Implementatie van de richtlijn anticonceptie in de praktijk: een kwaliteitsverbeterend praktijkproject

Dr. Netrebko Olha, UGent

Promotor: Prof. Dr. Lieve Peremans, UAntwerpen

Co-promotor, praktijkopleider: Dr. Michel Goetinck

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde 2013-14

Dankwoord

Na een aantal maanden druk bezig zijn met het zoeken, het registreren, het verwerken, het analyseren, … kwam ik eindelijk tot het lang verwachtte resultaat: mijn manama thesis is volledig klaar en heeft de gewenste vorm gekregen.

Dit kon nooit gebeuren zonder de hulp van heel wat mensen.

Vooreerst gaat mijn dank naar mijn promotor, Prof. Dr. Lieve Peremans. Ze was bijzonder behulpzaam en ondersteunend. Het materiaal dat ze ter beschikking stelde was van goudwaarde en direct bruikbaar.

Ook wil ik mijn co-promotor (tegelijk ook praktijkopleider), Dr. Michel Goetinck, bedanken voor zijn aandacht voor mijn teksten, zijn correcties, zijn bijkomende ideeën en aangeboden materiaal.

Vervolgens wil ik graag collega huisarts, Dr. Jan Kamoen, bedanken voor zijn hulp bij het ontwerp van het EBM-sjabloon in het medische softwareprogramma Medigest.

Ook aparte dank aan Mevr. Lieve Verbruggen, de bibliothecaris van de medische bibliotheek AZ Sint-Jan te Brugge voor het samenwerken bij het opzoeken van de nodige literatuur.

Dank aan de geduldige patiënten die de nodige tijd hebben genomen om mijn vragenlijst in te vullen. Ook dank aan het personeel van huisartsenpraktijk “de Stoute”, die goed geholpen hebben bij de organisatie en het proces van enquêtering.

En tenslotte, dank aan mijn ouders en mijn echtgenoot, die in deze periode de zorg voor mijn kinderen gedeeltelijk opgenomen hebben, waardoor ik maximum tijd kon besteden aan mijn manama thesis….

Dank aan allen!

Olha Netrebko

1. Abstract

IMPLEMENTATIE VAN DE RICHTLIJN ANTICONCEPTIE IN DE PRAKTIJK: EEN KWALITEITSVERBETEREND PRAKTIJKPROJECT

Haio: Olha NETREBKO, UGent

Promotor: Prof. Dr. Lieve PEREMANS, UAntwerpen

Co-promotor, Praktijkopleider: Dr. Michel GOETINCK

Context: Anticonceptie (AC) is meer dan alleen een pil voorschrijven. AC behoort tot de basistaken van de huisarts. De huisarts levert de cruciaal noodzakelijke informatie. Het is een uitdaging om samen met de patiënte tot een juiste keuze te komen en aansluitend duidelijke uitleg te geven over het gebruik en de werking. Tevens moet preventie aan bod komen, waarbij voldoende informatie over seksueel overdraagbare aandoeningen verschaft wordt. Die informatie moet correct en volledig zijn. Vanuit dit concept is het overduidelijk dat een dergelijke taak enkel realiseerbaar is binnen een goed gestructureerd AC-consult. De nagestreefde outcome van deze studie is een kwaliteitsverbetering met tijdens het consult neergeschreven data in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) : de volledige lijst op Evidence Baced Medicine (EBM)-gebaseerde parameters van het AC-consult (eerste en opvolging), de juiste keuze van AC, inclusief de keuzecriteria en de keuze bepalende risicofactoren, en de tijdens het consult aangeboden informatie.

Onderzoeksvragen: Hoe kunnen wij de huidige richtlijnen rond AC toepassen in de praktijk op een gekozen doelgroep van vrouwen tussen 16-49jaar? Hoe kunnen we de nodige gegevens over AC integreren en bijhouden in het EMD?

Methode: Deze studie is een kwaliteitsverbeterend project rond het AC-consult in een duopraktijk. Ze beoogt het oppuntstellen en corrigeren van het AC-consult in deze praktijk. Het FOCUS-stappenplan werd als leidraad gebruikt. Het onderwerp vergde vooraf uitdieping via een uitgebreide literatuurstudie: zoeken naar gegevens over barrières en implementatiemethoden van richtlijnen. Het retrospectief onderzoek (via een data verzameling uit het EMD) diende als een nulmeting van de bestaande toestand. We registreerden hoe vaak de noodzakelijke items voor een AC-consult in het EMD al of niet werden genoteerd. In een tweede onderzoekslijn werd een zelf ontworpen vragenlijst aangeboden aan alle vrouwen tussen 16-49j om zo te trachten een inzicht te krijgen in hun kennis, bronnen van info, attitudes in verband met AC, en hun gebruik van AC. Tenslotte werd een analyse gemaakt van alle factoren die een rol spelen bij onvoldoende kwaliteit van het AC-consult en die mogelijkheden bieden voor aanpassing binnen de praktijkwerking zelf (door middel van een visgraatanalyse). Een verbeterplan op basis van de analyse van beïnvloedende factoren werd opgemaakt.

Resultaten: Bij de meerderheid van de responders (71,7%) op de vragenlijst was er in het EMD enige melding met betrekking tot AC. Echter bij ongeveer de helft van de vrouwen bleef dit beperkt tot een vermelding van een hormonaal AC in de medicatielijst zonder registratie van noodzakelijke items van AC-consult. Enquêtering van 173 vrouwen (responsgraad van 88%) toont aan dat in de meerderheid van de gevallen (54,3%) de bespreking over het AC-gebruik met de eigen huisarts niet plaatsgreep, terwijl een absolute meerderheid van de vrouwen (74%) een specifiek AC-consult wenst bij hun eigen huisarts. Ook blijkt dat de meeste vrouwen vrij goed op de hoogte zijn van de beschikbare contraceptiva, maar dat hun kennis over het gebruik en de werking ervan ontoereikend is. Patiënten zijn onvoldoende geïnformeerd over de kennis en over het basistakkenpakket van de huisarts, in casu AC-begeleiding. Bij de artsen zijn vooral tijdsgebrek, het ontbreken van een EBM-sjabloon voor AC-consultvoering en het ontbreken van systematische reminders met betrekking tot de opvolging bij AC-gebruik de belangrijkste struikelpunten.

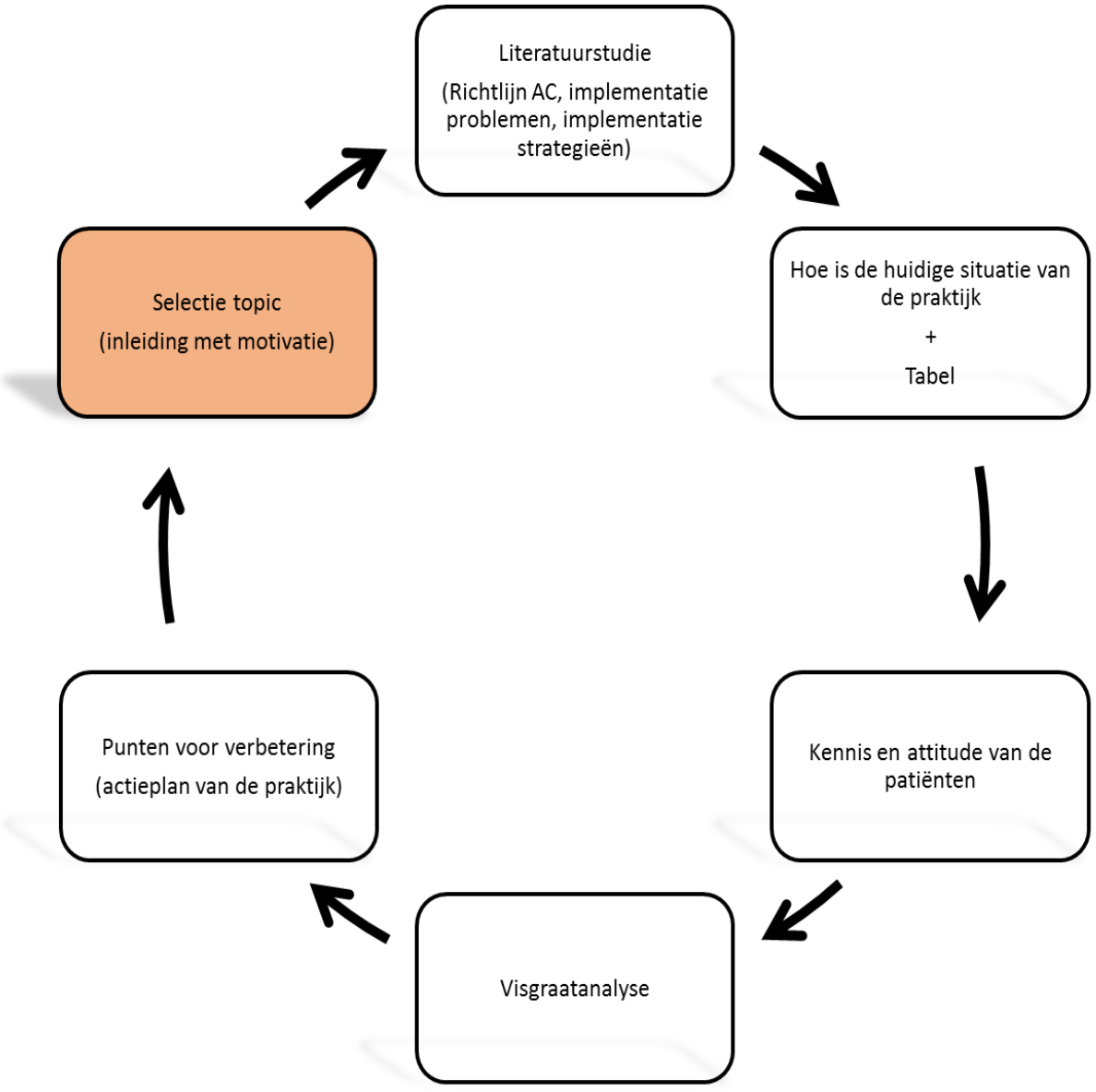
Conclusies: Op basis van een literatuurstudie en een visgraatanalyse werden drie haalbare en bewezen efficiënte implementatiestrategieën gekozen: een computerondersteuningssysteem (CDSS), het gebruik van reminders in het EMD en “patient empowerment” met behulp van een informatiefolder. Het actieplan is binnen de praktijk al gedeeltelijk geïmplementeerd en dus in testfase. De gekozen strategieën blijken makkelijk toepasbaar in elke praktijk die beschikt over een gevalideerd EMD en die hier uiteraard continu gebruik van maken.

Contact: olya.netrebko@telenet.be

2. Inhoudstafel

1. Abstract……2
2. Inhoudstafel……4
3. Inleiding: Motivatie voor themakeuze……6
4. Literatuurstudie……8
   4.1. Inleiding met onderzoeksvragen……8
   4.2. Methodologie……9
   4.3. Resultaten literatuurstudie……11
      4.3.1. Wat zijn de struikelblokken bij het gebruik van richtlijnen?……11
      4.3.2. Wat zijn de problemen om richtlijnen te implementeren in de eerste lijn?……12
      4.3.3.Welke methoden zijn effectief om richtlijnen te implementeren in de eerste lijn?……15
      4.3.4. Hoe is de kwaliteit van het eerste anticonceptie-consult bij de Vlaamse huisartsen?.17
      4.3.5. Methoden bij implementatie in de praktijk van richtlijnen met betrekking tot anticonceptie……17
5. Veldonderzoek: het kwaliteitsverbeterend project……22
   5.1. Methode: FOCUS-procedure……22
   5.2. PDCA-cyclus……25
6. Resultaten……26
   6.1. De graad van respons……26
   6.2. Karakteristieken van de responders van de studiepopulatie……26
   6.3. Hoe is de huidige situatie in de praktijk? (Parameters uit EMD)……29
   6.4. Hoe zien de vrouwen de actuele situatie rond AC?……35
      6.4.1. Het gebruik van AC……35
      6.4.2. Attitude……39
      6.4.3. Kennis AC……42
      6.4.4. Overeenkomst tussen de info over huidig AC-gebruik in de vragenlijst en EMD……45
7. Visgraatanalyse……46
8. Actieplan van de praktijk: punten voor verbetering……50
9. Besluiten……55
10. Referenties literatuur……56
11. Bijlagen……61
   11.1 Steekkaart Orale Anticonceptie (DM)……61
   11.2 Tabel: Perceived barriers to the implementation of key recommendations from selected guidelines……63
   11.3 Tabel: Barriers to and incentives for change at different levels of healthcare……64
   11.4 Tabel: Implementation strategies that works……65
   11.5 Tabel: Overview of strategies for implementation of evidence and conclusions of reviews..66
   11.6 Tabel: Potential barriers/incentives in relation to a proposed 10-step model for inducing change in professional behaviour……68
   11.7 Goedkeuring Ethisch Comité……69
   11.8 Studieprotocol……70
   11.9 Informatie voor de patiënt en toestemmingsformulier……73
   11.10 Vragenlijst……76
   11.11 Informatiefolder……83

3. Inleiding


Literatuurstudie
(Richtlijn AC, implementatie problemen, implementatie strategieën)
Hoe is de huidige situatie van de praktijk
+
Tabel
Kennis en attitude van de patiënten
Visgraatanalyse
Punten voor verbetering
(actieplan van de praktijk)
Selectie topic
(inleiding met motivatie)

Motivatie voor themakeuze

Veilig ouderschap in een leefbare wereld is een grondrecht voor ieder mens. Bij het realiseren van deze doelstelling speelt de beschikbaarheid van diensten voor zowel kwaliteitsvolle familieplanning als moeder- en kindzorg een cruciale rol. De introductie van de orale anticonceptiva (OAC) in 1961 maakte een betrouwbare en relatief veilige geboortebeperking en –spreiding mogelijk. De eenvoudig gemaakte scheiding van procreatie en recreatie in de seksualiteitsbeleving bracht een maatschappelijke omwenteling teweeg *(1).* In België gebruiken de meeste vrouwen tijdens hun vruchtbare leeftijdsfase OAC *(2).*

In tegenstelling tot in de meeste andere landen bestaan in België, meer bepaald in Vlaanderen, geen centra voor 'family planning'. Tevens spelen huisartsen in het Belgisch gezondheidssysteem geen rol als centrale zorgverlener of poortwachter ('gatekeeper')*(3).* Veel vrouwen bezoeken een gynaecoloog voor geboortecontrole en gynaecologische screening. Nochtans leveren de huisartsen het grootste aantal voorschriften af voor OAC. Concreet voor 2003: 58.7% van deze voorschriften werden geleverd door huisartsen, en 34.9% door gynaecologen (waardoor nog 6.4% voorschriften afkomstig blijken uit andere disciplines!) *(4).*

Eén van de belangrijkste kenmerken in de huisartsenpraktijk is de nauwe relatie tussen arts en patiënt. Het ondersteunen bij het nemen van beslissingen vormt hierbij een centraal aspect. Huisartsen richten zich sterk op preventie. De educatieve rol van huisartsen en de rol bij het motiveren van patiënten blijken hierin heel cruciaal *(5).*

Een belangrijke doelgroep in de gezondheidszorg zijn de adolescenten. Ze vertonen echter vaak hoog risicogedrag en specifieke gezondheidsproblemen, zoals middelenmisbruik van drugs en alcohol, suïcide, ongewenste zwangerschappen, seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Paradoxaal staat dit in scherp contrast met een beperkt gebruik van gezondheidszorg en contact met hulpverleners. Huisartsen blijken nu net zeer goed geplaatst om met deze groep in contact te komen, op voorwaarde dat zij aan deze groep specifieke aandacht en benaderingen geven *(6)(7).* Huisartsen beschikken over de mogelijkheid om adolescenten te counselen over goed AC gebruik en het voorkomen van seksueel overdraagbare infecties en ongeplande tienerzwangerschappen *(8).*

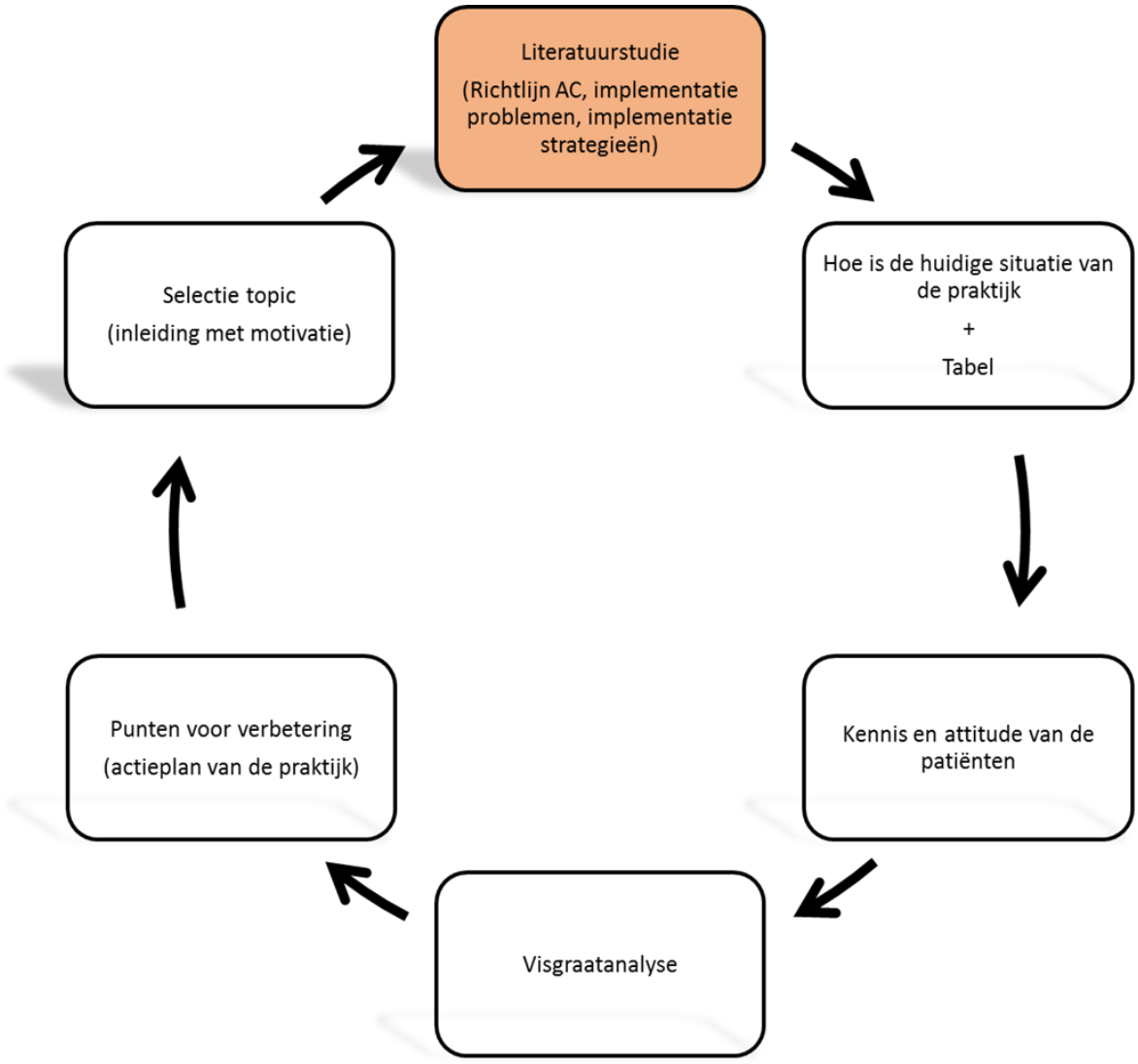
Kennis over het correct gebruik van anticonceptie blijkt nog steeds laag *(9-11).*

De motivatie van de themakeuze is gebaseerd op mijn vaststelling als Haio, dat mijn opleidingspraktijk een zeer grote populatie van geriatrische patiënten heeft, met sterke aandacht voor opvolging en zorgplanning van chronische aandoeningen en psycho-sociale problematiek.
In de laatste jaren steeg het aantal jongeren in de praktijk. Hierbij merkte ik op dat er onvoldoende aandacht besteed werd aan deze adolescentengroep en aan hun specifieke problematiek, waaronder anticonceptie (AC). Er bleek bij een eerste benadering opvallend weinig kennis bij deze jongere populatie over anticonceptiemiddelen, zeker waar het gaat om voorkomen van ongeplande zwangerschap en SOA.
Ook de bredere groep vrouwen in vruchtbare leeftijdsfase bleken niet goed geïnformeerd over de risico's, gebonden aan het gebruik van hormonale anticonceptiemiddelen (hormonale AC), noch over het correct gebruik hiervan.
Een bijkomende vaststelling in mijn opleidingspraktijk is, dat er geen systematische opvolging van

deze vrouwen gebeurt of dat hieromtrent geen volledige EMD gegevens terug te vinden zijn. Vaak krijgen deze vrouwen een voorschrift op eenvoudig telefonisch verzoek, zonder opvolging en herinschatting van risicofactoren. Eveneens zijn er weinig specifieke consulten bij het opstarten en de keuze van bepaalde anticonceptie in de praktijk, en gebeurt dit alles “tussendoor”.

