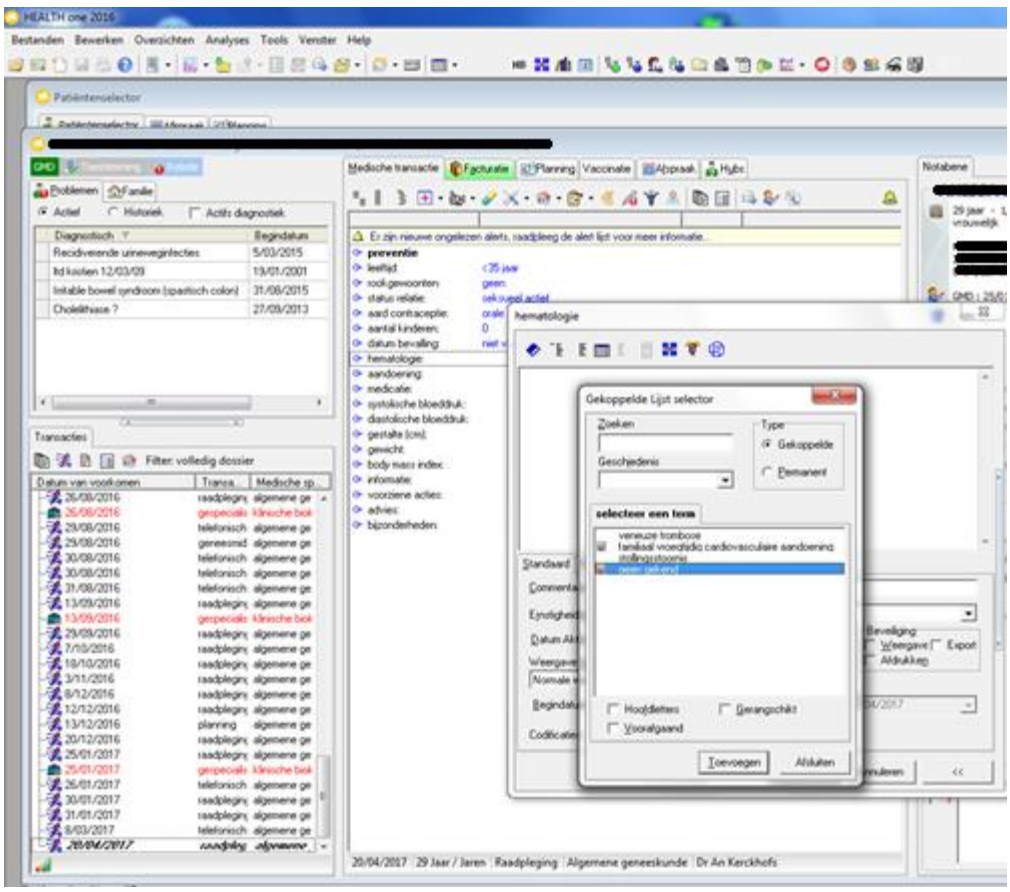
Dr. Susan van der Spek

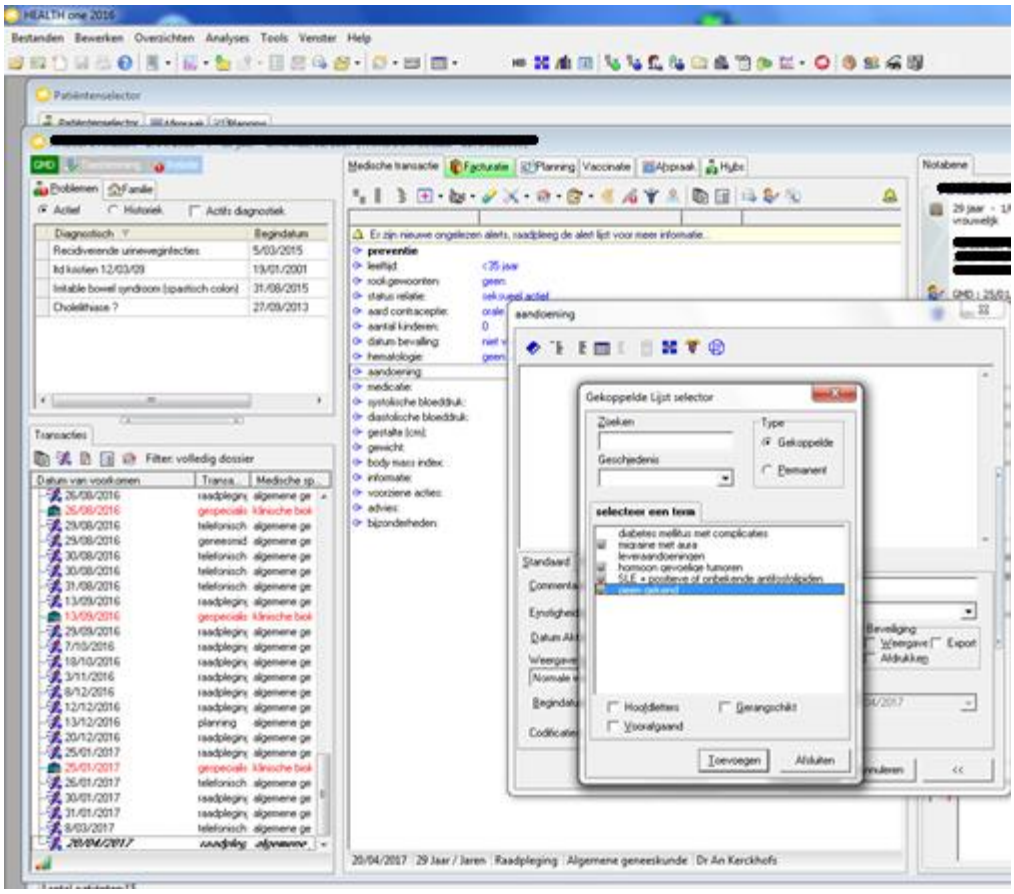
11.5. Bijlage 5: Applicatie

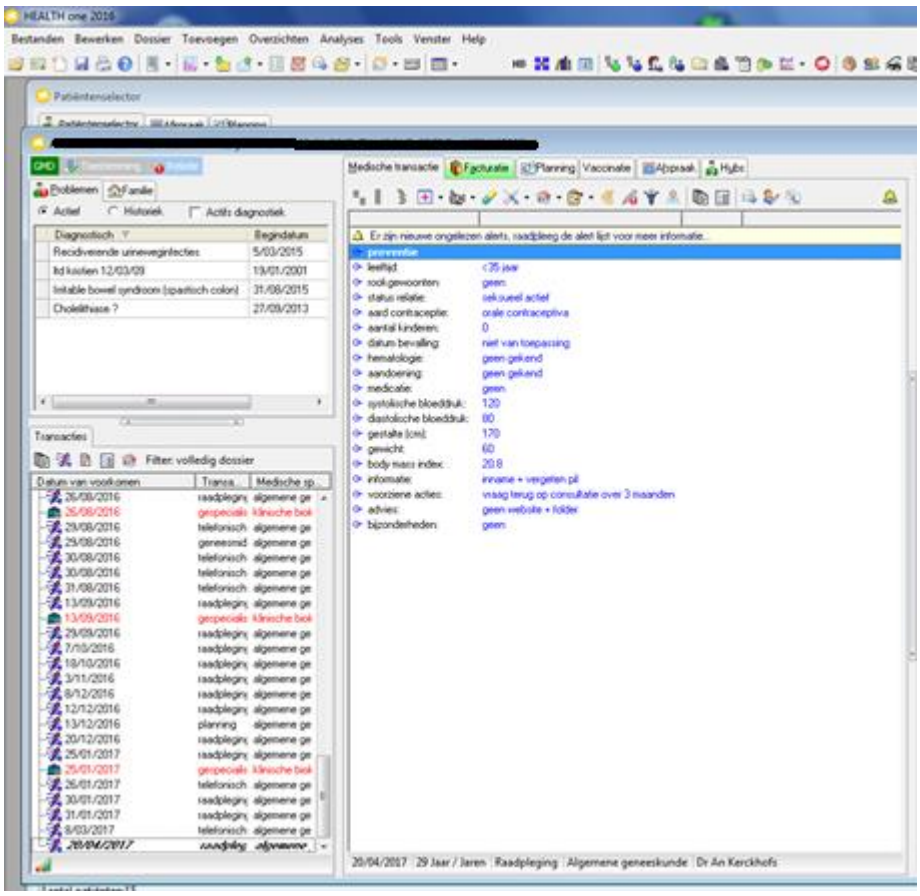





HEALTH one 2016
Bestanden Bewerken Overzichten Analyses Tools Venster Help
Patiëntenselector
Problemen
Familie
Actief
Historiek
Actifs diagnostiek
Diagnostisch
Begindatum
Recidiverende urineweginfecties 5/03/2015
Itd kiesten 12/03/09 13/01/2001
Irritable bowel syndroom (spastisch colon) 31/08/2015
Cholelithiase ? 27/09/2013
Transacties
Filter: volledig dossier
Medische transactie
Facturatie
Planning
Vaccinatie
Afspraak
Hubs
Notabene
preventie
leeftijd
rook gewoonten
status relatie
aard contraceptie
aantal kinderen
datum bevalling
hematologie
aandoening