Deze vaststellingen boden stof genoeg om mij als Haio aan te zetten om dit als onderzoeksthema te kiezen voor een kwaliteitsverbeterend praktijkproject rond anticonceptiebeleid. Mijn praktijkopleider bleek direct bereid om mee te stappen in deze onderneming. Een kwaliteitsvol anticonceptie consult is de eerste stap naar beter gebruik van anticonceptiva door een meer alerte patiënte *(12)*. Concreet koos ik voor de implementatie, het in de praktijk tot toepassing brengen van de Vlaamse richtlijn voor goede medische praktijkvoering: hormonale anticonceptie *(13).* Uitgaande van een analyse van de vooraf bestaande praktijkvoering rond anticonceptie in de opleidingspraktijk. Rekening houdend met een uitgebreide patiëntenbevraging via enquête bij alle vrouwen tussen 16 jaar en 49 jaar.

4. Literatuurstudie



4.1. Inleiding met onderzoeksvragen

Het literatuuronderzoek werd gericht op het zoeken naar gegevens over implementatie van de richtlijnen in het algemeen en implementatie van de richtlijnen over anticonceptie (AC) met de volgende onderzoeksvragen:

- Wat zijn de problemen bij het gebruik van richtlijnen?
- Wat zijn de problemen om richtlijnen te implementeren in de eerste lijn?
- Welke methoden zijn effectief om richtlijnen te implementeren in de eerste lijn?
- Hoe is de kwaliteit van het eerste anticonceptieconsult bij de Vlaamse huisartsen ?

Deze zoektocht werd beëindigd 01 februari 2014.

Bronnen waren bestudeerd volgens watervalmethode.

4.2. Methodologie

Er werd eerst informatie gezocht over richtlijnen anticonceptie bij Domus Medica, bij het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG), RIZIV richtlijnen bij het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO). Domus Medica bracht een hernieuwde aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Hormonale Anticonceptie (Gevalideerd door Cebam in december 2011; Auteurs: L. Peremans, E. Van Leeuwen, N. Delvaux, K. Keppens, H. Yikilkan) die als nationale (Belgische) basis-richtlijn werd genomen *(zie bijlage 1, kernboodschappen richtlijn AC).*

Sinds de publicatie van de vorige richtlijn (2002) zijn er heel wat andere vormen van hormonale anticonceptie op de markt gekomen. Ook werd meer aandacht gegeven aan zulke belangrijke aandachtspunten zoals: bevragen van contra-indicaties en het bespreken van omstandigheden waarin hormonale anticonceptie minder werkzaam is.

Deze richtlijn kwam tot stand in samenwerking met de auteurs van de NHG-Standaard Anticonceptie; deze samenwerking had tot doel gelijklopende boodschappen te ontwikkelen. De kleine verschillen in beschouwing waren vooral het gevolg van het verschil in praktijkvoering (13).

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de oude NHG-standaarden Hormonale anticonceptie en Het Spiraaltje vervangen naar de nieuwe NHG- Standaard Anticonceptie in 2011.

Consensusvergadering RIZIV 16/5/2013 “Adequaat gebruik van de hormonale contraceptie” bracht nieuwe, wetenschappelijk-onderbouwde gegevens, namelijk: effectiviteit en veiligheid van nieuwe gebruikswijze OAC (“quick start” en continu gebruik) wat ook belangrijk kan zijn bij het correct uitvoeren van AC-consult in de huisartsenpraktijk.

De volgende stap is de zoektocht naar systematische reviews en meta-analyses (The Cochrane Library Clinical Evidence).

Opzoek met het trefwoord “ implementatie richtlijnen in anticonceptie-consult”.

Medline search als de laatste stap

Ik heb Medline (via PubMed) search uitgevoerd vanuit Cebam met de volgende trefwoorden:

- Implementation guidelines
- Implementation guidelines Grol
- Implementation guidelines Grimshaw
- Implementation guidelines Belgium
- Implementation guidelines + general practice
- Guidelines implementation contraceptive consultation
- Implementation guidelines barriers/problems/obstacles

- Implementation guidelines methods/strategies
- Implementation guidelines + Computer-decision support systems (CDSS)
- Implementation guidelines + empowerment patients

Alle geselecteerde relevante “full articles” werden grondig gelezen en alle abstracten werden overlopen en beoordeeld op mogelijke relevantie voor de vraag. Er werd geen restrictie gebruikt, geen tijdslimiet gebruikt bij de zoektocht, maar meer aandacht besteed aan basiswerken over implementatie barrières en methodes van R. Grol en J. Grimshaw.

4. 3. Resultaten van literatuurstudie

4.3.1. Wat zijn de struikelblokken bij het gebruik van richtlijnen?

Eén van de steeds terugkomende problemen in het onderzoek rond gezondheidszorg is de kloof tussen 'best practice' (wetenschappelijk ondersteund) en actuele klinische zorg. Studies in de Verenigde Staten en Nederland tonen aan dat minstens 30-40% van de patiënten geen zorg ontvangen volgens huidige wetenschappelijke evidentie, met zelfs meer dan 20% onnodige of mogelijks schadeberokkende zorg *(14)*.

In een observationele studie van Grol et al met betrekking tot tien Nederlandse richtlijnen blijkt dat huisartsen gemiddeld 61% van hun beslissingen baseren op aanbevelingen *(15)*. Meerdere studies tonen aan dat bij de aanpak van acute en chronische aandoeningen de toepassing van richtlijnen laag is, zelfs wanneer deze richtlijnen opgesteld worden door belangrijke overheidsinstellingen of beroepsorganisaties *(16)*.

Richtlijnen bieden aan zorgverleners drie potentiële functies, die complementair zijn: ondersteuning geven in de richting van evidence based medicine, op peil houden van kennis in een wereld van snelle en complexe wetenschappelijke ontwikkelingen en een brug aanbieden tussen wetenschap en praktijk, namelijk tussen 'efficacy' en 'efficiency'*(17-19)* .

Voor huisartsen kunnen richtlijnen inderdaad op diverse vlakken nuttig zijn.

- Als "state of art" bieden zij een belangrijke houvast en zijn ze belangrijk in het proces van professionalisering.
- Richtlijnen als concrete invulling van het basistakenpakket: huisartsen die handelen volgens welbepaalde aanbevelingen, hebben de zekerheid dat hun werk in overeenstemming is met wat de beroepsgroep als "goed" beschouwt en wat als wetenschappelijke evidentie wordt aanzien. Dit aspect wordt des te belangrijker omwille van de toenemende maatschappelijke druk, vooral met betrekking tot de verschillende praktijkvoering, de neveneffecten van medische interventies en de vragen naar een duidelijk dienstenpakket vanuit patiëntengroepen.
- Richtlijnen als basis voor terreinafbakening en taakafspraken met specialisten.
- Richtlijnen als basis voor kwaliteitsbevordering: aanbevelingen zijn een noodzakelijke stap om de kwaliteit van het huisartsengeneeskundig handelen te bewaken en desgevallend te verbeteren.
- Uit effect-evaluaties van richtlijnen kan men besluiten dat het mogelijk is praktijkvoering te verbeteren via richtlijnen, als ze op een goede manier worden opgesteld, verspreid en geïmplementeerd *(20).*

Van huisartsen wordt dus verwacht dat ze hun werkwijze spiegelen aan het geformuleerd advies en ermee in overeenstemming brengen, tenzij ze goede redenen menen te hebben om ervan af te wijken *(21).* Zelfs als artsen zich bewust zijn van de evidentie en bereid zijn om te veranderen, blijft het moeilijk om bestaande patronen van zorgverlening te wijzigen. Zeker wanneer de omgeving waarin deze zorg plaatsgrijpt niet open staat voor verandering *(22).* Gezondheidsinstanties besteden typisch meer aandacht aan het ontwikkelen van richtlijnen dan aan de implementatie voor routine gebruik in klinische settings. Blijkbaar veronderstelt men dat artsen richtlijnen vanzelfsprekend gaan

toepassen in de consultaties *(23). Ze* moeten voortdurend kiezen tussen expertmening, richtlijnen en eigen ervaring om de beste zorg aan te bieden bij een patiënt. Bovendien is het belangrijk om ook de patiënt inspraak te geven in het beslissingsproces. Artsen zijn vaak onzeker om de juiste balans te vinden tussen deze wetenschappelijke evidentie, ervaring , de voorkeur van patiënten, en de nood aan begeleiding om deze beslissingen te ondersteunen *(24).*

De complexiteit van problemen in de huisartspraktijk met name multimorbiditeit, kunnen implementatie van richtlijnen beïnvloeden. Bovendien zijn de meeste richtlijnen gemaakt voor eenvoudige klachten of aandoeningen en niet voor de patiënt met multimorbiditeit. Huisartsen laten zich vaak leiden door de aangeboden symptomen en problemen en zoeken hierdoor niet actief naar ziekten. Dit maakt dat de invloed van de patiënt op het klinische proces sterk doorweegt *(25)*.

Verandering is een stapsgewijs proces, waarbij vele hinderpalen dienen overwonnen te worden. Om proces succesvol te maken, is het noodzakelijk dat de doelgroep van artsen de nodige kennis en vaardigheden verwerft, plus de motivatie om een nieuwe reeks handelingen te aanvaarden. Daarbovenop moet de gedragswijziging mogelijk gemaakt wordt door praktische en organisatorische aanpassingen, en moet alles aanvaardbaar zijn voor de collega's, voor de patiënten en eventueel andere personen. Interventies tot verandering moeten dus expliciet aandacht besteden aan het opheffen van deze hinderpalen, moeten het veranderingsproces langdurig ondersteunen, en het in de praktijk consolideren *(25) (26).*

4.3.2. Wat zijn de problemen om richtlijnen te implementeren op de eerste lijn?

Implementatie betekent het in toepassing brengen van een richtlijn, omvat effectieve communicatie strategieën en identificeert hinderpalen voor verandering (barriers to change). Verder overkomt ze deze hinderpalen door het gebruik van administratieve en educatieve technieken die effect resulteren in de praktijksetting *(27).*

Implementatie van verandering, met het oog op verbeteren van patiëntenzorg, is moeilijk *(28).* Huisartsen verlangen soms harde bewijzen voor andere werkwijzen, alvorens hun routine te veranderen. Terwijl zij ongetoetste of onvoldoende onderzochte opinies uit het klinische veld vaak voor zoete koek slikken *(20).*

We beschikken tegenwoordig over sommige inzichten in de 'zwarte doos' die bepalend is voor gedragsverandering op individueel niveau en op het niveau van instellingen. En ook over inzichten in de determinanten van implementatie en ingebruikname van wetenschappelijk evidentie.

De remmende factoren van implementatie:

Om het gebruik van richtlijnen te verbeteren, is het belangrijk om een analyse te maken van de remmende factoren (E: barriers) van implementatie bij de gebruikers *(14) (29).*

Een groot aantal mogelijke barriers werd geïdentificeerd op verschillende niveau's, zoals op niveau van de arts, niveau van de patiënt, de context van organisatie, en de sociale en culturele context *(14) (29-32).* In een recente review en samenvatting van kwalitatieve studies werden 6 groepen van barrières bij huisartsen vastgesteld: de context van de aanbevelingen, de vorm van de

aanbevelingen, de ervaring van de individuele huisarts, het bewaren van de arts-patiënt relatie, professionele verantwoordelijkheid en praktische aspecten *(33)*.

In de kaderstudie van Cabana et al worden drie categorieën van barrières onderscheiden: barrières in verband met kennis, attitude en externe barrières, verder onderverdeeld in subgroepen *(30).*

Kennis: *tekort aan weten van het bestaan van richtlijnen, en er vertrouwd mee zijn*
De meeste huisartsen kennen het bestaan van de richtlijnen, maar kennen de specifieke inhoud van 46% van de sleutelboodschappen niet. Huisartsen kennen van een sleutelboodschap wel onderdelen, maar kennen geen details, zoals de aanbevolen dosage van een medicatie.

Attitude*:*

- ***gaat niet akkoord met de richtlijn***
  De meest voorkomende barrière in verband met attitude is het niet akkoord gaan met de aanbeveling (68%). Dit had vooral te maken met een gebrek aan toepasbaarheid (57%)

- ***tekort aan zelfvertrouwen***
  Bij 20% was er tekort aan zelfvertrouwen, dat men in staat is om de richtlijn adekwaat in de praktijk om te zetten. Vermelde redenen hiervoor: een tekort aan vaardigheden, een tekort aan ervaring of training, of meer vertrouwen hebben in de expertise van andere hulpverleners

- ***tekort aan geloof in verbeterde outcome***
  Bij 30% van de sleutelboodschappen gingen huisartsen akkoord, maar ze hadden geen geloof dat toepassen hiervan zou leiden tot betere patiënten outcome

- ***tekort aan motivatie***
  Bij 27% van de sleutelboodschappen bleken huisartsen niet gemotiveerd om te veranderen, of voelden er niet voor om de inertie van vroegere praktijkvoering te wijzigen als gevolg van gewoontes en routines

Externe barrières:

- ***patiënt gebonden factoren***
  Patiëntenfactoren worden verantwoordelijk geschat voor een rem in het toepassen van 40% van de kernboodschappen. Hierbij dachten 25% van de huisartsen dat de voorkeuren van patiënten niet klopten met de aanbevelingen. De bekwaamheid of het gedrag van patiënten vormt een rem in 20% van de kernboodschappen. Voorbeeld: patiënten waren niet in staat om een bepaalde actie precies uit te voeren. Voorbeeld: patiënten daagden niet op voor de afgesproken opvolging.
- ***aanbeveling gebonden factoren***
  Bij 43% van de kernboodschappen werden factoren uit de aanbeveling verantwoordelijk bevonden als barrière. De aanbevelingen bleken onduidelijk of verwarrend (32%), bleken onvolledig informatie te geven, of niet meer up to date (14%), of te complex of te moeilijk bruikbaar (5%).

- ***omgevingsfactoren***
  Deze vormen de grootste bron van de externe barrières (52%). Meestal betreft het organisatie-gebonden problemen (36%): organisatie binnen de eigen praktijk (vb openingsuren; bestaffing), organisatie buiten de praktijk (vb afspraken in het ziekenhuis); samenwerking tussen hulpverleners onderling (vb communicatie; samenwerkingsafspraken). *(34).*
  Andere omgevingsfactoren die barrières vormen zijn: tijdstekort (13%) en tekort aan middelen (13%).

(In bijlage 2: Perceived barriers to the implementation of key recommendations from selected guidelines)

Samenvattend stelt Cabana bij 91% van de kernboodschappen barrières met betrekking tot attitude vast, bij 82% externe en bij 46% kennis barrières.
Binnen deze 3 categorieën is de meest vastgestelde barrière het niet akkoord gaan met de aanbevelingen (toepasbaar op 68% van de kernboodschappen), gevolgd door het betwisten van de evidentie en de omgevingsfactoren (logistieke problemen in de eigen praktijk)
Tenslotte zijn er de factoren, verbonden aan de aanbeveling zelf. Ongeveer de helft van de huisartsen (43%) verkiest korte aanbevelingen, die makkelijk leesbaar zijn. Het aanbieden in verschillende formats, zoals algoritme, samenvatting in twee pagina's, elektronische internetversie met hyperlinks zouden zowel artsen als patiënten kunnen helpen) *(35).*

Grol R. geeft een goed overzicht van barrières bij implementatie in een review van 76 studies *(29)*. Hij toont aan dat de barrières zich voordoen op verschillende niveau's binnen de gezondheidszorg: niveau van patiënt, van de individuele professioneel, van het medisch zorgteam, van de gezondheidszorg organisatie, of van de brede omgeving *(29) (36-40).* Een goede kennis van deze obstakels is essentieël om effectieve interventies te ontwikkelen *(29) (bijlage 3).*

Een review in 2007 toont aan dat de meest voorkomende barrières te maken hebben met de aanbevelingen zelf, patiënten en ondersteuning of middelen. De ondervraagde artsen merkten op dat guidelines niet evidence-based waren, niet relevant waren voor de doelpopulatie, te complex of dat ze gewoon niet akkoord gingen met de aanbeveling. Dit alles toont aan hoe belangrijk het is dat een aanbeveling op maat van de lokale setting wordt gemaakt. De ondervraagde artsen waren ook bezorgd dat de aanbevelingen niet zouden beantwoorden aan de noden en de karakteristieken van hun patiënten. Oudere artsen blijken meer weerstand te vertonen om guidelines te gebruiken dan jongere artsen *(34) (41).*

In deze review vermelden de meeste artsen tijdstekort als obstakel (42%), gevolgd door een tekort aan middelen (32%). Dit tijdstekort had ook weerslag op de tijd nodig om info op te zoeken. Jonge huisartsen voelen zich meer vertrouwd door het gebruik van de juiste computerdatabanken *(42).*

Factoren die het gebruik van klinische aanbevelingen determineren:

Vier grote groepen van factoren die maken dat richtlijnen aanvaard worden en in gebruik blijven, kunnen beschreven worden uit de ervaring opgedaan bij het onderzoek rond implementatie *(28).*

- ***Kenmerken van de richtlijnen***
  Wetenschappelijke basis (evidentie) en EBM bronnen. De onderdelen van de voorgestelde verandering zijn direct aan de haalbaarheid en de kans op aanvaarden. De vorm is helder, logisch en aantrekkelijk (Context en vorm).
- ***Kenmerken van de doelgroep*** (dokters en patiënten)
  Rekening houden met de respectievelijke kennis, vaardigheden en attitudes, plus werkomgeving en persoonlijkheden.
- ***Kenmerken van de sociale context/omgeving***
  ICE van dokters en patiënten. Bestaande werkomgeving van de doelgroep, vooral rekening houden met sleutelfiguren (opinion leaders).
- ***Kenmerken van organisatorische context***
  Financiële aspecten van de implementatie. Noodzakelijke veranderingen in de organisatie. Structurele aspecten (bestaffing; uitrusting). Wettelijke aspecten en regelgeving om verandering toe te laten.

Samenvattend kunnen indelingen steeds teruggebracht worden naar twee grote groepen van barrières: interne (te maken met de zorgverlener) en externe (te maken met patiënten en omgeving) *(43).* De meest onderzochte barrière is het tekort aan kennis bij de dokter *(30).*

4.3.3. *Welke methoden zijn effectief om richtlijnen te implementeren in de eerste lijn?*

Strategieën zijn mogelijke mechanismen om richtlijnen te implementeren

"Richtlijnen implementeren zichzelf niet" (1992; Field en Lohr). Enkel wanneer specifieke interventies toegepast worden, zal verandering plaatsgrijpen. De meest effectieve strategieën van implementatie blijken deze te zijn die directe invloed hebben op de consultatie tussen patiënt en hulpverlener *(44).* De meeste interventies hebben slechts een beperkt effect, met een gemiddelde van 10% op de hoofddoelstellingen *(14).*

Eerst dienen de zwakke punten in de kwaliteit van zorg opgespoord te worden, waarna een implementatieplan voor veranderingen in de praktijk opgemaakt wordt.

Geen enkele benadering is superieur wat betreft alle veranderingen in alle situaties. In feite zijn alle benaderingen nuttig *(14) (29).*

Interventies gericht op de professionals (via educatie, reminders, feedback) leveren meer effect op dan deze gericht op organisaties of op patiënten *(14).*

De meeste reviews *(45-48) (26-27)* besluiten dat er geen wondermiddel bestaat om zorgverleners tot verandering te brengen. Enkel een reeks interventies kunnen dit teweegbrengen. Er bestaat geen unieke interventie die altijd effect genereert. Conclusie: multi-facet interventies hebben een hogere succes ratio. Wensing en collega's tonen aan dat interventies, in een combinatie van meer dan één, meer effect opleveren, maar duurder uitvallen. Grol R. stelt dat combinaties van drie of vier interventies in de meeste gevallen succesvol zijn *(25).*
Grimshaw gaat daar echter tegen in. In zijn kwalitatief hoogstaande reviews van 2004 en 2006 *(45) (16)* stelt hij dat er geen correlatie aantoonbaar is tussen het aantal componenten van een implementatiestrategie en hun effectiviteit.

Strategieën gericht op gedrag van hulpverlener of op gezondheids outcome, of beide: *(44)*
-gebruik van opinieleiders en klinische 'kampioenen'
-versterking door gekende klinische groepen
-praktijkbezoek door experten met invloed
-educatie van patiënten
-bezorgen van educatief materiaal
-seminaries en conferenties
-reminder systemen
-continu kwaliteitsbewaking en feedback
-informatie technologie

(Bijlage 4: Implementation strategies that work. Adapted from Lomas and Haynes 1988)

Interventies kunnen beschreven worden van zwak tot relatief sterk: *(46)*
- zwakke interventies: didactische lessen (seminaries; conferenties); ongevraagd opgestuurd lesmateriaal
- matig effectieve interventies: audit, feedback, gericht op specifieke hulpverleners, en uitgaand van opinieleiders
- relatief sterke interventies: reminder systemen, multipele interventies (2 of meer)

De meerderheid van interventies levert bescheiden tot matig effect in kwaliteitsverbetering van zorg op.

Reminders als strategie is de enkelvoudige interventie, die het meest werd bestudeerd. Reminders blijken steeds potentieël effectief te zijn. Ze zijn vooral beïnvloedend bij preventie.

Educational outreach is een van de meest bestudeerde interventies. Vaak toegepast als component van een multifacet interventie. Meestal met bescheiden effect. Maar door de haalbaarheid en de lage kostprijs kunnen ze vaak gebruikt worden.

Patiënt gerichte interventies daarentegen leveren een matig effect op *(49-50).*

Volgens Grimshaw en Russel is de meest voorspelbaar effectieve methode van implementatiestrategie deze die patiënt specifiek advies levert op het moment en op de plaats van consultatie. Computers kunnen hierbij, samen met de zorgverlening zelf, advies leveren op maat van de individuele noden van een patiënt *(51).* Informatie technologie (bijvoorbeeld Computer Decision Support System); deze technologie kan het volledig proces van een consultatie stapsgewijs ondersteunen. Blijkt dat dit vooral nuttig is bij beleidsbeslissingen dan bij diagnose. Simpele systemen leveren meer resultaat dan complexere *(52).*

Implementatiestrategieën zullen steeds rekening moeten houden met lokale noden en barrières *(20)*. Interventies die gericht worden op specifieke obstakels (barrières) tot verandering zijn dan ook meer effectief *(14).*

(Bijlage 5: Overview of strategies for implementation of evidence and conclusions of review)

(Bijlage 6: 10 step model for including change after Grol)

4.3.4. *Hoe is de kwaliteit van het eerste anticonceptieconsult bij de Vlaamse huisartsen?*

De enige bron om deze vraag te beantwoordden is een observationeel onderzoek met gestandaardiseerde patiënten, uitgevoerd door prof. Peremans L et al *(8).* Het doel van deze studie was: inschatten wat Vlaamse huisartsen doen in een eerste anticonceptie consult.
Er werd gebruik gemaakt van een checklist van 48 items, die verband houden met de sleutelboodschappen van de Domus Medica aanbeveling *(13).* Hieruit blijkt dat nagenoeg alle huisartsen (27/28) informatie gaven over het starten van de pil. Sommige artsen gaven verkeerde of tegenstrijdige informatie over het ogenblik dat je de pil moest nemen, over de startdag, de betrouwbaarheid tijdens de eerste cyclus en over het effect op het gewicht. Huisartsen gaven geen informatie over de vrije verkoop van de noodpil (3/28). Een minderheid van de artsen sprak over interacties en omstandigheden waarin de pil minder werkzaam was.
Nagenoeg alle gestandaardiseerde patiënten moesten na 3 maanden terugkomen voor een voorschrift en sommigen voor een gynaecologisch onderzoek. Tweeëntwintig huisartsen schreven de derde generatie pil voor en zeven gaven stalen mee. De keuze voor de derde generatie pil werd waarschijnlijk bepaald door de stalen die geleverd waren door de medisch vertegenwoordigers. Slechts 6 artsen schreven een tweede generatie pil voor.
Er wordt geconcludeerd dat de kwaliteit van het AC-consult zeker dient geoptimaliseerd te worden. Dit kan op basis van een aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. De sleutelboodschappen van deze aanbeveling zijn conform de meest gevalideerde internationale aanbevelingen over orale anticonceptie. De huidige manier van verspreiding van de aanbeveling leidt echter niet tot implementatie in de praktijk.

4.3.5. *Methoden bij implementatie in de praktijk van richtlijnen m.b.t. anticonceptie*

Hoe kunnen wij de huidige richtlijnen rond AC toepassen in de praktijk op gekozen doelgroep van vrouwen?

In de gerandomiseerde klinische studie van Peremans L et al*.(8)* werden twee implementatiestrategieën voor het verbeteren van de kwaliteit van het eerste anticonceptieconsult onderzocht.
De eerste strategie werkt via het implementeren van een richtlijn in het elektronisch medisch dossier met behulp van een ‘Computerised decision support system’ (CDSS) (computer ondersteuningssysteem).
De tweede strategie is gebaseerd op de implementatiemethodiek van 'empowered patients' ('voorbereide patiënten’).

CDSS (Computerized decision support system)

Verschillende systematische reviews tonen aan dat CDSS een effectieve manier kan zijn om richtlijnen te implementeren in de klinische praktijk *(48) (53) (14).*

Definitie CDSS: computergestuurde technologische oplossing die ingezet wordt ter ondersteuning van het nemen van klinische beslissingen, waarbij karakteristieken van de individuele patiënt gegevens gematcht wordt met een geïnformatiseerde kennisdatabank voor richtlijnen *(54)*.

Andere definitie van Osheroff: CDSS is een systeem dat artsen of patiënten voorziet van klinische kennis en patiënt- gerelateerde informatie, om de patiëntenzorg te versterken; het systeem gebruikt 'slimme' filters en levert de informatie op gepaste momenten *(55).*

Concreet kan CDSS door de arts gebruikt worden als direct inzetbaar instrument voor databeheer en geheugensteun. Patiëntengegevens, die op een gestructureerde manier werden ingebracht, worden direct gelinkt aan de gepaste richtlijn. Het systeem levert hierbij reminders, waarschuwingen of prompts. Dit telkens wanneer deze informatie nodig of nuttig is *(56).*

Er is hard bewijs dat CDSS, bij correcte implementatie, in staat is om significante verbetering te brengen in praktijkperformantie en patiëntenzorg, en om het vertrouwvol gebruik van richtlijnen voor preventie en behandeling, en dit in een breed gamma van indicaties, te vergroten *(51) (57-64)*. Kawamoto et al. *(58)* vonden een significante verbetering in de klinische praktijk in 68% van de studies.
Een systematische review van Bryan et al. *(64)* bevestigt de effectiviteit van CDSS support tools in de eerste lijn, met positieve of variabele resultaten in 76% van de studies, tegenover geen belangrijk effect in 24%.
Vooral de informatica hulpmiddelen die werken met reminders en automatische prompts worden als de meest succesvolle beschreven *(57).*
De resultaten van verschillende systematische reviews suggereren dat CDSS meer effectief is bij toepassingen op preventie, medicatiedosage en besliskunde, dan bij diagnose *(53) (65)*.

Niettegenstaande deze aangetoonde effectiviteit wordt CDSS nog steeds beperkt toegepast *(66).* In België ondersteunt de overheid het gebruik van geaccrediteerde medische software door huisartsen financieël (via een telematicapremie). Maar geen enkel van deze erkende systemen is voorlopig voorzien van CDSS.

Patient empowerment

Definitie *patient empowerment:* een proces om mensen in staat te stellen meer controle te krijgen op hun gezondheidstoestand en die te verbeteren *(67-68)* .

Het is duidelijk dat niet alleen huisartsen in het proces van kwaliteitsverbetering een rol spelen. Ook patiënten en andere zorgverleners spelen hierin mee. Op het microniveau stelt Greenfield voor dat patiënten die een meer actieve rol spelen in hun bezoek aan de huisarts vermoedelijk kunnen in verband gebracht worden met een groter gevoel van controle op hun aandoening en een beter gezondheidsresultaat *(69).* Mensen moeten in staat zijn om te kiezen en beschikken over beslissingsrecht bij "het maken van eigen gezondheidsagenda en het controleren van hun eigen gezondheid" *(70)*. Mensen moeten beschikken over voldoende informatie en vaardigheden om hun gezondheid te verbeteren. Om patiënten sterker te maken, dienen verschillende voorwaarden vervuld te worden. Ze moeten mogelijkheden aangeboden krijgen. Gemotiveerde patiënten, die voor hun gezondheid verantwoordelijkheid willen opnemen, kunnen geholpen worden met beslissingshulpmiddelen (decision aids) en andere educatieve middelen. Op die manier kunnen zij zelfredzamer worden en medewerking verlenen wanneer beslissingen moeten genomen worden in verband met hun eigen gezondheid *(71)*. In het Verenigd Koninkrijk en in Nederland worden patiënt

betrokken bij de ontwikkeling van richtlijnen.
Daarnaast moeten de hulpverleners open staan voor deze verandering in attitudes. Ze moeten toelaten dat patiënten partners worden in de gezondheidszorg. De hulpverleners moeten respect vertonen voor de individuele persoonlijke opvattingen en moeten vertrouwen op het vermogen van patiënten om beslissingen te nemen *(72).* Patiëntgerichtheid wordt beschouwd als de belangrijkste morele drijfveer en motivatiebron van zorgverleners. Er is nog weinig gedegen onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid van patiëntengerichte verbeterinterventies en implementatiestrategieën. Op basis van een systematisch literatuuronderzoek lijken de elementen van patiëntengerichte zorg te leiden tot betere zorguitkomsten, waarschijnlijk tegen lagere kosten (73).
De klassieke houding van medische professional is dat zij de autoriteit hebben om te oordelen over de kwaliteit van het medische handelen. De deskundigheid en de macht liggen bij hen.
Patiëntgerichte zorg vereist een verschuiving naar een gedeelde verantwoordelijkheid van de arts en de patiënt *(74).* De rol verschuift van patriarchaal denken en doen ("doctor knows best") naar die van een informatie gevende coach ("from God to guide"). De patiënt wordt opgeleid tot manager van zijn eigen zorg (gebruikmakend van zijn eigen kracht en ervaring) en tot gezamenlijke besluitvorming ("nothing about me without me") indien mogelijk en gewenst *(75).*
Om dit proces van gedeelde beslissingen (shared decision making) mogelijk te maken moeten patiënten goed geïnformeerd worden, en dit voorafgaand aan het artsenbezoek. Een welbepaalde methode hiervoor is net het 'empowerment of the patient', een vorm van zorg, waarbij de positie van de patiënt wordt versterkt. Geïnformeerde patiënten maken logische keuzes die het gebruik van diagnostische en therapeutische middelen verminderen *(76).*

Empowerment of the patiënt op het microniveau komt neer op het voorbereiden van de patiënt, net voorafgaand aan de consultatie bij de arts. Dit sluit aan op empowerment of the patiënt om meso- en macroniveau, wat meer te maken heeft met empowerment van groepen en van sociale en politieke activiteiten *(70) (72)*.
Patiënten worden op diverse manieren gestimuleerd om een actieve rol op te nemen in het zorgproces. In **tabel 1** worden een aantal voorbeelden genoemd die vooral bruikbaar zijn bij assertieve, hoger opgeleide patiënten bij wie een adequate informatieverstrekking en training gemakkelijker leiden tot een gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement. Toch moet ten aanzien van alle patiënten hun mogelijk betrokken rol niet onderschat worden *(77).*

Tabel 1 **"Patient empowerment ": manieren om patiënten actief te betrekken bij zorgverlening** ***(77)*****.**

Op individueel niveau ("patient on board")
Met betrekking tot dossiervoering: • De inzage -, meeschrijf- en feedbackmogelijkheden , met name vanuit de thuissituatie
Met betrekking tot consultvoering: • Het uitvoeren van een behoeftebepaling voorafgaandelijk aan elke raadpleging: het mee agenderen van de raadpleging door de patiënt (via mail de te bespreken thema's aangeven) • "Patient-initiated care" waarbij de patiënt zelf afspraken kan regelen • De keuzes rond diagnostiek en behandeling vergemakkelijken via een beslisondersteuningshulp vanuit patiëntenoptiek • Een ervaren en mondige patiënt begeleidt een onervaren of minder assertieve patiënt

• De raadpleging afsluiten met dicteren (stemherkenning) en ter plekke uitreiken van het besluit voor de patiënt en de huisarts • De raadpleging afhandelen via beveiligd e-mail contact: doorgeven van de geïnterpreteerde uitslagen met concrete en uitvoerbare adviezen • De deelname aan multiprofessioneel overleg, bv. Kankeroverleg • Het uitwisselen van ervaringen tijdens groepsraadplegingen of deelname aan "chatgroepen" waarbij er oplossingen worden uitgewisseld voor praktische knelpunten • De zelfmanagementtraining van de patiënt, afgesloten met de kennis – en praktijktoets • De overeengekomen doelen en activiteiten worden bewaakt in een individueel zorgplan
Met betrekking tot de deelname aan verbeterprocessen en kwaliteitsinitiatieven: • De patiënten geven raad bij het herontwerpen van zorgprocessen • De deelname van patiënten aan audits, visitaties en accreditatie- en certificeringsactiviteiten • De patiënten geven (geanonimiseerde) ervaringsfeedback aan zorgverleners, bv. Schrijven of vertellen ("spiegelgesprekken") over ervaringen in de zorg
Op collectief niveau ("patients on boards")
• De rol in directies van zorginstellingen: beoordelen en formuleren van het beleid • Het prioriteren van thema's voor wetenschappelijk onderzoek: welke kennishiaten vinden patiënten van belang? • Deelnemen aan richtlijn- en indicatorontwikkeling • Het transparant maken van de geleverde zorgkwaliteit via een gestructureerde rapportage van ervaringen om het keuzegedrag te ondersteunen

Eén van de opties in empowering patiënts is het aanbieden van een beslissingshulpmiddel (decision aid) om de patiënt de afweging te laten maken tussen voor- en nadelen van verschillende mogelijkheden. Zo'n beslissingshulpmiddel heeft het voordeel om de kennis van de patiënten te verbeteren, hun comfort te verhogen, hen mee beslissing te laten nemen, zonder bij hen angst op te wekken *(78).*
Een andere optie is het ontwikkelen van educatieve gezondheidsprogramma's. Veel informatie wordt hierbij aangeboden via websites en brochures. Maar de kwaliteit van de aangeboden informatie is altijd een belangrijke issue.

Besluit
In de klinische studie van Peremans L et al. werden de twee interventies qua effect vergeleken met de controle groep en enkel de interventie met de 'empowered patiënt' scoorde statistisch significant beter op de topics die beïnvloed werden door de interventie (p=0,05). Patiënten beter voorbereiden op het bezoek aan de arts leidt tot een aanzienlijke kwaliteitsverbetering van het anticonceptieconsult. Patiënt sterker en actiever maken is een hulpmiddel dat de kwaliteit van het medisch handelen in positieve zin kan verbeteren. Het zoeken naar goede systemen om verschillende types van patiënten sterker te maken en lange termijn evaluatie procedures zijn uitdagingen voor de nabije toekomst.

Op te merken hierbij is het feit dat de Vlaamse huisartsen het elektronisch medisch dossier onvoldoende gebruikten, zodat het computer ondersteunend programma in deze studie van 2006 geen effect liet zien *(8).* Huisartsen dienen getraind te worden in het gebruik van medische software en de medische softwareprogramma's dienen gebruiksvriendelijker te worden *(64).* Hoewel dus

gesteld wordt dat het trainen van huisartsen in het gebruik van software een optie zou kunnen vormen, tonen vroegere studies aan dat dit niet altijd veel oplevert *(64) (79) .*

In deze studie werd de 'empowerment' interventie gefocust op een betere voorbereiding en hierdoor een meer actieve rol van de patiënt tijdens de consultatie. Maar 'patiënt empowerment' kan ook ontwikkeld worden in andere settings en op andere niveau's, allemaal gericht op het aanbieden aan patiënten van mogelijkheden om een betere controle op de eigen gezondheid en deze te verbeteren *(67) (69).* Tegenwoordig kan het gebruik van website(s) met correcte informatieve en het gebruik van check- lists met items zorgen voor een goede voorbereiding van een geplande consultatie en een gesprek met de arts. Voor de individuele patiënt kunnen wachtzaalfolders met dezelfde check- list voorzien worden. De kwaliteit van zowel de info op de folder als op het internet dient bewaakt te worden. Studies tonen immers aan dat de validiteit momenteel nog zwak is.
Patiënteneducatie, aansluiten aan richtlijnen, kan ook implementatie van deze richtlijnen ondersteunen. Maar ook hier is het huidige informatieve materiaal niet altijd van hoge kwaliteit *(80).*

5. Veldonderzoek: het kwaliteitsverbeterend project

Deze studie is een kwaliteitsverbeterend project rond het anticonceptie-consult (ACC). Ze werd opgezet in een huisartsenpraktijk (duo, met HAIO) in de regio Brugge. Ze beoogt het oppuntstellen en corrigeren van het anticonceptie beleid in deze praktijk. De nagestreefde outcome is een kwaliteitsverbetering met tijdens het consult neergeschreven data in het EMD: namelijk de volledige lijst op EBM-gebaseerde parameters van het ACC (eerste consult of opvolgingsconsult), de concrete gekozen AC methode, inclusief de keuzecriteria en de keuzebepalende risicofactoren bij de gebruiksters, en de tijdens het consult aangeboden informatie.

Op 29 april 2013 keurde de Commissie voor Ethiek het onderzoeksprotocol goed.

Het FOCUS- stappenplan werd als leidraad gebruikt. Zo kon op systematische en efficiënte wijze de noodzakelijke kwaliteitsverbetering uitgewerkt worden, en in toepassing gebracht worden, met sterke nadruk op de betrokkenheid en bereidheid tot medewerking van de betrokken patiënten.

5.1. Methode: FOCUS-procedure

Stap 1 F (Find): bepalen van het onderwerp

De keuze van het onderwerp is gebaseerd op de vaststelling dat in de routine consultatievoering het ACC meestal beperkt blijft tot:

- het hernieuwen van een OAC voorschrift (vaak zonder klinisch onderzoek of evaluatiegesprek);

- een switch naar een andere vorm van AC wegens bijwerkingen;

- de vraag naar een nood-AC;

- het aanpassen (of opstarten) van een anticonceptivum, na recente SOA of ongeplande zwangerschap .

Het onderwerp richtte zich dus op het verbeteren van het ACC. Het onderwerp was reeds vastgelegd in een recente richtlijn, ontworpen voor de Vlaamse situatie, en kon dus in toepassing gebracht worden via implementatie. Het onderwerp werd dus als volgt benoemd: Verbetering van het AC-Consult in de praktijk, via implementatie van de huidige Vlaamse richtlijn over AC (Domus Medica).

Het onderwerp vergde vooraf uitdieping via een uitgebreide literatuurstudie. Dit was belangrijk om de veelvoorkomende barrières te leren kennen, om de implementatiestrategieën van een richtlijn te bepalen, en om inzicht te verwerven in een adekwaat en kwalitatief verloop van het ACC.

Stap 2 O (Organise): op gang brengen van het project

Samen met de praktijkopleider werd nagedacht hoe het onderzoeksthema in de actuele praktijksituatie kon uitgewerkt worden en werd gezocht naar verbeteringsmogelijkheden voor optimale zorg. Aansluitend werd afzonderlijk en samen bekeken hoe de planning en de concretisering van het onderzoek kon gebeuren.

Stap 3 C (Clarify): verhelderen van de probleemdefinitie

Problemen die wijzen op onvoldoende kwaliteit van het ACC in de praktijk werden opgelijst:

- Consulten gebeuren niet volgens de voorstellen van de Vlaamse richtlijn, waardoor de vrouwen onvoldoende geïnformeerd worden over de risico's verbonden aan het gebruik van hormonale AC-middelen, noch over het correct gebruik hiervan.