medicatie
systolische bloeddruk
diastolische bloeddruk
gestalte (cm)
gewicht
body mass index
informatie
voorziene acties
advies
bijzonderheden
leeftijd
Gekoppelde Lijst selector
Zoeken
Geschiedenis
Type
Gekoppelde
Permanent
selecteer een item
< 35 jaar
> 35 jaar
Standaard
Hoofdletters
Gevangschikt
Voorafgaand
Toevoegen
Afsluiten
20/04/2017 29 Jaar / Jaren Raadpleging Algemene geneeskunde Dr An Kerckhofs


HEALTH one 2016
Bestanden Bewerken Overzichten Analyses Tools Venster Help
Patiëntenselector
Problemen
Familie
Actief
Historiek
Actifs diagnostiek
Diagnostisch
Begindatum
Recidiverende urineweginfecties 5/03/2015
Itd kiesten 12/03/09 13/01/2001
Irritable bowel syndroom (spastisch colon) 31/08/2015
Cholelithiase ? 27/09/2013
Transacties
Filter: volledig dossier
Medische transactie
Facturatie
Planning
Vaccinatie
Afspraak
Hubs
Notabene
preventie
leeftijd <35 jaar
rook gewoonten geen
status relatie gekoppeld actief
aard contraceptie orale
aantal kinderen 0
datum bevalling niet v
hematologie
aandoening
medicatie
systolische bloeddruk
diastolische bloeddruk
gestalte (cm)
gewicht
body mass index
informatie
voorziene acties
advies
bijzonderheden
hematologie
Gekoppelde Lijst selector
Zoeken
Geschiedenis
Type
Gekoppelde
Permanent
selecteer een item
veneuze trombose
familiaal vroegtijdig cardiovasculaire aandoening
stollingsstoornis
Standaard
Hoofdletters
Gevangschikt
Voorafgaand
Toevoegen
Afsluiten
20/04/2017 29 Jaar / Jaren Raadpleging Algemene geneeskunde Dr An Kerckhofs