- Onvoldoende systematische opvolging van deze vrouwen, of in ieder geval onvolledige registratie in het EMD van de gegeven bekomen.
- Onvoldoende (her)inschatting van risicofactoren.
- Weinig weerslag van specifieke consultvoering bij het opstarten van een AC, of van de keuzebepaling van een AC in de praktijk.

Stap 4 U (Understand): waar(om) loopt het nu niet goed? Wat is de huidige situatie in de praktijk? Waar liggen de problemen?.

Om de bekomen aanbevelingen uit de literatuur te kunnen omzetten tot een praktisch hulpmiddel was het belangrijk om uitgebreid na te gaan hoe er gehandeld werd in de praktijk.

De doelpopulatie (zie verder) werd geselecteerd. Daarop werden twee onderzoekslijnen geopend: enerzijds werd retrospectief in elk EMD van de betrokken vrouwen tussen 16 en 49 jaar alle specifieke informatie opgezocht , en anderzijds werden de betrokken vrouwen met behulp van een vragenlijst ondervraagd.

Het retrospectief onderzoek diende als een nulmeting van de bestaande toestand. Dit werd uitgevoerd via een dataverzameling uit het EMD. De praktijk werkt met het medisch softwarepakket Medigest. Door middel van een zoekfunctie in het EMD werd op verschillende trefwoorden en codes zoals 'anticonceptie consult' en 'anticonceptie' gezocht. Zo werd nagekeken of er al of niet enige meldingen te vinden waren van enig specifiek consult (eerste of opvolging) in verband met AC.

We registreerden verder hoe vaak de noodzakelijke items voor een specifiek AC-consult in het EMD al of niet werden genoteerd. Dit voor de volgende elementen: naam, voornaam, leeftijd, eerste anticonceptie-en opvolgingsconsult, gynaecologische voorgeschiedenis (onder andere seksueel risico, actuele zwangerschap), cardiovasculaire risico factoren (roken), contra-indicaties voor gebruik van hormonale AC (medische antecedenten en bepaalde medicaties), klinisch onderzoek (RR, lengte, gewicht, BMI), keuze van AC-methode, onderwerpen die tijdens de consultatie met de patiënte besproken werden (praktisch gebruik van AC-middel; neveneffecten; omstandigheden met mindere effectiviteit; maatregelen die moeten genomen worden bij het vergeten van inname/gebruik; gebruik van de nood-AC); afspraken die gemaakt werden omtrent opvolging (eerste follow-up, jaarlijkse opvolging).

Daarnaast werden bijkomende gegevens in het EMD verzameld: zoals aantal ongeplande zwangerschappen bij incorrect gebruik van hormonale AC; aantal patiënten die een nood-AC hebben gevraagd; aantal vrouwen met SOA in VG; aantal vrouwen met HPV-infectie; aantal meldingen bij stoppen van AC gebruik en de redenen van het stoppen.

De bekomen resultaten werden uitgezet in grafieken en tabellen om een overzichtelijk geheel te krijgen van de verschillende parameters.

In een tweede onderzoekslijn werden een zelf ontworpen vragenlijst (bijlage 11.10) gebruikt . Dit prospectief onderzoek was gericht op een breed aantal aspecten van de dagelijkse praktijkvoering en beoogde het verzamelen van actuele gegevens. Het liet ook toe om de haalbaarheid van de implementatie van de richtlijn in te schatten.

Selectie van onderzoekspopulatie:

Inclusiecriteria: alle vrouwen tussen 16-49j met laatste contact minder dan 5j geleden in de huisartspraktijk van Dr. M. Goetinck, Brugge. Ongeacht het al of niet gebruiken van enige AC.

Exclusiecriteria:
- meisjes, <16j, die AC gebruiken. Dit wegens ethische redenen: hun deelname veronderstelt toestemming van de ouders, wat de anonimiteit en de medische geheimhouding verbreekt. Tevens zou dit de vertrouwensrelatie arts-patiënt negatief beïnvloeden.
- vrouwen , ouder dan 49j . Wegens het minder relevant zijn van de vraag naar anticonceptie omwille van de leeftijdsfactor.

Recrutering van de deelnemers:

In de maand mei 2013 werd eerst een search in het EMD uitgevoerd op de selectiecriteria “vrouw”, “ leeftijd tussen 16 en 49j”, “laatste contact minder dan 5j oud”. Dit leverde een nominatieve lijst van 247 patiënten.

Nadien werd een schriftelijk infoformulier (bijlage 11.9) samen met toestemmingsformulier tot het bekomen van informed consent actief aangeboden aan alle vrouwen tussen 16-49j, die consulteerden in de praktijk in periode vanaf juni tot oktober 2013. Na het bekomen van hun schriftelijke toestemming werd de vragenlijst aangeboden. Deze kon ter plaatse of later ingevuld worden, om nadien terugbezorgd te worden (in brievenbus / via secretariaat/ bij persoonlijk contact).
Dit alles gebeurde onder de strikte garantie dat alle persoonlijke gegevens van de deelneemsters (informatie van naam en geboortedatum) gecodeerd worden door de praktijkartsen . Vrouwen die moeilijkheden ondervonden bij het zelfstandig invullen van de vragenlijst of bijkomende vragen tijdens invullen hadden, werden uitgenodigd om dit samen met de huisarts te doen. Dit bijkomend contact was kosteloos.
In het EMD van elke vrouw, die haar informed consent had getekend, werd "deelname aan klinische studie" genoteerd.

Kenmerken van de vragenlijst:

De vragenlijst bevat: algemene vragen (leeftijd, onderwijs, werksituatie); vragen over het gebruik van AC, vragen over attitude en kennis rond anticonceptie (minimaal verwachte kennis over AC, kennis over mogelijke complicaties/gevolgen bij niet correct gekozen AC-middel); bronnen van informatie waarover ze beschikken
Deze vragen zijn bedoeld om een belangrijke rol te spelen bij het opstellen van een visgraatanalyse. Ze werden opgesteld na overleg met de promotor en de praktijkopleider. Ze zijn gebaseerd op informatie omtrent het verloop van een kwalitatief AC-consult uit de gespecialiseerde literatuur en op reeds bestaande vragenlijsten.

De verwerking van de bekomen data uit de vragenlijsten gebeurde door omzetting in codes en door op te lijsten in Excel. Tevens werden daaruit grafieken en diagrammen opgemaakt.

Tenslotte werd een analyse opgemaakt van alle factoren die een rol spelen bij onvoldoende kwaliteit van het ACC en die mogelijkheden bieden voor aanpassing binnen de praktijkwerking zelf. Dit gebeurde volgens het model van de visgraat-analyse .

Stap 5: S (Start)- verbetering doorvoeren

Een verbeterplan op basis van de analyse van beïnvloedende factoren werd opgemaakt met als hoofddoel: een verbetering van het AC-consult in de opleidingspraktijk. Dat deden we via de PDCA-cyclus: het plannen van een verandering stap voor stap, het evalueren van het effect hiervan en zo nodig het toepassen van nieuwe veranderingen.

5.2. PDCA-cyclus

Plan (P)- plannen van punten voor verbetering

De visgraatanalyse, de dataverzameling uit het EMD en uit de vragenlijsten laten toe om de noden van de praktijk te formuleren. Ook de literatuurstudie biedt een aantal nuttige strategieën aan. Er worden doelstellingen geformuleerd in verband met het verloop van een ACC.

Do (D)- uitvoeren wat gepland werd

Stap voor stap voeren we uit wat gepland werd. De geplande taken worden uitgevoerd aan de hand van het visgraatdiagram, de data uit EMD en vragenlijsten, en het geheel van de nuttige implementatiemethoden gevonden via de literatuurstudie.

Check (C)- reeds doorgevoerde kwaliteitsverbeteringen evalueren

Er wordt een regelmatig herevaluatie voorzien met de artsen uit de praktijk om te beoordelen of de inspanningen de geplande verbetering op het verloop van AC-consult gebracht hebben. Indien nodig moeten verdere aanpassingen gebeuren.

Act (A)- bekijken wat met het project verder te doen valt

Er zijn drie mogelijkheden: of het project wordt verlaten; of het project wordt geïntegreerd in de praktijk; of er gebeuren aanpassingen van het project.

6. Resultaten en bespreking:

6.1. Understand: De graad van respons

Er waren twee mogelijke reacties op het verzoek tot deelname aan de studie, met opdeling in:

1) Responders: patiënten die positief gereageerd hebben op verzoek tot deelname, plus de vragenlijst werd ingevuld en terugbezorgd;
2) Non-Responders: patiënten die niet gereageerd hebben op het verzoek om het informed consent te tekenen, de vragenlijst in te vullen en terug te bezorgen.

Het totaal aantal vrouwen uit de leeftijdscategorie tussen 16-49 jaar in de praktijk bedraagt 247. Het verzoek om aan de studie deel te nemen werd persoonlijk gericht aan 197 vrouwen (80% van de doelgroep).

Het antwoordpercentage bedroeg 88% (N 173/197), waarvan 8 (5%) allochtone vrouwen.

Aantal vragenlijsten, dat niet werd terugbezorgd: N =24 (12%), waarvan 1 weigering na het tekenen van informed consent (geen concrete reden vermeld).

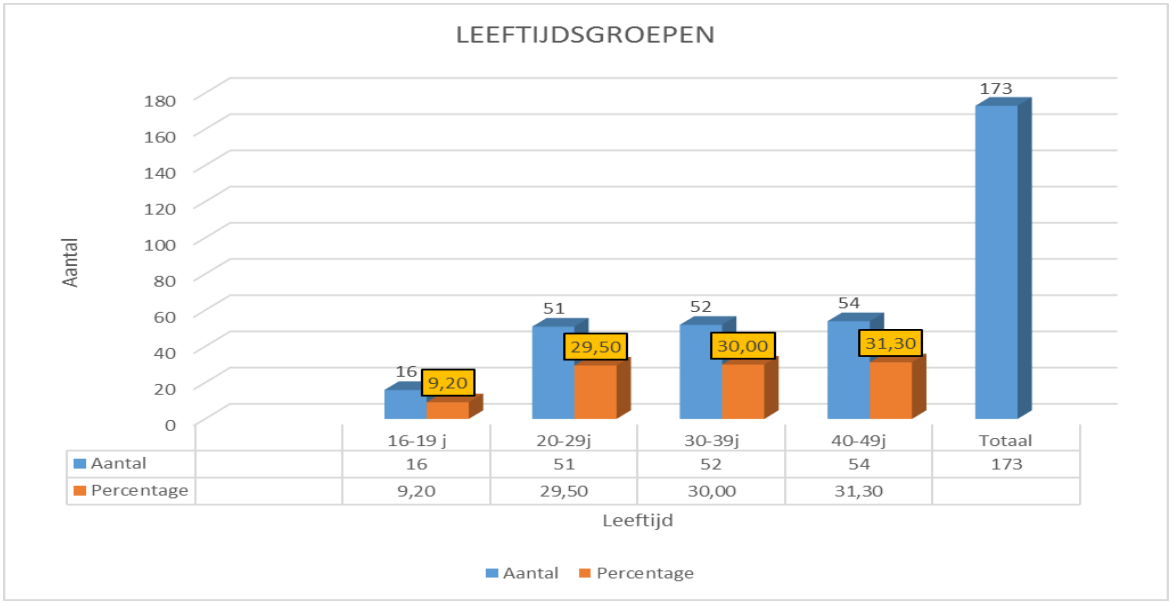
173 responders werden opgesplitst in 2 groepen:

- 123 vrouwen (of 71%) hebben de vragenlijst volledig zelfstandig ingevuld, zonder bijkomende vragen en zonder moeilijkheden bij het invullen
- 50 vrouwen (of 29%) hadden een aantal vragen en vulden de vragenlijst niet volledig in. Ze hebben het later volledig ingevuld samen met de huisarts.

6.2. Karakteristieken studiepopulatie

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de ondervraagde populatie van vrouwen bedroeg 32,5j.



Onderwijsniveau

	Aantal (n=173)	Percentage
Lager	11	6,4
Secundair	73	42,2
Hoger	89	51,4

De meerderheid van de ondervraagde vrouwen, namelijk 51,4% (N 89), had een diploma hoger onderwijs. Dit wijkt af van de gemiddelde graad van opleiding in Vlaanderen (het is lager), mogelijks te verklaren door de stedelijke omgeving van de praktijk.

Arbeidssituatie

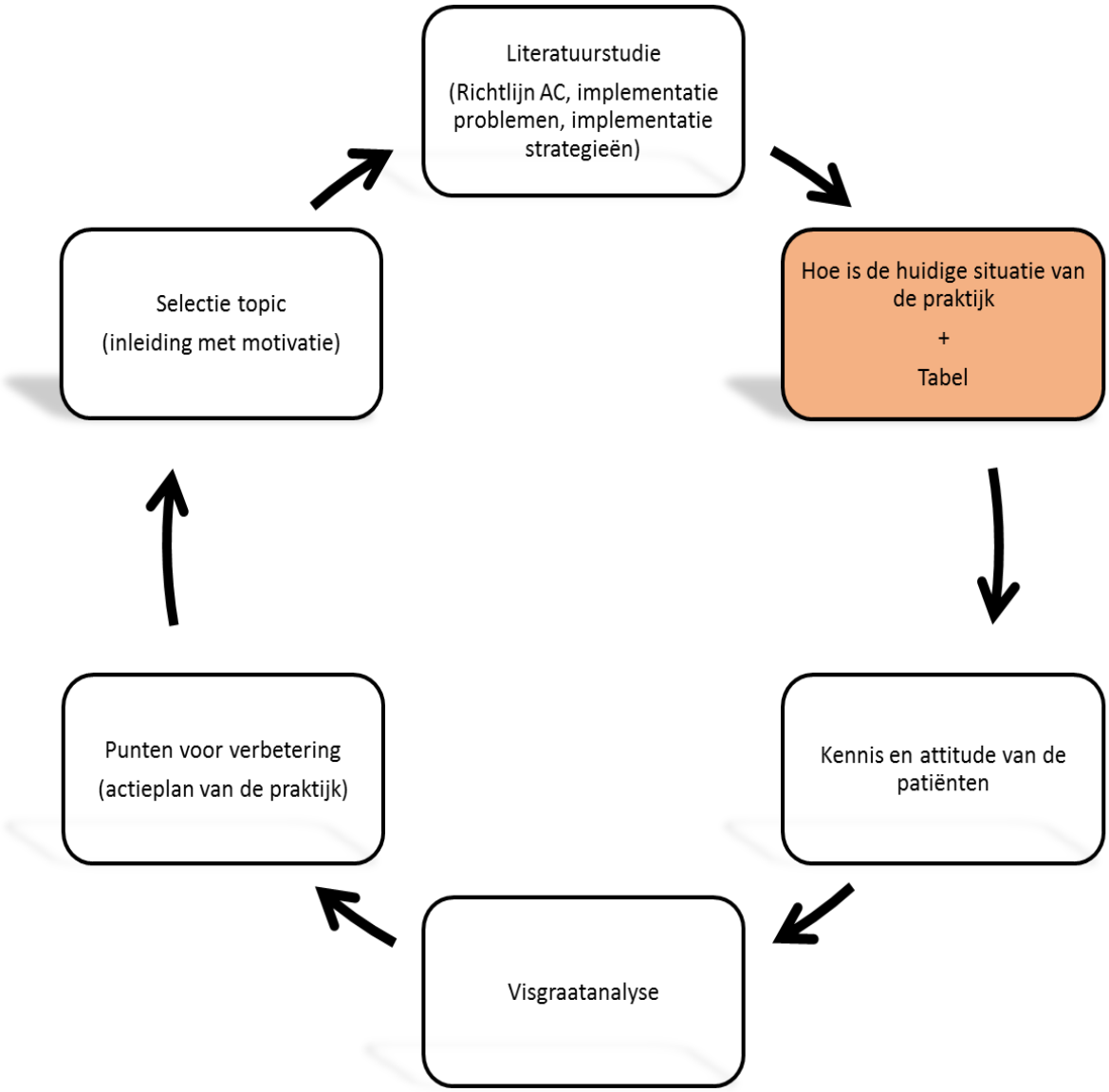
	Aantal (n=173)	Percentage
Student	31	18
Werkend	125	72,3
Werkloos	7	4
Invalide	6	3,5
Student + werkend	4	2,2

De meerderheid van de vrouwen (N 125/ 73%) zijn werkend. De graad van werkloosheid bedroeg 4% (ten opzichte van een Vlaamse werkloosheidsgraad van 7,75%).

Pariteit

	Aantal (n=173)	Percentage
Nullipara	74	42,8
Para	99	57,2

De hoge pariteitsgraad kan verklaard worden door de eerder hoge leeftijd van de deelneemsters.


Literatuurstudie
(Richtlijn AC, implementatie problemen, implementatie strategieën)
Hoe is de huidige situatie van de praktijk
+
Tabel
Kennis en attitude van de patiënten
Visgraatanalyse
Punten voor verbetering
(actieplan van de praktijk)
Selectie topic
(inleiding met motivatie)

6.3. Hoe is de huidige situatie in de praktijk?

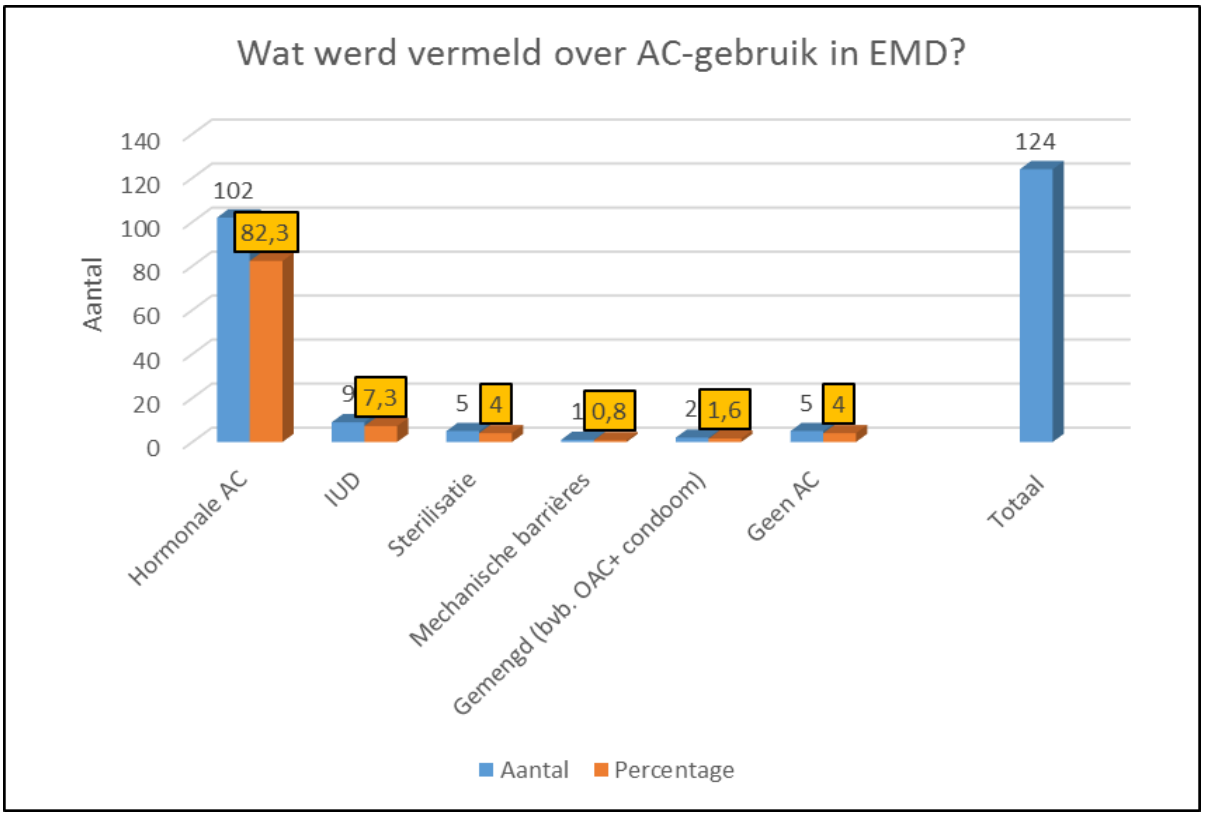
Deze gegevens werden retrospectief in het EMD opgezocht.

Is er enige vermelding in het EMD met betrekking tot AC-gebruik heden of in de voorgeschiedenis (incl brieven van de gynaecologen)?

	Aantal (n=173)	Percentage
Ja	124	71,7
Nee	49	28,3

Bij de meerderheid van de responders (n=124/173) was er in het EMD enige melding met betrekking tot AC (71,7%). Maar bij ongeveer 50% van de vrouwen was dit beperkt tot het aantreffen van de vermelding van een hormonaal AC in de medicatielijst.

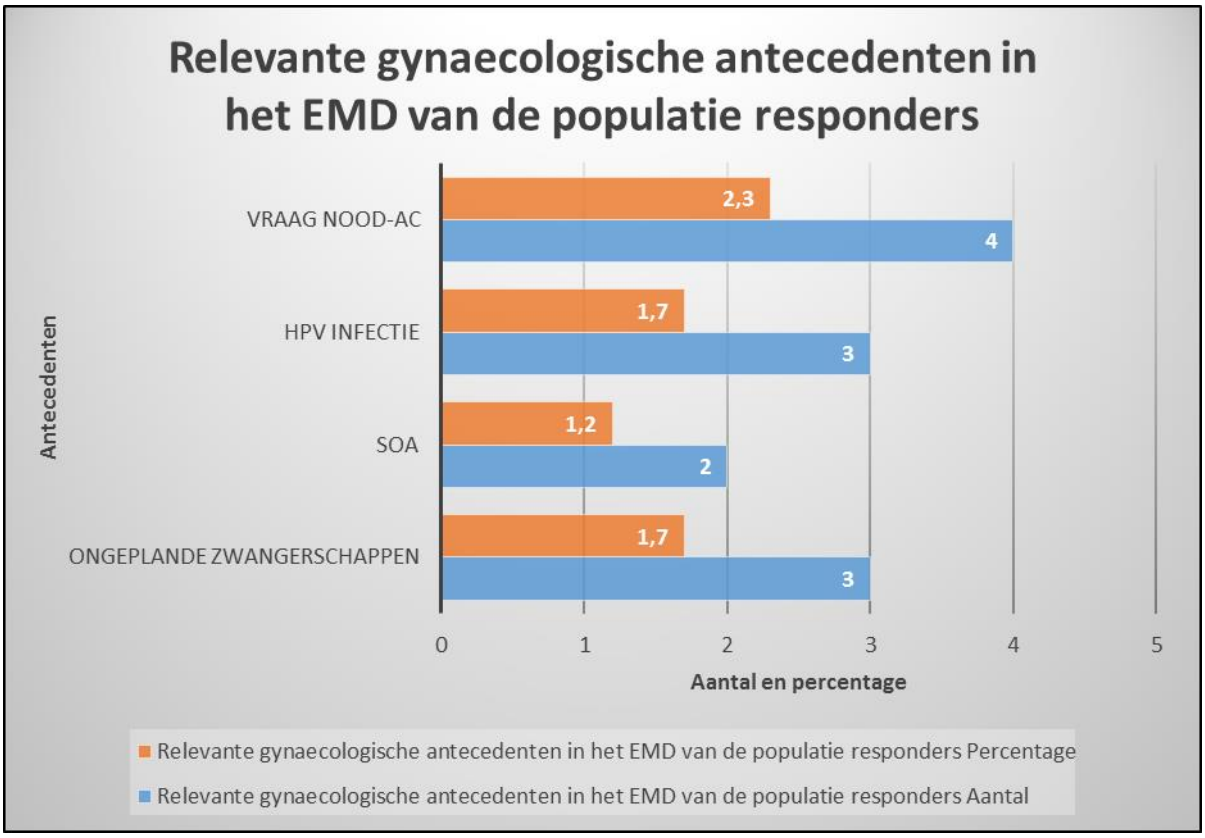
Welke AC methodes worden vermeld in het EMD? Wordt vermeld of er geen AC toegepast wordt?



Hormonale AC-methoden zijn duidelijk de meest toegepaste AC-methodes (n=102; 82,3%). Mechanische barrières worden afzonderlijk vermeld in één dossier (0,8%) en samen met andere methode in twee dossiers (1,6%) . Niet gebruik van AC wordt vermeld bij 4%.

Worden relevante gynaecologische antecedenten in het EMD van de totale populatie responders teruggevonden?

	Aantal (n=173)	Percentage
Ongeplande zwangerschappen	3	1,7
SOA	2	1,2
HPV infectie	3	1,7
Vraag nood-AC	4	2,3



In totaal hadden 8 vrouwen van 173 responders gevolgen opgelopen in directe relatie met incorrect (of afwezig) AC-gebruik: HPV-infectie, SOA (chlamydia infectie), ongeplande zwangerschap (met abortus als gevolg). Bij 4 vrouwen op 173 (2,3%) is er melding van een nood-AC voorschrift.

Is er specifieke vermelding in het EMD met betrekking tot een eerste AC-consult?

In 27.4% (n=34) is er een specifieke vermelding over het eerste AC-consult . Bij één vrouw op 34 werd dit in de brief van de gynaecoloog vermeld.

	Aantal (n=124)	Percentage
Ja	34	27,4
Nee	90	72,6

Welke elementen zijn genoteerd in het EMD bij het eerste AC-consult?

	Aantal
Reden opstarten	22
Risico's	9
Contra-indicaties	3
Gynaecologische/obstetrische anamnese	13
Huidige zwangerschap	0
Uitleg praktisch gebruik van AC-middel	4
Uitleg bijwerkingen	1
Omstandigheden van mindere effectiviteit	0
Uitleg gebruik noodpil	0
Klinisch onderzoek (RR, BMI)	16
De meeste elementen van bovengenoemde werden besproken	2
Geen nota (enkel voorschrift geprint)	6

De reden van opstart is het meest besproken item tijdens het eerste ACC dat in het EMD werd genoteerd. Hierbij is vraag naar contraceptie de meest voorkomende reden, gevolgd door probleem van dysmenorree en/of acne. In bijna de helft van de gevallen werden elementen van klinisch onderzoek genoteerd. Daarentegen werden zeer belangrijke items zoals: omstandigheden van mindere effectiviteit, info over de noodpil, actuele zwangerschap nooit bevraagd of besproken, of op zijn minst nooit genoteerd tijdens het eerste ACC.

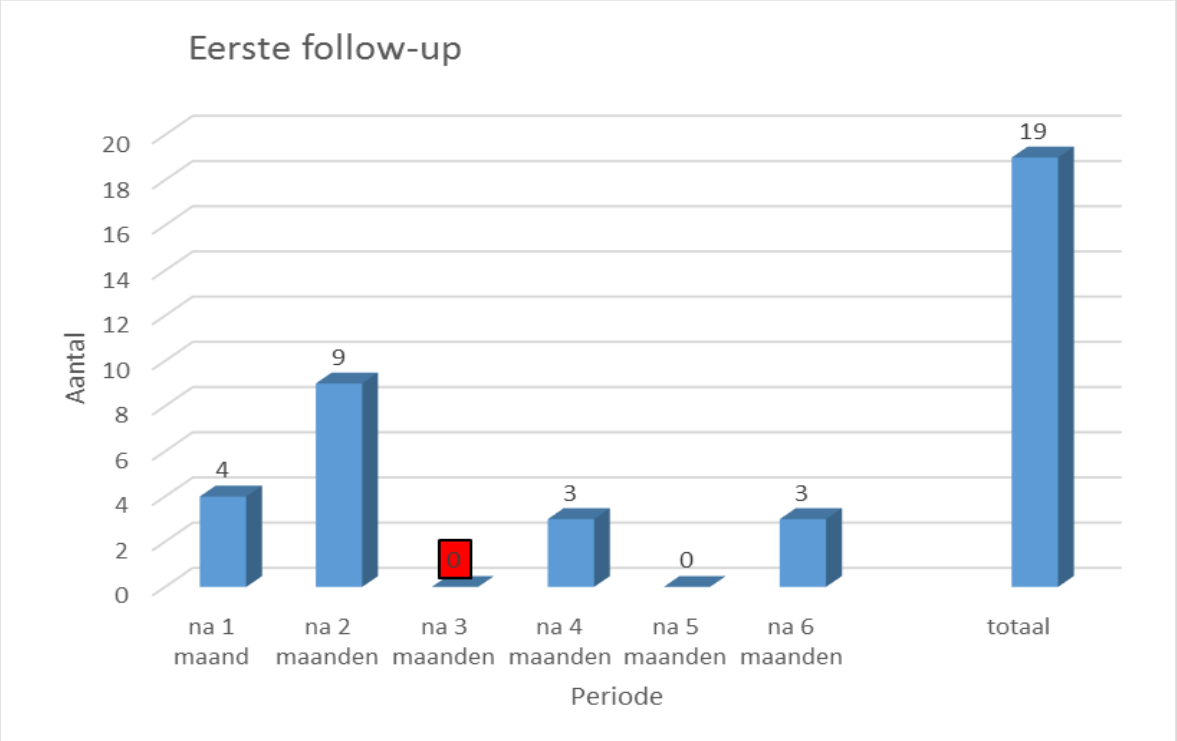
Vermelding opvolgconsulten in het EMD bij gebruik van hormonale AC?

In 50 dossiers op 102 vrouwen die enkel hormonale AC-methoden gebruiken(49%) werd melding gemaakt van opvolging bij verder AC-gebruik.

Slechts bij 19 van de 50 patiënten waar hormonale AC werd gestart, zijn gegevens van een opvolgconsult na 3 maanden terug te vinden.

Wanneer was de eerste follow-up na opstart van hormonale AC?

	Aantal (n=19)
na 1 maand	4
na 2 maanden	9
na 3 maanden	0
na 4 maanden	3
na 5 maanden	0
na 6 maanden	3



De eerste follow-up gebeurde meestal binnen de eerste twee maand en nooit na 3 maand. Bij 3 vrouwen gebeurde dit pas na 6 maand.

Welke items werden besproken en genoteerd in het EMD tijdens het eerste opvolgingsconsult?

	Aantal (n=19)
Enkel elementen uit anamnese	3
Enkel klinisch onderzoek (bloeddruk)	7
Elementen uit anamnese + klinisch onderzoek	5
Geen gesprek, noch klinisch onderzoek; enkel verlenging voorschriften	4

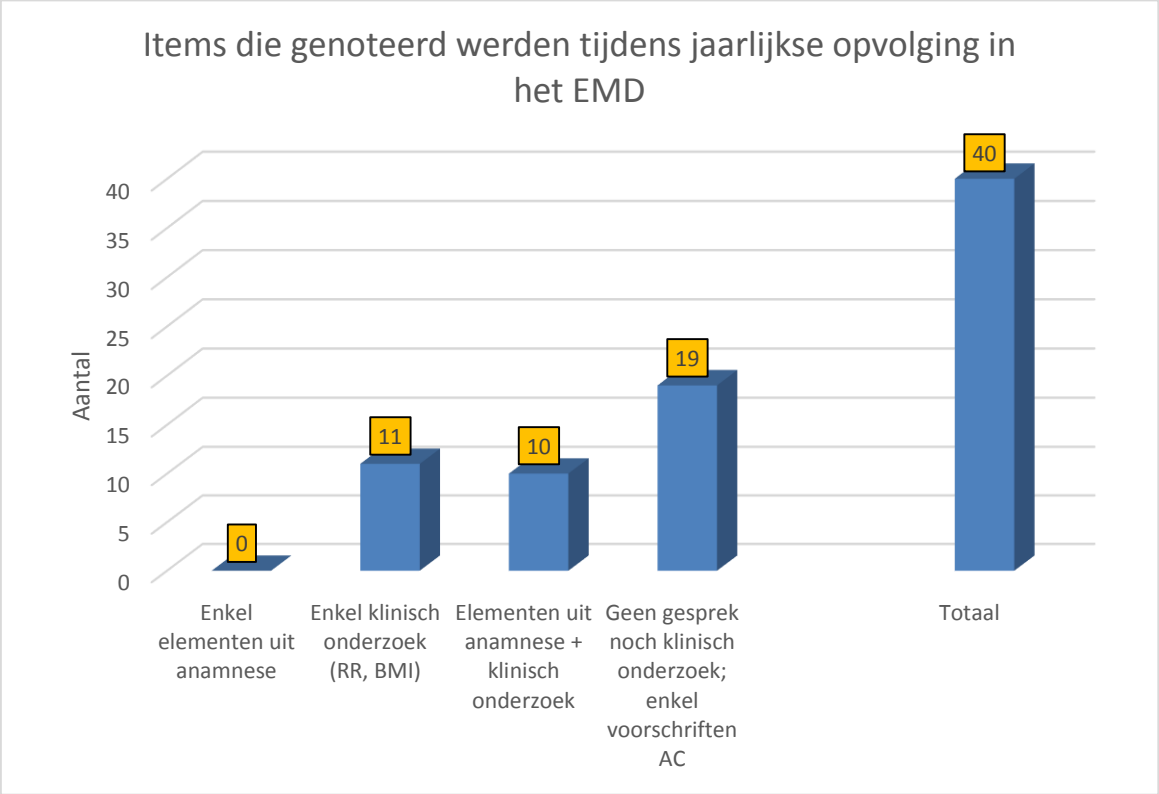
In de 19 dossiers was meestal enkel het klinisch onderzoek genoteerd. Slechts in 5 dossiers werden (onvolledige) elementen van anamnese en klinisch onderzoek teruggevonden. Elementen van anamnese zijn niet volgens een welbepaald systeem en onvolledig genoteerd. Meestal worden dan enkel bijwerkingen genoteerd.

Is er in het EMD vermelding van jaarlijkse opvolging bij gebruik van hormonale AC ≥ 1j?

In 40 dossiers van de 50 dossiers met enige vermelding van opvolgingsconsulten was er melding in het EMD van “jaarlijkse opvolging AC”.

Welke items werden tijdens een jaarlijkse opvolging in het EMD genoteerd?

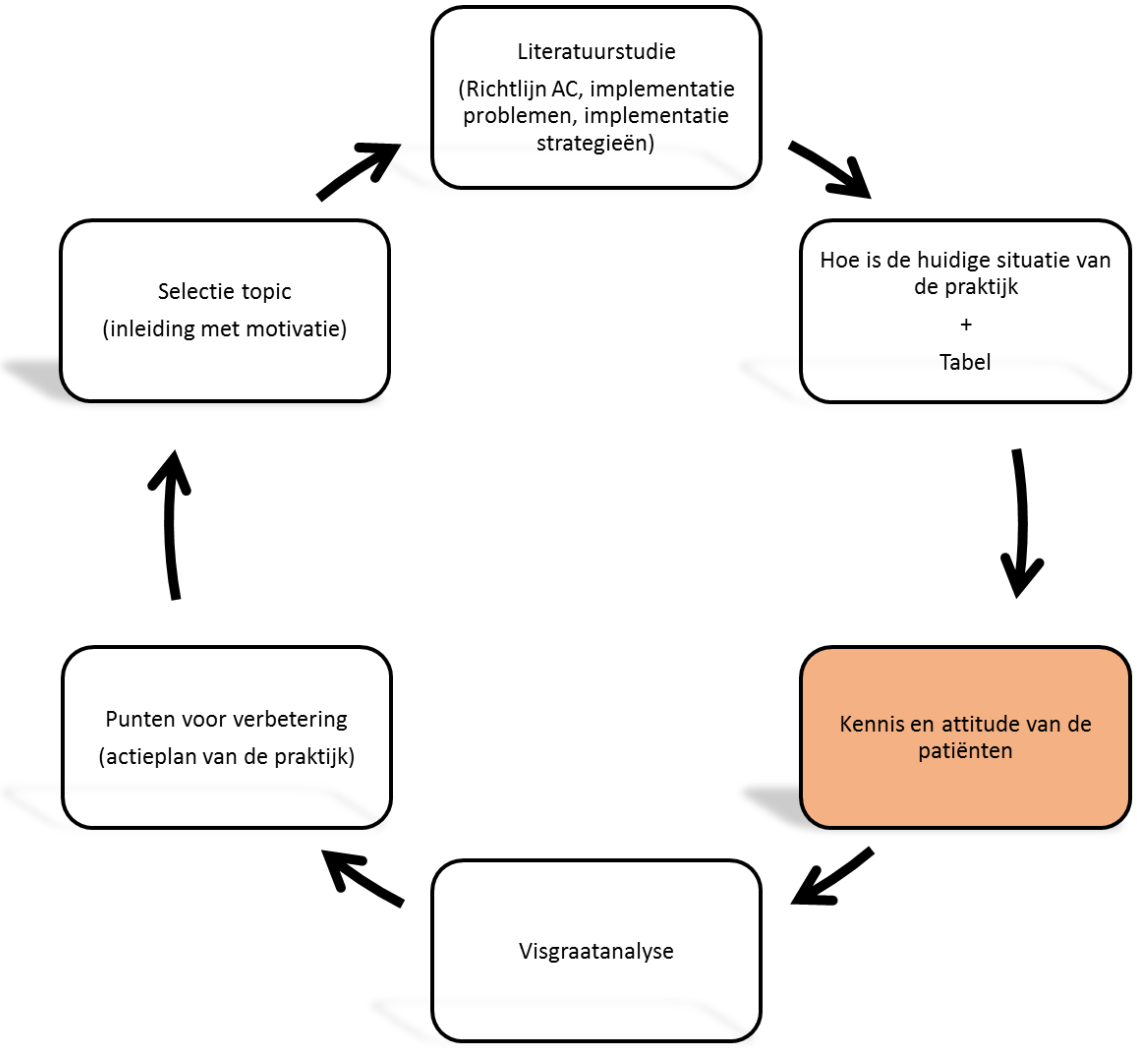
	Aantal (n=40)
Enkel elementen uit anamnese	0
Enkel klinisch onderzoek (bloeddruk, BMI)	11
Elementen uit anamnese + klinisch onderzoek	10
Geen gesprek noch klinisch onderzoek; enkel voorschriften AC	19



Bij de jaarlijkse opvolging was er in bijna de helft van de AC-consulten geen enkele nota van bijkomende vragen en onderliggende problemen, ook geen klinisch onderzoek. Enkel verlenging van voorschriften AC waren terug te vinden.

Werd stoppen met gebruik van AC-middel in het EMD genoteerd?

In de enquête vermelden 48 vrouwen-responders dat ze met het gebruik van AC gestopt zijn. Bij de meerderheid van deze vrouwen(83,3%) werd hiervan geen nota in het EMD gemaakt. Slechts bij 8 dossiers is er melding hiervan. Bovendien is slechts bij 5 vrouwen een melding gemaakt van de reden tot stoppen nl. zwangerschapswens en borstcarcinoom.


Literatuurstudie
(Richtlijn AC, implementatie problemen, implementatie strategieën)
Hoe is de huidige situatie van de praktijk
+
Tabel
Kennis en attitude van de patiënten
Visgraatanalyse
Punten voor verbetering
(actieplan van de praktijk)
Selectie topic
(inleiding met motivatie)

6.4. Hoe zien de vrouwen de actuele situatie rond anticonceptie?

Deze data werden bekomen uit de vragenlijsten, die door 173 vrouwen werden ingevuld

6.4.1. Vragen over het gebruik van AC:

Is er gebruik van een of andere AC-methode (sterilisatie bij de vrouw inbegrepen)?:

Op de vraag of zij gebruik maken van één of ander AC-middel antwoordt 72,3% van vrouwen-responders bevestigend.