HEALTH one 2016
Bestanden Bewerken Overzichten Analyses Tools Venster Help
Patiëntenselector
Problemen
Familie
Actief
Historiek
Actifs diagnostiek
Diagnostisch
Begindatum
Recidiverende urineweginfecties 5/03/2015
Itd kosten 12/03/09 19/01/2001
Irritable bowel syndroom (spastisch colon) 31/08/2015
Cholelithase ? 27/09/2013
Transacties
Filter: volledig dossier
Datum van voorkomen
Transa.
Medische sp.
Medische transactie
Facturatie
Planning
Vaccinatie
Afspraak
Hybs
Notabene
Er zijn nieuwe ongelezen alerts, raadpleeg de alert lijst voor meer informatie.
preventie
leeftijd <35 jaar
rook gewoonten geen
status relatie seksueel actief
aard contraceptie orale contraceptiva
aantal kinderen 0
datum bevalling niet van toepassing
hematologie geen gekend
aandoening geen gekend
medicatie geen
systolische bloeddruk 120
diastolische bloeddruk 80
gestalte (cm) 170
gewicht 60
body mass index 20.8
informatie inname + vergeten pil
voorziene acties vraag terug op consultatie over 3 maanden
advies geen website + folder
bijzonderheden geen
aandoening
Gekoppelde Lijst selector
Zoeken
Type
Gekoppelde
Permanent
Geschiedenis
selecteer een item
diabetes mellitus met complicaties
migraine met aura
leveraandoeningen
hormoon gevoelige tumoren
SLE + positieve of onbekende antifosfolipiden
Hoofdletters
Gerangschikt
Voorafgaand
Toevoegen
Afsluiten
20/04/2017 29 Jaar / Jaren Raadpleging Algemene geneeskunde Dr An Kerckhofs


HEALTH one 2016
Bestanden Bewerken Dossier Toevoegen Overzichten Analyses Tools Venster Help
Patiëntenselector
Problemen
Familie
Actief
Historiek
Actifs diagnostiek
Diagnostisch
Begindatum
Recidiverende urineweginfecties 5/03/2015
Itd kosten 12/03/09 19/01/2001
Irritable bowel syndroom (spastisch colon) 31/08/2015
Cholelithase ? 27/09/2013
Transacties
Filter: volledig dossier
Datum van voorkomen
Transa.
Medische sp.
Medische transactie
Facturatie
Planning
Vaccinatie
Afspraak
Hybs
Er zijn nieuwe ongelezen alerts, raadpleeg de alert lijst voor meer informatie.
preventie
leeftijd <35 jaar
rook gewoonten geen
status relatie seksueel actief
aard contraceptie orale contraceptiva
aantal kinderen 0
datum bevalling niet van toepassing
hematologie geen gekend
aandoening geen gekend
medicatie geen
systolische bloeddruk 120
diastolische bloeddruk 80
gestalte (cm) 170
gewicht 60
body mass index 20.8
informatie inname + vergeten pil
voorziene acties vraag terug op consultatie over 3 maanden
advies geen website + folder
bijzonderheden geen
20/04/2017 29 Jaar / Jaren Raadpleging Algemene geneeskunde Dr An Kerckhofs

11.6. Bijlage 6: studieprotocol

Onderzoeksprotocol masterproef huisartsgeneeskunde

Titel

Structureren van het pilconsult ter verbetering van de kennis en de therapietrouw bij jonge vrouwen

Promotor:
Naam: Dr. Kristin Hendrickx.
Functie: Huisarts
Universiteit: Universiteit Antwerpen, faculteit huisartsgeneeskunde.
Email: kristin.hendrickx@uantwerpen.be
Telefoon: 03/265 29 35
Fax: 03/265 25 26

Onderzoeker:
Naam: Dr. Susan van der Spek
Functie: Huisarts in opleiding
Universiteit: Universiteit Antwerpen
Email: susan-vd-s@hotmail.com
Telefoon: 04/76 88 28 87

Praktijkopleider/co-promotor:
Naam: Dr. Kristien Frijns
Functie: Huisarts
Adres praktijk: Laar 73, 2140 Borgerhout
Telefoon: 03/27 10 774
Type praktijk: Groepspraktijk

Probleemstelling:

In de opleidingspraktijk waar ik werk zien we zeer veel jonge vrouwen met de vraag naar een anticonceptiepil. Deze geeft, samen met andere vormen van anticonceptie, sinds de introductie in 1962, de mogelijkheid tot geboorteregeling en is het meest gebruikte middel voor contraceptie[1]. In de praktijk blijkt echter dat de juiste kennis en therapietrouw vaak te wensen over laat[2-4]. Dit kan uiteraard leiden tot ongewenste zwangerschappen.