Belangrijkste redenen om geen AC-middel te gebruiken:

	Aantal (n=48)
Geen partner op dit ogenblik/nog niet seksueel aktief	12
Zwanger/aktieve zwangerschapswens	12
Postpartum < 3wkn	2
Volledige borstvoeding	3
Partner is gesteriliseerd	5
Lesbische relatie	2
Hysterectomie	4
Ovariëctomie (post borstCA + BRCA1 draagster)	1
Menopauze	1
Gevaarlijk voor mijn gezondheid	6

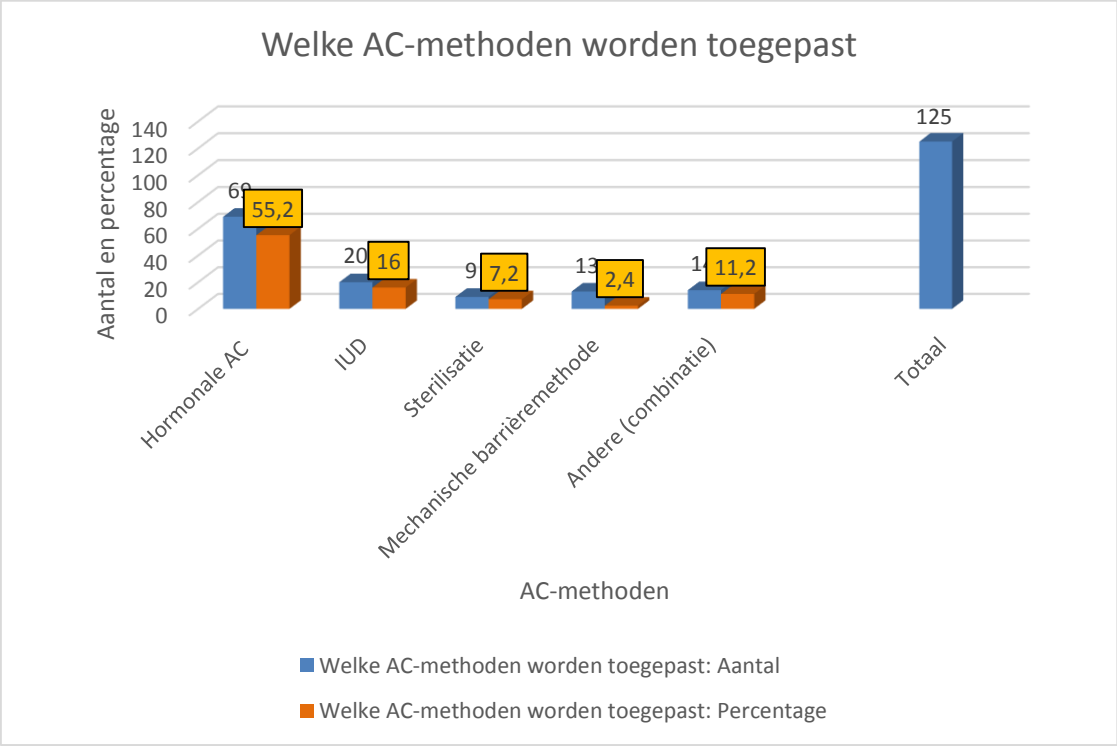
Belangrijkste redenen om met AC-middel te stoppen:

	Aantal (n=52)
Geen partner op dit ogenblik	7
Zwanger op moment van deelname aan de studie	5
Zwangerschapswens	7
Postpartum	2
Volledige borstvoeding	3
Sterilisatie van de vrouw	9
Sterilisatie van de man	5
Regelmatig vergeet pilinname	1
Gevaarlijk voor mijn gezondheid	5
Hysterectomie	4
Ovariëctomie	1
Menopauze	1
Reden werd niet vermeld	2

De meest voorkomende reden om met het gebruik van een AC-middel te stoppen is geplande sterilisatie van de vrouw. De reden hiervoor zou kunnen zijn dat een groot deel van de ondervraagde vrouwen zich in een latere reproductieve levensfaze bevinden en dus hun zwangerschapswens hebben gerealiseerd.

Welke AC-methoden worden toegepast?:

	Aantal (n=125)	Percentage
Hormonale AC	69	55,2
IUD	20	16
Sterilisatie	9	7,2
Mechanische barrièremethode	13	2,4
Andere (combinatie)	14	11,2



De vermelde hormonale AC zijn: OAC (COC en POP), Nuvaring, Implanon, Depo-Provera. Geen vermelding van hormonale pleisters. De vermelde combinatie-methoden zijn: OAC+ condoom, sterilisatie + condoom.

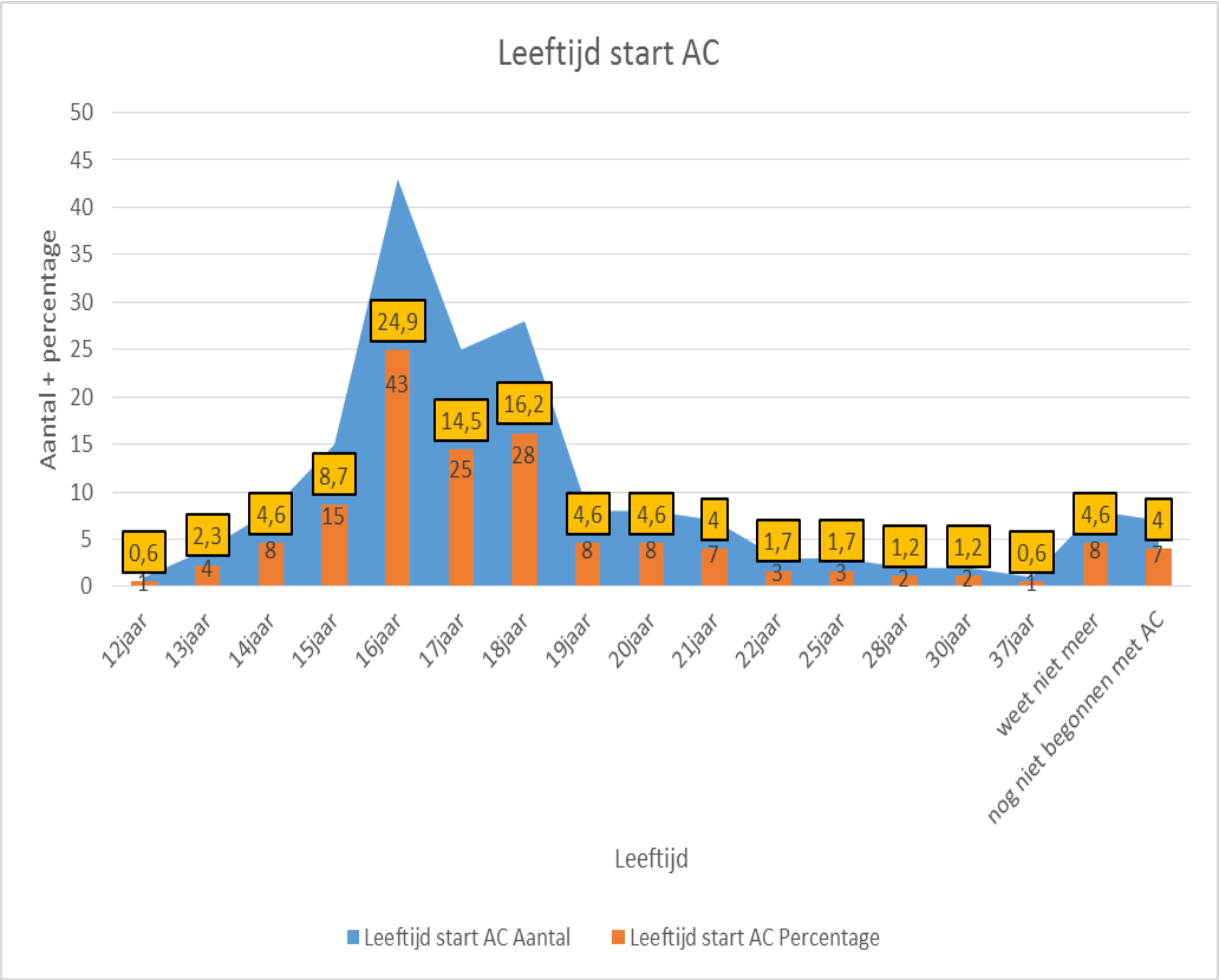
De absolute koplopers zijn de hormonale AC, met op de eerste plaats de klassieke pil (COC). Slechts een klein percentage gebruikt enkel mechanische barrièremethoden. Gecombineerde methoden (vooral combinaties met mechanisch barrièremiddel) worden vooral toegepast door de jongere populatie of door de vrouwen zonder vaste partner.

Op welke leeftijd start het AC gebruik?

	Aantal (n=173)	Percentage
12jaar	1	0,6
13jaar	4	2,3
14jaar	8	4,6
15jaar	15	8,7
16jaar	43	24,9
17jaar	25	14,5
18jaar	28	16,2
19jaar	8	4,6
20jaar	8	4,6
21jaar	7	4
22jaar	3	1,7
25jaar	3	1,7
28jaar	2	1,2
30jaar	2	1,2
37jaar	1	0,6
weet niet meer	8	4,6
nog niet begonnen met AC	7	4

De gemiddelde leeftijd waarop AC-gebruik werd gestart was 20,5 jaar (SD=6,8). De jongste leeftijd was 12 jaar en de oudste 37 jaar. Van de ondervraagde populatie wist 4,6% (8 vrouwen) niet meer wanneer de start plaatsgreep. Het merendeel van de vrouwen (bijna 25%) begon op 16 jarige leeftijd Maar onder de leeftijd van 16 jaar is reeds 16,2% van de ondervraagde vrouwen met het gebruik van AC gestart.

Deze bevinding bevestigt het belang van aandacht voor het AC-thema in de (pre)pubertaire leeftijdsgroep. Aan het andere uiterste blijken ook vrouwen op latere leeftijd te starten. Ook hier zou enige specifieke aandacht nuttig kunnen zijn.



Zijn er bijwerkingen bij het gebruik van AC-middelen?

Opvallend is dat de meerderheid van de vrouwen (n=78; 62,4%) bijwerkingen meldt.

Storende nevenwerkingen hebben een aantoonbaar effect op het al dan niet correct gebruiken van AC. Literatuurstudie toont dat 20% van het onderbreken van het pilgebruik hieraan te wijten *(13).*

Welke bijwerkingen ondervinden vrouwen bij het gebruik van AC-middelen:

	Aantal (n=78)
Hoofdpijn tijdens de stopweek	11
Stemmingswisseling	2
Misselijkheid	0
Acne	1
Verminderde libido	2
Hevig/onregelmatig bloedverlies	6
Combinatie	52
Andere (opgezwollen buik, mastalgie, gewichtstoename)	4

De meerderheid van de vrouwen (N52/78) meldt een combinatie van meerdere bijwerkingen Dit kan correcte inname/gebruik zeker in grote mate beïnvloeden.

Wat zijn de redenen van AC- gebruik?

	Aantal (n=125)	Percentage
Voorkomen van zwangerschap	82	65,6
Idem plus aanpak dysmenorroe en/of acne	43	34,4

Een relatief grote groep vrouwen (34,4%) gebruikt AC om adjuverend menstruatieproblemen en acne te behandelen.

Welke aspecten werden besproken met de arts bij het opstarten van AC-gebruik?

	Aantal (n=125)	Percentage
Enkel keuzemogelijkheden	26	20,8
Enkel contra-indicaties	2	1,6
Enkel instructies ivm correct gebruik van het gekozen middel	1	0,8
Enkel veiligheid van het gekozen middel	9	7,2
Enkel omstandigheden van verminderde effectiviteit	0	0
Enkel maatregelen bij vergeten van inname/gebruik	1	0,8
Enkel bescherming tegen SOA	2	1,6
Enkele aspecten samen besproken	40	32
Niets besproken	37	29,6
Alles besproken	7	5,6

Volgens de aangeboden antwoorden van AC gebruiksters werd bij 29.6% met de voorschrijvende arts helemaal niets besproken van wat EBM noodzakelijk te bespreken aspecten zijn bij de opstart van één of andere AC-methode!

6.4.2. Vragen over attitude

Welke informatiebronnen over AC worden door de deelnemers aangegeven?:

	Aantal (n=173)	Percentage
Gynaecoloog	37	21,4
Huisarts	40	23,1
Media	4	2,3
Folders verkregen via HA	0	0
Vriend/partner	1	0,6
Moeder	4	2,3
Bijsluiters AC	0	0
Combinatie van enkele bronnen	81	46,8
Andere (apotheek, school, cursussen van verpleegkundigen)	3	1,7
Nog geen info verkregen	3	1,7

Meestal kregen vrouwen info uit verschillende bronnen (in 46,8%). De huisarts als informatiebron stond op de 2de plaats (23,1%), gevolgd door de gynaecoloog (21.4%). De belangrijke preventieve en informatieve rol van de huisarts wordt ook hier bevestigd.

Werd met de huisarts het gebruik van AC besproken?:

In meerderheid van gevallen (54,3%) blijkt dat de bespreking over AC-gebruik met de eigen huisarts niet plaatsgreep.

Waarom bespreken vrouwen AC-gebruik niet met hun HA?

	Aantal (n=94)
“Best gespecialiseerde persoon =gynaecoloog”	51
“HA is mannelijk”	0
“HA is bezig met meer belangrijke problemen”	3
"Ik kan op internet surfen"	2
"Te lange wachttijden in de wachtzaal om enkel de pil te vragen"	0
Angst voor een inwendig gynaecologisch onderzoek	0
Mogelijkheid terechtkomen bij HAIO ipv HA	0
"Te duur om enkel voor een AC-keuze naar de HA te gaan"	0
"Geen idee dat de HA op de hoogte is van AC-middelen"	1
Combinatie van enkele bovengenoemde redenen	10
Andere *	8
Niets van bovengenoemde (geen concrete reden)	19

Andere*: een reeks bijkomende redenen die door de vrouwen zelf vermeld worden zijn: AC vraag wordt behandeld bij gynaecoloog tijdens opvolging gynaecologische problemen; lesbisch; nog geen gelegenheid gehad bij de huisarts, reeds voorafgaand AC advies door specialist bij de opvolging van chronische ziekte.

De opvallendste reden waarom vrouwen AC niet met de eigen huisarts bespreken ligt bij het idee dat voor dergelijke specifieke info de gynaecoloog de best aanspreekbare persoon blijft.

Het is waarschijnlijk zo dat in onze Vlaamse maatschappij de gewoonte of traditie gegroeid is om voor gynaecologische zaken enkel de gynaecoloog te consulteren.

Naar wie gaat de voorkeur om het AC-middel te laten voorschrijven?

	Aantal (n=173)	Percentage
Huisarts	72	41,6
Gynaecoloog	64	37
Beiden	37	21,4

Bij 41,6% van vrouwen-responders gaat de voorkeur om AC-voorschriften te bekomen naar hun huisarts. Dit percentage stijgt nog tot 63% als we rekening houden met de antwoorden van 37 van de 173 deelneemsters die zowel huisarts als gynaecoloog hebben aangekruist.

Voor voorschriften blijkt deskundigheid plots niet meer zo belangrijk te zijn. Of gaat het eerder om opportunisme of om het gemakkelijk verkrijgen: goedkoper (tot gratis, als bijlage bij een gewoon huisartsconsult) en tijdbesparend.

Naar wie gaat de voorkeur om een cervixuitstrijkje te laten nemen?

	Aantal (n=173)	Percentage
Huisarts	26	15
Gynaecoloog	137	79,2
Beide	10	5,8

Absolute topper blijkt ook hier de gynaecoloog bij 79.2% van de bevraagde vrouwen. De meerderheid van vrouwen-responders verkiest de huisarts voor AC-voorschriften (41,6%), terwijl de minderheid (15%) de huisarts kiest voor het cervixuitstrijkje.

Is er wens voor een specifiek AC-consult bij de huisarts?

Hoewel 54,3% van de vrouwen voordien nooit tot bespreking rond AC kwamen met hun huisarts, is de meerderheid van de vrouwen-responders (N 128/ 74%) te vinden voor een specifiek AC-consult via de huisarts. De huisarts kan hier dus een cruciale taak wat kwalitatieve informatie en preventie betreft opnemen.

Is er voldoende educatief materiaal in de praktijk?

	Aantal (n=173)	Percentage
Ja	109	63
Nee	41	23,7
Geen idee	23	13,3

Opvallend is het hoge percentage (63%) dat vindt dat voldoende educatief materiaal aanwezig is. Dit contrasteert met de objectieve bevinding dat er net zeer weinig materiaal aangeboden wordt. De bedoeling van de vraag lag net hierin om dit tekort bevestigd te weten. Deze discrepantie kan niet direct verklaard worden. Mogelijks speelde het invullen thuis van de vragenlijst een rol .

Is er wens om een oproep te ontvangen voor een vervolg AC-consult?

Slechts een laag percentage van vrouwen wenst een herinnerings-oproep te ontvangen voor de opvolging van hun AC-gebruik. Een duidelijke meerderheid van vrouwen (73,4%) wenst zelf te bepalen wanneer en bij wie ze het vervolgconsult willen laten plaatsgrijpen.

Hoe zouden de vrouwen het liefst herinnerd worden aan een vervolg AC-consult?

	Aantal (n=46)
Telefonisch	11
Per post	5
E-mail	25
Geen verschil	5



De meerderheid van vrouwen wenst een herinnerings-oproep te krijgen via e-mail. Op de tweede plaats: telefonisch. De minderheid kiest per post.

Hoe zit het met het verder of toekomstig gebruik?

	Aantal	Percentage
Tevreden met de huidige situatie	150	86,7
Niet tevreden	13	7,5
Wil stoppen	5	2,9
Andere *	5	2,9

Andere* : een reeks antwoorden: “ik weet het nog niet”; “pas begonnen”; “graag opstarten”.

Een duidelijke meerderheid van de vrouwen-responders zijn tevreden met de huidige situatie omtrent AC-gebruik en wensen geen veranderingen in de nabije toekomst. Een kleine groep is wel niet tevreden en verdient misschien speciale aandacht.

6.4.3. Vragen over kennis AC

Er werd nagevraagd welke aspecten van het gebruik en de werking van de AC-middelen goed gekend zijn en welke minder goed.

Kennis van AC-methoden

De meerderheid van de vrouwen-responders (68,8%) kennen verschillende AC-methoden. Minder gekende AC-methoden blijken: anticonceptiering, anticonceptiepleister en hormonaal implantaat.

Basiskennis over AC-methoden en correct gebruik van AC-middelen:

	Aantal	Percentage
Geen fouten	25	14,5
1 fout	49	28,5
2 fouten	51	29,7
3 fouten	30	17,4
4 fouten	14	8,1
5 fouten	2	1,2
6 fouten	0	0
7 fouten	1	0,6
8 fouten	0	0
Alle foutieve antwoorden	0	0
Totaal *	172	

Totaal *: Vragenlijsten werden ingevuld door 173 vrouwen-responders. Maar bij 1 vragenlijst werd in het onderdeel “Kennis AC” foutief ingevuld.

In de vragenlijst werden 9 eenvoudige kennisvragen gesteld in verband met AC-methoden, en het correct gebruik hiervan. Er werd bekeken hoeveel foutieve antwoorden de deelneemsters gaven. Uit deze analyse bleek dat op deze 9 vragen de meerderheid van de vrouwen- responders (N=155/ 90%) een vrij goede basiskennis vertoont (0-3 fouten uit 9 vragen). De meeste vrouwen maken 1-2 fouten. Geen enkele vrouw-responder had alles fout.

Mogelijks zijn deze resultaten beïnvloed door het relatief hoog percentage van hoger opgeleiden in deze studiepopulatie.

Aantal fouten bij de volgende uitspraken: (totaal aantal fouten n= 313)

	Aantal	Percentage
"De pil vergeten in de eerste week kan geen kwaad"	17	5,4
"Voor de noodpil is er een voorschrift nodig"	57	18,2
"Als men de pil neemt, kan men onvruchtbaar worden"	20	6,4
"De vervaldatum van condoom is niet belangrijk"	20	6,4
"Een condoom beschermt tegen zwangerschap en SOA"	6	1,9
"De pil beschermt tegen SOA"	3	1
"Braken of diarree > 1d verminderen de werking van de pil"	18	5,8
"Innemen van St-Janskruid vermindert de werking van de pil"	109	34,8
"Het kan gevaarlijk zijn om de pil te nemen bij hoge RR"	63	20,1

Het grootste aantal foutieve antwoorden vinden we in verband met de interactie van St-Janskruid op hormonale AC (34,8% uit alle foutieve antwoorden). Op de tweede en de derde plaats qua aantal

foutieve antwoorden komen: het gevaar van gebruik van COC bij hoge bloeddruk en het verplichte voorschrift voor de noodpil . Het minste aantal foutieve antwoorden werd verkregen op de vraag over OAC-inname en ontbreken van bescherming tegen SOA (1%).