De problemen bij de inname berusten op verschillende moeilijkheden bij onze, overwegend (van origine) allochtone, populatie. Ten eerste is er weinig kennis over het menselijk lichaam en de reproductieve gezondheid. Tevens heerst er nog altijd een taboe over het praten over zaken rond seksualiteit[4]. Een taalbarrière maakt het consult nog moeilijker.

Ik heb gemerkt dat herhalings-voorschriften voor de anticonceptiepil regelmatig tussendoor of telefonisch worden aangevraagd, zelden komt een patiënte enkel voor en pilvoorschrift naar de huisarts. Hierdoor lukt het vaak niet om het anticonceptie-consult te voeren zoals we dat graag zouden willen. Tevens is er in de praktijk geen praktijkrichtlijn voor het voeren van een anticonceptie-consult en de opvolging van het gebruik.

Onderzoeksvraag:

Lijdt het structureren van het pilconsult en de opvolging van het pilgebruik voor een vergroting van de kennis van jonge vrouwen over de pil en het gebruik van de pil?

P: Vrouwen tussen de 16 en de 25 jaar
I: Structureren van het pilconsult aan de hand van een applicatie in het elektronisch medisch dossier en het gebruik van een folder.
C: Voor en nameting van de kennis van jonge vrouwen over het gebruik van de pil.
O: Verbeterde kennis en daarmee verbeterde therapietrouw, om ongewenste zwangerschappen te vorkomen.

Onderzoeksmethode:

Dit is een kwaliteit verbeterend project in een groepspraktijk in Borgerhout, met een overwegend allochtone en van origine allochtone populatie. In de praktijk werken 3 vaste artsen en 2 huisartsen in opleiding (HAIO's). Er is een voltijds secretariaat. De outcome van het onderzoek is gericht op het testen van een interventie om de kennis van jonge vrouwen over het gebruik van de anticonceptiepil te vergroten. Het onderzoek zal ruim een jaar duren.

1.1 Literatuuronderzoek:
Welke zaken worden reeds genoemd als reden voor de verminderde therapietrouw met betrekking tot de anticonceptiepil?
Wat zijn de opvattingen van (Marokkaanse) immigranten over seksualiteit en anticonceptiegebruik?
Welke methoden zijn reeds onderzocht omtrent het structureren van een consult?

1.2 Nulmeting:
Een zelf opgestelde vragenlijst (bijlage 1) over de anticonceptiepil wordt voorgelegd aan alle vrouwen in een bepaalde leeftijdsgroep, die consulteren bij een van de artsen in de praktijk in een periode van 3 maanden. De vragenlijst is gebaseerd op eerder gebruikte vragenlijsten gebruikt bij onderzoek naar de anticonceptiepil en houdt rekening met de in onze praktijk reeds bekende hiaten in de kennis van vrouwen over het gebruik van de Pil. De vragenlijst zal ongeveer 10 minuten tijd vragen, wat hopelijk grotendeels kan vallen op het moment dat de vrouwen in de wachtzaal wachten op hun afspraak bij hun dokter. De vragenlijst geeft een beeld van de algemene kennis over anticonceptie onder de bevolking in de praktijk.

1.3 Implementatie van de kwaliteitsverbetering:
Uit vorig onderzoek in het kader van de masterthesis huisartsgeneeskunde blijkt dat een goed opgestelde folder door huisartsen wordt gezien als een goed hulpmiddel bij het consult of als informatiebron voor de patiënt[5]. Een poster in de wachtzaal gericht op de hiaten van kennis heeft geen significant effect[3]. Het gebruik van een applicatie in het elektronisch medisch dossier en het gebruik van reminders blijkt voor het anticonceptieconsult, waar veel informatieoverdracht bij komt kijken, een goed hulpmiddel te zijn[6].
In dit praktijk-verbeterend project zal worden gewerkt aan de hand van twee hulpmiddelen:
1. Een applicatie in het elektronisch medisch dossier. Dit moet het de arts gemakkelijker maken om het consult gestructureerd te voeren en geen zaken te vergeten. Tevens zorgt dit ervoor dat gegevens gemakkelijk zijn terug te vinden.
2. Gebruik van een folder. Deze wordt opgesteld op basis van eerder gebruikte folders, maar qua taalgebruik en informatie aangepast aan de populatie van de praktijk, met behulp van de collega-artsen. De folder zal in het Arabisch worden vertaald om een zo groot mogelijke groep vrouwen te kunnen

bereiken. Het zal worden gebruikt als leidraad voor het consult en als informatiebron voor de patiënte, thuis na het consult.

Uiteraard zullen de zaken die naar voren komen uit de vragenlijst bij de nulmeting zo veel mogelijk worden geïmplementeerd in de folder en in de het gestructureerde consult.

Goede uitleg aan de artsen in de praktijk is noodzakelijk voor een uniform consult. Daarom zal op voor de implementatie het consult aan de hand van de hulpmiddelen worden overlopen op de vergadering. Tussentijds zal worden geëvalueerd.

1.4 Nameting:
Tijdens het aangepaste consult zal worden uitgelegd dat de vrouwen na 6-8 weken een uitnodiging zullen ontvangen om op de praktijk een vragenlijst te komen invullen. Er zijn geen kosten verbonden aan dit praktijkbezoek. Dezelfde vragenlijst als de nulmeting zal worden toegepast. Op die manier kan worden nagegaan of het aangepaste consult een verhoging in de kennis teweegbrengt over anticonceptie in de beoogde groep vrouwen. De vragenlijst wordt niet thuis ingevuld, omdat de gekregen folder en internet dan als informatiebron kunnen worden gebruikt. De vrouwen zullen telefonische worden benaderd, waarbij het belang voor het onderzoek en het kosteloze aspect van het bezoek zal worden benadrukt.

1.5 Statistische toetsing
Om te onderzoeken of de demografische gegevens vergelijkbaar zijn in de groep vrouwen van de nulmeting en de vrouwen van de nameting zal een chi-kwadraat test worden gebruikt, hiervoor zal het programma SPSS wordt gebruikt. Het percentage goede en foute antwoorden zal worden berekend en vergeleken voor en na interventie.

2.1
Prospectieve registratie van consulten omtrent anticonceptie en codering van alle consulten waarbij de pil wordt voorgeschreven. Waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen een eerste pilconsult en een opvolg-consult.

Rekrutering

Voor de nulmeting zal tijdens een periode van 3 maanden door de secretaressen de vraag naar deelname voor het onderzoek worden gesteld aan alle vrouwen tussen de 16 en de 25 jaar. Er wordt gekozen voor deze leeftijdscategorie omdat er vooral gericht wordt op vrouwen die starten met de pil of nog niet lang de pil nemen. Onder de 16 jaar moet toestemming van de ouders voor deelname worden gegeven. Dit lijkt praktisch niet haalbaar.

In de praktijk staan 7222 patiënten ingeschreven. Daarvan zijn er 655 vrouwen tussen de 16 en de 25 jaar. Ik wil me richten op het verkrijgen van 60 ingevulde vragenlijsten voor de nulmeting. Daarmee bereik ik ongeveer een aandeel van 10% van deze groep jonge vrouwen.

Op voorhand wordt uitleg gegeven aan de secretaresses over het project en wat er wordt gevraagd van hen. De verschillende formulieren zullen worden overlopen en de mogelijkheid voor vragen zal worden geboden. Tussentijds zal worden geëvalueerd.