Kennis van contra-indicaties bij het gebruik van OAC:

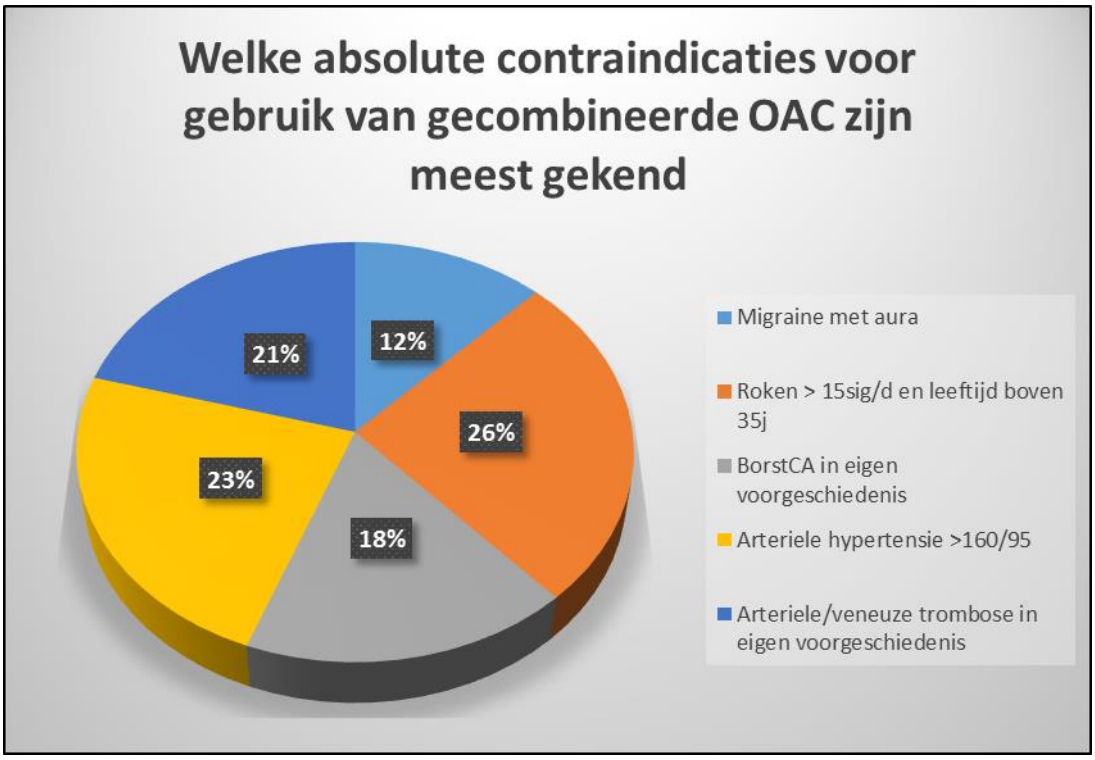
	Aantal (n=172)	Percentage
Kennen alle contra-indicaties	2	1,2
Kennen 4 absolute contra-indicaties	17	9,9
Kennen 3 absolute contra-indicaties	22	12,8
Kennen 2 absolute contra-indicaties	46	26,7
Kennen 1 absolute contra-indicaties	49	28,5
Kennen enkel relatieve contra-indicaties	6	3,5
Kennen geen contra-indicaties	30	17,4

Totaal *: Vragenlijsten werden ingevuld door 173 vrouwen-responders. Maar 1 vragenlijst werd in het onderdeel “Kennis AC” foutief ingevuld.

De meerderheid van de vrouwen (55,2%) kent 1-2 absolute contra-indicaties. Een duidelijke minderheid echter kent alle contra-indicaties.

Kennis van de voornaamste absolute contra-indicaties bij het gebruik van gecombineerde OAC:

	Aantal
Migraine met aura	35
Roken > 15sig/d en leeftijd boven 35j	74
BorstCA in eigen voorgeschiedenis	50
Arteriële hypertensie >160/95	67
Arteriële/veneuze trombose in eigen voorgeschiedenis	59



De meest gekende absolute contra-indicatie voor het gebruik van gecombineerde OAC is de leeftijd boven de 35 jaar en het roken van meer dan 15 sigaretten per dag. Namelijk: op 136 vrouwen-responders die een of meer absolute contra-indicaties aankruisen, is de meerderheid (54%) hiervan op de hoogte. Bijna de helft van de vrouwen (49,3%) weet dat een verhoogde RR ≥ 160/95 als absolute contra-indicatie voor het gebruik van OAC geldt. Een minderheid (25,7%) kent migraine met aura als absolute contra-indicatie.

De factor arteriële hypertensie als contra-indicatie voor het gebruik van OAC is mogelijks beter bekend door het feit dat bepaalde vrouwen zich de meting van hun bloeddruk tijdens een eerste/opvolgingsconsult herinneren.

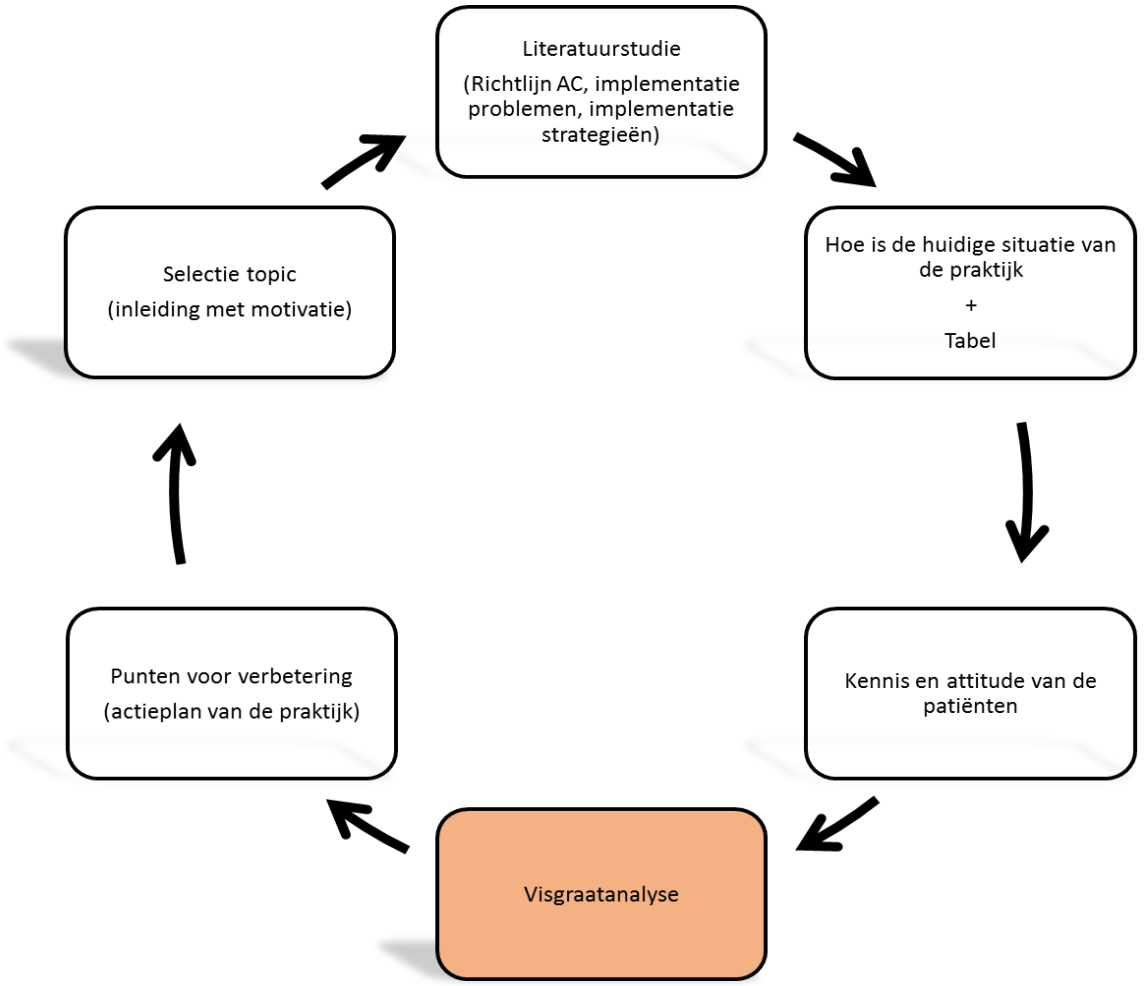
6.4.4.Huidig AC gebruik

Analyse: Is er overeenkomst tussen de info over huidig AC-gebruik vermeld in de individuele vragenlijsten en dezelfde info terug te vinden in de individuele EMD dossiers

	Aantal (n=173)	Percentage
Ja	117	67,6
Nee	56	32,4

Bij 32,4% van vrouwen is er geen overeenkomst tussen de info uit de vragenlijst en de info in het individueel EMD. Blijkbaar worden bepaalde beslissingen en wijzigingen, zoals switch naar een andere methode, of stop/ start van een AC-middel niet voldoende geregistreerd in het EMD.

Een van de redenen hiervoor ligt waarschijnlijk in het feit dat huisartsen onvoldoende op de hoogte gebracht worden van beslissingen die door gynaecologen genomen worden.



7. Visgraatanalyse :

In een volgende stap werd gepoogd de talrijke barrières te benoemen en in kaart te brengen volgens de methodiek van de visgraatanalyse. De barrières omvatten alle remmende elementen om de gewenste kwaliteit van zorg te behalen en om de bestaande richtlijn rond anticonceptie systematisch toe te passen. Deze remmende elementen kunnen ook benoemd worden als: weerstanden, obstakels, negatief beïnvloedende factoren.

Hiervoor werd met de praktijkopleider enkele malen samengezeten. De herkenbare knelpunten werden opgelijst: zowel de zelf opgemerkte moeilijkheden binnen de dagelijkse praktijk als de knelpunten die uit de antwoorden van de vragenlijsten konden gedestilleerd worden. Deze werden een voor een nader bekeken. Er werd telkens nagedacht welke verklaringen hiervoor te vinden waren.

De barrières worden in de visgraatanalyse vanuit vier invalshoeken bekeken. Deze vier perspectieven betreffen: persoonsgebonden factoren, praktijkgebonden factoren, factoren te maken met

beschikbare middelen, externe factoren. Elk van die groepen bevat subklassen van redenen waarom onvoldoende kwaliteit van de AC-consulten in de praktijk geboden wordt.

Persoonsgebonden factoren hebben te maken met de persoonlijke eigenschappen of acties van de betrokkenen.

Voor onze studie detecteerden we de volgende persoonsgebonden barrières:

A. *Patiënt gebonden*

- Patiënten zijn niet voldoende geïnformeerd over de kennis van de huisarts en over het basistakenpakket van de huisarts, in casu anticonceptie begeleiding. Uit de vragenlijst blijkt ook dat vrouwen denken dat de huisarts zich bezighoudt met andere 'meer belangrijke' medische problemen.
- Patiënten verkiezen traditioneel een consult bij de gynaecoloog. Ze doen dit vanuit het idee dat de gynaecoloog een ervaringsdeskundige is met extra studiejaren en meer kennis.
- Een foute opvatting is de angst voor het ondergaan van een obligaat inwendig gynaecologisch onderzoek. Sommige vrouwen leggen blijkbaar een intrinsiek verband tussen een consult met gynaecologische thematiek en een inwendig onderzoek als onontbeerlijk element.
- Patiënten banaliseren het belang van een AC-consult. Vermoedelijk sluit dit aan op de onvoldoende kennis van de mogelijke gevolgen van onaangepast of incorrect AC-gebruik.

B. *Arts gebonden*

- Huisartsen hebben onvoldoende zicht op de medische (gynaecologische) voorgeschiedenis. Dit door het feit dat vorige consultaties meestal bij de gynaecoloog plaatsvonden.
- De meestal slechte samenwerking en communicatie tussen gynaecoloog en huisarts. Meestal ontbreken protocollen van de gynaecoloog, wat de continuïteit van medische zorg belemmert en een negatief spiraal-effect op de samenwerking teweegbrengt.

Praktijkgebonden factoren hebben te maken met de werking van de praktijk.

Voor onze studie detecteerden we de volgende praktijkgebonden barrières:

- Voorheen was er minder belangstelling voor de AC-vraag omwille van een oudere populatie met de nadruk op chronische en psychosociale problematiek , en omwille van het ontbreken van het toepassen van AC richtlijnen binnen de praktijk en van het ontbreken van een specifieke praktijk richtlijn hiervoor, bruikbaar door de Haio. Als resultaat bleek de AC-vraag vaak een 'bijlage' te zijn tijdens een consultatie voor andere medische problemen en zich vaak te herleiden tot een vraag voor het hernieuwen van een hormonaal AC-voorschrift.
- Tijdsgebrek door patiëntendruk in een solo praktijk. Dit leverde ook lange wachttijden in de wachtzaal. Sinds begin 2013 is de praktijk uitgebreid tot een duo-praktijk met Haio.
- Een huisarts, die mannelijk is, blijkt een sterk belemmerende factor voor een bepaalde percentage van vrouwen (nog groter bij allochtonen). Dit wordt nog versterkt door het idee dat bij het uitvoeren van een AC-consult een gynaecologisch onderzoek als noodzakelijk onderdeel moet plaatsvinden .
- Regelmatige wissel van Haio, met minder continuïteit en moeilijkere opbouw van vertrouwensrelatie arts-patiënt .
- Het ontbreken in de software van het EMD (Medigest) van een schema van AC-consultvoering, conform de checklist bij CDSS). Tevens het ontbreken van systematische

reminders met betrekking tot de opvolging bij AC-gebruik: nl geen nota's in de planning van het follow-up consult.

Factoren te maken met beschikbare middelen hebben te maken met wat in de praktijk voorhanden is aan noodzakelijke infrastructuur, toestellen of materiaal.

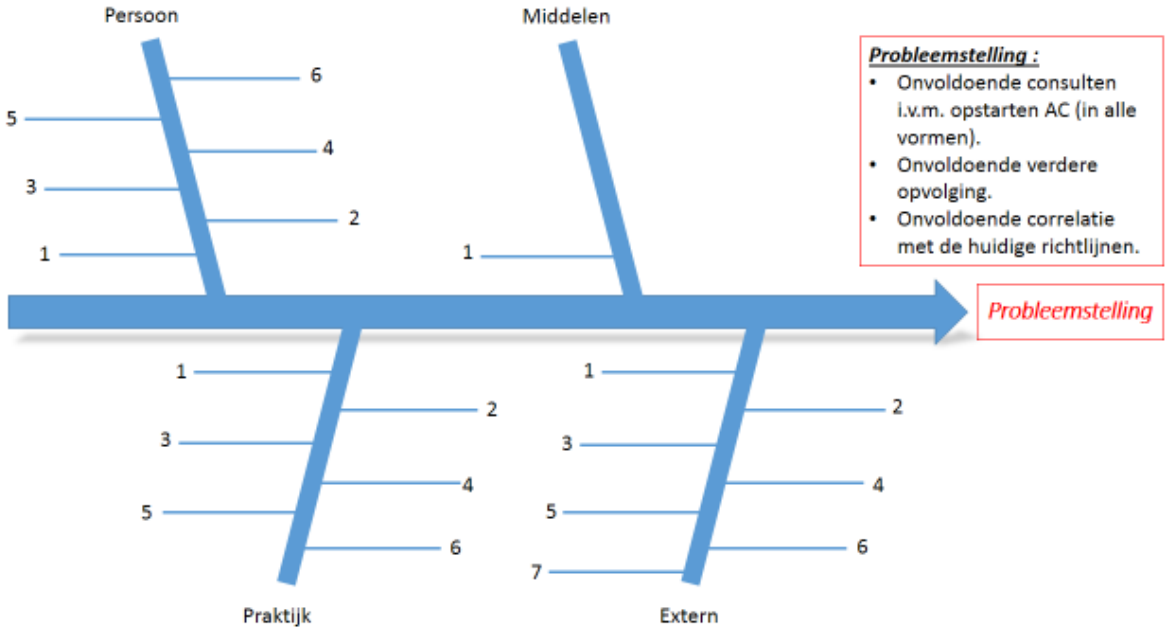
Voor onze studie detecteerde we enkel (maar net wel belangrijk) :

- Middelen ontbreken voor het leveren van voorlichting. Er is nauwelijks betrouwbaar educatief materiaal . Er is geen specifiek en gebundeld demonstratiemateriaal. Er bestaat geen voorbereidend tekstueel of web-gebaseerd materiaal, gebaseerd op betrouwbare bronnen, in het perspectief van 'patient empowerment'.

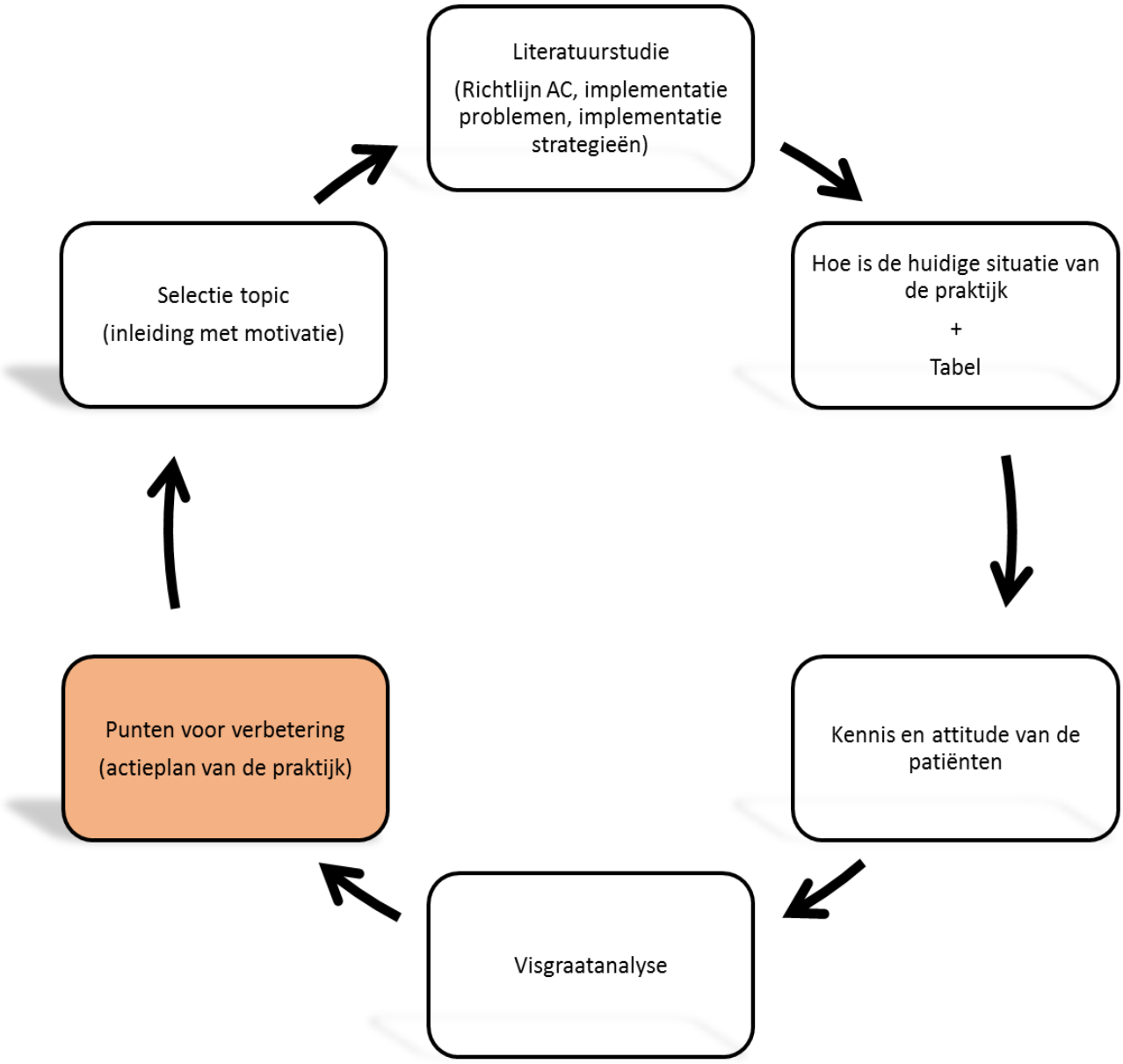
Externe oorzaken hebben te maken met het milieu waarin de artsen werken en met kenmerken van het gezondheidssysteem. Deze factoren zijn niet direct afhankelijk van de eigen praktijkorganisatie en zijn moeilijk of niet beïnvloedbaar.