Om de patiënten bekend te maken met het onderzoek zal een poster in de wachtzaal worden gehangen. Vervolgens zal de secretaresse verzoeken om deelname bij aankomst in de huisartspraktijk. Dit is haalbaar vanwege een voltijds secretariaat. Het informatieformulier (bijlage 2) zal worden overlopen en het toestemmingsformulier (bijlage 3) zal direct worden ondertekend. De anonimiteit van het onderzoek zal worden benadrukt. Er zal gevraagd worden de vragenlijst direct in te vullen en terug in te leveren bij het secretariaat. Indien dit niet mogelijk is wordt verzocht het thuis in te vullen en zo snel mogelijk terug in te leveren bij het secretariaat. Bij verdere vragen of twijfel over deelname zal worden verwezen naar de arts voor meer uitleg.

De deelnemers voor de nameting worden tijdens de implementatieperiode gerekruteerd. Dit zijn de vrouwen waarbij het gestructureerde consult is toegepast.

Ethische aspecten

Voor deelname aan dit onderzoek zal expliciet toestemming worden gevraagd. Er wordt gebruikt gemaakt van een informatie- en toestemmingsformulier om de deelnemers te informeren. Een kopie van beide zullen worden aangeboden aan de deelnemende vrouwen.
Tijdens dit onderzoek zal de anonimiteit van de deelnemers worden gewaarborgd. Op de vragenlijsten zal gevraagd worden naar demografische gegevens en het geboortejaar, maar niet naar namen of initialen. Enkel op het toestemmingsformulier wordt een naam geregistreerd. Daarna wordt er gecodeerd geregistreerd.
Aan de deelnemers zal het recht op informatie en het recht tot terugtrekken uit de studie worden uitgelegd.

Uitval:

Alle vrouwen die verzocht worden tot deelname zullen gecodeerd worden geregistreerd, bij weigering tot deelname wordt een reden genoteerd.
Deelnemers die de vragenlijst niet terug inleveren of die, na herhaalde oproepen, niet op te praktijk komen voor de vragenlijst, worden als non-responders gezien.

Referenties

1. Sensoa. Feiten en cijfers: Seksuele gezondheid van volwassenen in Vlaanderen: Feiten en cijfers. http//www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/seksuele-gezondheid-van-volwassenen-in-vlaanderen
2. Peremans L, Hermann I, Avonts D, Van Royen P, Denekens J. Contraceptive knowledge and expectations by adolescents: an explanation by focus groups. Patient Educ Couns. 2000 mei;40(2):133-41.
3. Janssens A. Correct pilgebruik: opsporen van hiaten in de kennis en problemen bij het gebruik, en is er verbetering na interventie door de huisarts? Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Antwerpen, 2015.
4. Hendrickx K, Lodewijckx E, Van Royen P, Denekens J. Sexual behaviour of second generation Moroccan immigrants balancing between traditional attitudes and safe sex. Patient Educ Couns. 2002 Jun;47(2):89-94. + huisartsnu
5. Faes D. Het eerste anticonceptieconsult, start van een meersporentraject? Masterproef huisartsgeneeskunde. KU Leuven, 2015.
6. Peremans L. Contraceptive consultation in general practice: a study on quality and performance. Dissertation University of Antwerp 2006; p. 149

11.7. Bijlage 7: toestemming 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. K. Hendrickx
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Structuren van het pilconsult ter verbetering van de kennis en therapietrouw bij jonge vrouwen (manama huisartsgeneeskunde van der Spek Susan)

Belgisch Registratienummer: B300201628159

datum	ons kenmerk	contact
21/03/2016	16/9/107	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. 21/03/2016 .

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

- CV Onderzoeker UZA
  van der Spek Susan
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 27/02/2016
  Versie 1
- Protocol dd. 27/02/2016
  Versie 1
- Diverse
  Poster wachtzaal
- Vragenlijst(en) dd. 27/02/2016
  Versie 1

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Gelieve de folder nog te bezorgen en meer informatie ivm de applicatie mee te delen, van zodra deze beschikbaar zijn.

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
21/03/2016

ons kenmerk
16/9/107

contact
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