De volgende oorzaken werden voor onze studie weerhouden:

- Gynaecologen bepalen vaak zelf het AC-beleid bij onze patiënten. Ze nemen vaak het initiatief bijvoorbeeld postpartum of bij routine onderzoek. Ze betrekken zelden de huisartsen bij deze beslissingen. Ze maken zelden aan de patiënten duidelijk welke competenties de huisartsen in petto hebben.
- Een duidelijke discrepantie tussen het OAC-beleid van gynaecoloog en huisarts. Gynaecologen schrijven vaak de nieuwe en duurdere hormonale AC voor, zonder aflijnbare indicatiestelling hiervoor. Ze lijken niet volgens richtlijnen te werken.
- Gezondheidssysteem. Er bestaat geen discipline overstijgend AC beleid, waarbij taakverdeling tussen gynaecologen en huisartsen zou voorzien zijn. Er is geen verplichte verwijzing naar tweede lijn.
- Invloed van onjuiste/onvolkomen info vanuit internetbronnen, media. Invloed van peers, meestal jonge leeftijdsgenoten. Invloed van de farmaceutische industrie. Wat maakt dat vrouwen vaak terugvallen op slechte bronnen voor hun informatie over AC.
- Kostprijs voor een consult zonder 'ziekte' probleem. Vrouwen zien op tegen betaling 'enkel om een voorschrift te bekomen'.
- Jongere populatie blijkt moeilijk bereikbaar en motiveerbaar voor een specifiek AC consult. Jongeren consulteren zelden en verlangen 'welwillendheidsvoorschriften'. Vaak krijgen huisartsen verzoek om voorschrift van derden bijvoorbeeld de ouders van de patiënten. Zelfs indirect: voorbeeld een recent e-mail verzoek "Dokter, zou het mogelijk zijn een voorschrift klaar te leggen voor ons Flore. Gestodelle 20".
- Maatschappelijke factor: het ontbreken van goed opgezette campagnes rond anticonceptie en waar vrouwen terecht kunnen met hun AC-vraag.



	Persoon	Praktijk	Middelen	Extern
1	Patiënten zijn niet voldoende geïnformeerd over de kennis van de huisarts	Vroeger weinig belang aan AC-vraag omwille van overheersend oudere populatie (geen AC-richtlijnen binnen de praktijk)	Weinig voorlichting (geen educatief materiaal en geen demonstratiemateriaal), ook in het perspectief van "patient empowerment"	Gynaecologen bepalen vaak zelf het AC-beleid (nemen eerst initiatief)
2	Patiënten verkiezen traditioneel gynaecoloog	Tijdsgebrek door patiëntendruk in solo praktijk		Een duidelijke discrepantie tussen het OAC-beleid van gynaecoloog en huisarts
3	Angst voor inwendig gynaecologisch onderzoek	Mannelijke huisarts ten opzichte van gynaecologische problematiek		Gezondheidssysteem: geen duidelijke taakverdeling tussen gynaecoloog en huisarts. Geen verplichte verwijzing naar de tweede lijn
4	Patiënten banaliseren het belang van een AC-consult	Lange wachttijden in de wachtzaal om enkel "mijn pil te vragen"		Beïnvloeding door onjuiste/onvoldoende info uit internetbronnen, media, peers, farmaceutische industrie
5	Huisartsen hebben onvoldoende zicht op de gynaecologische voorgeschiedenis	Regelmatige afwisseling van HAIO's (probleem van continuïteit)		Prijsfactor (consult zonder "ziekte")
6	Slechte samenwerking en communicatie tussen huisarts en gynaecoloog	Het ontbreken in het softwarepakket de checklist AC-consult voering; geen reminders; geen nota's in de planning (EMD) in verband met opvolging		Jongere populatie is moeilijk te bereiken en consulteert zelden (te veel herhaal voorschriften zonder patiëntencontact of via consult familielid)
7				Maatschappelijke factor: het ontbreken van goed opgezette campagnes rond anticonceptie



8. Actieplan van de praktijk: punten voor verbetering

Zoals blijkt uit de voorgaande elementen van deze studie en de uiteindelijke visgraatanalyse van de probleemstelling, zijn heel wat knelpunten gedetecteerd. Deze knelpunten belemmeren dus een goed verloop van het anticonceptiebeleid in de praktijk. Finaal dient dus nu overgegaan te worden tot het zoeken van oplossingen om deze knelpunten te overwinnen en om de nodige afspraken en plannen te maken. Dit zijn dus de punten voor verbetering, die moeten vastgelegd worden. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de haalbaarheid. Het eindresultaat dient ook in die mate in de praktijkvoering integreerbaar te zijn dat de verbeterpunten een blijvend karakter bekomen. Zodoende zal dit kwaliteitsbevorderend praktijkproject geen snelle dood kennen van zodra de initiatiefnemer uit de praktijk vertrekt: een droevige realiteit die vaak het lot is van vele kwaliteitsverbeterende projecten in het kader van een masterproef.

Het actieplan van de praktijk rond het anticonceptiebeleid en een kwaliteitsvol verloop van de AC

consulten:

Er wordt beslist om gebruik te maken van een combinatie van verschillende haalbare interventies, namelijk drie geselecteerde implementatiestrategieën. De selectie is dus gebaseerd op de meest haalbare en makkelijkst toepasbare strategieën, en de aanpak is dus multifacetair.
Deze strategieën blijken algemeen en makkelijk toepasbaar in alle praktijken die beschikken over een gevalideerd EMD en die hier uiteraard continu gebruik van maken.

Strategie 1. Het gebruik van **CDSS** tijdens het voeren van een AC-consult.

Een eigen CDSS ontwerp werd gemaakt, in samenwerking met een collega huisarts die goed vertrouwd is met het gebruik van het medische softwareprogramma Medigest, op basis van de steekkaart van de richtlijn AC van Domus Medica en op basis van het ontwerp CDSS volgens Peremans L et al. Dit CDSS ontwerp blijkt nuttig (en noodzakelijk) om alle items systematisch te kunnen doorlopen tijdens het consult. Vooral tijdens het eerste AC- consult dienen de meeste items bevraagd te worden. Vanaf heden kan in de praktijk deze geïntegreerde CDSS- invoerbase gebruikt worden in het EMD van de patiënt.
Deze CDSS- invoerbase wordt geopend onder de term 'anticonceptieconsult', met de volgende onderdelen:
A. Reden van contact (reason for encounter, RFE): met keuze tussen codes
'eerste consult', 'eerste opvolgingsconsult' en 'jaarlijks opvolgingsconsult'.

B. Lijst van anamnestische (absolute) contra-indicaties: alle items moeten overlopen en geselecteerd worden indien van toepassing:

- arteriële thrombose/embolie
-veneuze tromboembolie
- DM met complicaties
- AHT = of > 160/95
- medicatie gebruik: antiëpileptica
- medicatie gebruik: griseofulvine
- medicatie gebruik: rifampicine
- medicatie gebruik: hypericum
-migraine met aura
-ernstige lever aandoeningen
-risicofactor: nicotine gebruik = of > 15sig/d en leeftijd boven de 35j

C. Lijst van gynaecologische antecedenten: alle items moeten overlopen, geselecteerd worden indien van toepassing of ingevuld worden met specifieke gegevens:

-Menstruele cyclus:

- leeftijd eerste menstruatie
- duur van een menstruele cyclus
- regelmaat van de cycli
- dysmenorree

-Fluor vaginalis
-Vroegere contraceptie

-Huidige zwangerschap
-Pariteit
-Hormoongevoelige maligne borsttumor
-Seksueel risico

D. Klinisch onderzoek: (items variëren volgens type consult)

- Arteriële systolische BD
- Arteriële diastolische BD
- Gewicht in kg
- Lengte in cm
- 'BMI': automatisch uitgerekend

E. Algemene AC-begeleiding: hier worden vaste pop-ups gelijst die aan de arts opdracht geven om noodzakelijke info van de items te geven

- Uitleg praktisch gebruik OAC
-Uitleg bijwerkingen OAC
- Uitleg verminderde werking
- Uitleg noodpil

F. Planning
- Zorgaanpak: keuze AC-middel: hier wordt de keuze vastgelegd, en indien hormonaal in de medicatielijst onder 'hormonaal AC' toegevoegd
- Opvolging : hier wordt de volgende afspraak bepaald, en nadien in de planning gedateerd ingebracht

Dit ontwerp van CDSS- invoerbase werd reeds in testfase toegepast bij de zich aandienende patiënten door Haio en PO. Hierdoor werd reeds enige correcties van dit ontwerp aangebracht. Doordat de Medigest software parametreerbaar is door de user, kunnen eventuele aanpassingen later steeds gebeuren.
Het gebruik van deze voorgestelde CDSS- invoerbase is het meest belangrijk bij het eerste AC consult, zodat geen enkel item overgeslagen kan worden. Bij de opvolgingsconsulten kan dit zelfde instrument uiteraard sneller doorlopen worden. Het is voldoende te peilen naar bijkomende vragen en nieuw opgetreden problemen. Het is belangrijk de nuttige tips telkens te herhalen: zoals wat doen bij het vergeten van pilinname.
Doordat elk consult in de praktijk gebeurt met invoeren in het EMD, is het evident dat het gebruik van een gemakkelijk hanteerbaar vast invoerschema volgens dit ontwerp van CDSS het consultatiegebeuren onvermijdelijk zal ondersteunen. De kans dat deze implementatiestrategie zal lukken is groot. Dit in tegenstelling met de gegevens van de studie van Peremans L. et al, waar het gebruik van CDSS niet leidde tot succesvolle implementatie door een te laag gebruik van medische software door deelnemende huisartsen in de periode 2006 *(8).*

Strategie 2. Het gebruik van **reminders** die zowel gericht zijn op het ondersteunen van het werk van de arts als op het vergroten van de medewerking van de patiënt.

Het gebruik van herinneringssystemen is één van de meest simpele maar tegelijk krachtig werkende implementatiestrategieën, zoals reeds duidelijk aangetoond met data uit de literatuurstudie (zie pagina 15). Hoewel methodisch plannen en afspraken maken reeds enigszins toegepast wordt bij het opvolgen van chronische pathologie of bij het hernieuwen van medicatie of administratieve formulieren, zoals Bf attesten, is de methode in feite onvoldoende ontplooid en voor verbetering vatbaar. Bij het anticonceptiebeleid is deze methode nog quasi afwezig. Er werd dus nagedacht hoe in de praktijk hieraan kan gewerkt worden. De volgende makkelijk haalbare mogelijkheden kwamen hierbij naar voor: Op het einde van elk AC-consult wordt het vervolgbeleid met de patiënte besproken: +3 maand na eerste hormonaal ACC, en +1 jaar voor andere vervolgconsulten bij gebruik van hormonale AC. Dit in toepassing van de richtlijn. Wat de niet hormonale anticonceptiva betreft wordt als vervolgbeleid meegedeeld: +5 jaar na plaatsen IUD, en jaarlijks bij SOA risicogroepen. Voor de niet hormonale anticonceptiva is dit beleid gebaseerd op eigen praktijkstrategie, wegens het ontbreken van duidelijke richtlijn in de literatuur.

Voor het afsluiten van elk AC-consult in het EMD worden deze afspraken in de planningslijst ingebracht. Dit gebeurt met gecodeerde termen en met het afgesproken tijdsinterval. Zodoende zal deze afspraak automatisch in de planningslijst blijven verschijnen, waarbij een naderend of overschreden controletermijn met kleurcode gesignaleerd wordt. Zodoende kan de betrokken patiënte verwittigd worden dat de geplande follow-up dient te gebeuren, niet als een onderdeel van een routine consultatie, maar als een apart af te spreken consult.

Tevens wordt de mogelijkheid aangeboden om vrouwen die dit wensen aan te schrijven (via mail of post) ter verwittiging van een naderende te maken afspraak. Door het in voege brengen van een elektronisch agendasysteem kan de patiënte deze afspraak autonoom boeken. Het alternatief van telefonische afspraak blijft uiteraard bestaan.

Tenslotte dient de populatie van vrouwen tussen 12- 49 jaar, bij wie het AC gebruik nog niet werd genoteerd in het EMD, verder aangevuld te worden. Evenals dient bij nieuwe patiënten routine matig het AC gebruik bevraagd te worden. Tijdens deze contactmomenten dienen de nodige afspraken gemaakt te worden voor verdere opvolging.

Een aansluitende gedachtegang is dat het thema ‘anticonceptie’ aan het GMD Plus-invulschema zou kunnen toegevoegd worden. Dit vanuit het standpunt dat het bewaken van de anticonceptie behoort tot de preventieve taken van de huisarts. Ook hiervoor is extra-tijdsinvestering nodig vanuit de praktijk, wat enkel mogelijk is wanneer de praktijk beschikt over voldoende artsen en voldoende consultatiemomenten die specifiek aan preventieve acties verbonden worden.

Strategie 3. ‘**Patient activation** and **empowerment**’ bij het gebruik van anticonceptie.

Deze implementatiestrategie beoogt de vrouwen te informeren en hen actief te betrekken bij de keuze en het correcte gebruik van anticonceptiemiddelen met de ruime waaier van mogelijkheden. Hiervoor werd gekozen om gebruik te maken van bestaande betrouwbare bronnen: een informatiefolder en twee websites. Dit geselecteerd materiaal werd aangeboden door prof. Peremans, promotor van dit kwaliteitsverbeterend project.

De **informatiefolder** ‘Denk je voor een voorbehoedmiddel? Gebruik je er al één, maar wil je

veranderen?' (bijlage 11) is een realisatie van de Commissie Aanbevelingen Domus Medica in samenwerking met het Departement Eerstelijns en Interdisciplinaire samenwerking Universiteit Antwerpen (2011). De informatie van deze folder is gebaseerd op de inhoud van de gevalideerde aanbeveling 'Hormonale anticonceptie' van de Domus Medica 2012, plus de folder van de Domus Medica over anticonceptie, plus de folder anticonceptie van Sensoa, plus de NHG patiëntenfolders. Het is een folder die uit twee delen bestaat. Deel één geeft een zeer duidelijk en kort overzicht van de verschillende AC-middelen met info gericht aan de vrouwen en hun partners en met aanduiding van nuttige en betrouwbare internet-bronnen over AC. Deel twee bereidt de patiënte voor op de raadpleging bij de arts: dit is dus "empowerment of the patient", met veronderstelde actieve participatie in het verloop van het consult als bewezen effectieve implementatiestrategie. Dit deel geeft nuttige tips over welke vragen best gesteld worden door de patiënte en welke belangrijke aandachtspunten aan bod moeten komen tijdens het AC-consult. Deze aandachtspunten, zoals contra-indicaties, risicofactoren, mogelijke nevenwerkingen, de kostprijs en de leeftijdsgebonden terugbetaling van sommige AC-middelen, worden één voor één voorgelegd. Het geheel moet dus de keuze van een concrete AC-methode mogelijk maken in samenspraak met de huisarts. Dit op basis van de vooraf gelezen informatie en de additioneel gekregen info tijdens het consult met de huisarts. We hebben het concreet gebruik van deze folder ter voorbereiding van een AC-consult als volgt gepland. Voorlopig lijkt het in gebruik nemen van de folder een eerste aanzet tot kwaliteitsverbetering.

De artsen en het secretariaat beschikken over uitgeprinte exemplaren of kunnen de folder uitprinten vanuit het EMD via code 'AC folder'. Het zal routinematig actief aangeboden worden aan alle vrouwen tussen 12-49j bij elk bezoek in de praktijk; met korte uitleg. Dit wordt genoteerd in het EMD. Om dit proces te ondersteunen, wordt aan de planningslijst van de genoemde doelgroep een code 'empowerment anticonceptie' ingebracht. Op de praktijkwebsite www.destoute.be wordt een tekst hieromtrent met korte uitleg geplaatst. De folder is downloadbaar. Aantal exemplaren van de folder zullen ook in de wachtzaal gelegd worden, met duidende affiche aan de receptie. Ook zal dit folder ter informatie aangeboden kunnen worden aan vrouwen die niet tevreden zijn met het gebruik van de huidige AC-methoden (info uit vragenlijsten) met daaropvolgende uitnodiging voor een bespreking en samen de nieuwe keuze van AC-methode maken.

Het onderzoeken van de kwaliteitsverbetering in de praktijk valt jammer genoeg buiten het bestek van dit onderzoek. Dit kan nog in de toekomst gebeuren door de EMD grondig bekijken, namelijk het verloop van AC-consult te analyseren.

9. Besluit :

Verbeteren van het anticonceptie beleid blijkt als onderwerp zeer relevant te zijn voor ons praktijkgebeuren. Immers bleek vooraf dat heel wat aspecten een onvoldoende kregen: de vaak ontbrekende registratie van de gebruikte anticonceptiva, de onduidelijke registratie van de AC consult voering, de onvolledige inhoud en zwakke systematiek van deze consulten.

De enquêtering van 173 vrouwen (tussen 16 en 49j) toont aan dat een absolute meerderheid van deze vrouwen (74%) te vinden is voor een specifiek AC-consult bij de eigen huisarts. Ook blijkt dat de meeste vrouwen vrij goed op de hoogte zijn van de beschikbare contraceptiva, maar dat hun kennis over het gebruik en de werking ervan wel te wensen overlaat.

De onderzoeksvragen van de studie werden dus uitgeschreven met een dubbel doel:
1)Hoe kunnen we de huidige richtlijnen rond AC toepassen in de praktijk op onze gekozen doelgroep van vrouwen tussen 16-49 jaar? Het zoeken van de implementatiestrategieën om deze richtlijnen toepasbaar te maken in de praktijk was hierbij nodig.
2/Hoe kunnen we de nodige gegevens over AC integreren en bijhouden in het EMD?

Drie haalbare en bewezen efficiënte implementatiestrategieën werden vanuit een uitgebreide literatuurstudie en visgraatanalyse gekozen:

-*een computer ondersteuningssysteem*. In het software programma werd een invoerschema onder de naam 'anticonceptieconsult' opgemaakt, op basis van de Domus Medica richtlijn over hormonale AC. Dit invoerschema werd in gebruik genomen en blijkt voortreffelijk bruikbaar om een goed gestructureerd AC consult te voeren en terzelfdertijd alle nodige data te verzamelen.

-*het gebruik van reminders in het EMD.* Via het inbrengen in de planningslijst worden alle afspraken voor vervolgconsulten op datum gepland. De planningslijst signaleert met een kleurcode of een geplande datum nadert of overschreden is.

-*"patient empowerment"*. Om de positie van de patiënte te versterken wordt gebruikt gemaakt van praktische hulpmiddelen: een informatiefolder en geselecteerde betrouwbare websites. Het basisprincipe is dat een goed geïnformeerde patiënte zich meer "verantwoordelijk" voelt voor de eigen gezondheid en de keuze van een bepaald voorbehoedsmiddel helpt te bepalen.

Het actieplan is binnen de praktijk al gedeeltelijk geïmplementeerd en dus in testfase. De AC consulten gebeuren reeds met computerondersteuning en het gebruik van reminders. Rest nog het verder uitwerken van de implementatie.

Er kan dus gesteld worden dat in de praktijk de gerealiseerde elementen verder zullen kunnen gebruikt worden. Om de PDCA cyclus te vervolledigen: namelijk het onderzoek van de kwaliteitsverbetering zou in een volgende fase een analyse moeten gebeuren van het verloop van de AC consulten via het EMD.

10. Referenties literatuur :

1. Spitz B. Contraceptie en veilig ouderschap in een globaliserende wereld. Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012; nr 24: 1169-71

2. http://aps.vlaanderen.be/statistiek/ cijfers/ demografie/loop/Gewest/loop-gew001.xls-

3. Nys H, Schotsmans P. Professional autonomy in Belgium. Theor Med Bioeth 2000; 21(5): 425-39

4. Comité voor de evaluatie van de medische praktijk. Farmanet 2002. Brussel: Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering: dienst voor geneeskundige verzorging Wetenschappelijke Raad 2005

5. Mc Whinney. A textbook of family medicine. 2nd et. New York: Oxforc University Press; 1997

6. Epstein R, Rice P, Wallace P. Teenagers' health concerns: implications for primary health care professionals. Journal of the Royal Collega of General Practitioners 1989; 39: 247-249

7. Seamark C, Pereira Gray D. Do teenagers consult general practitioners for contraceptive advice? Br J Fam Planning 1995; 21: 50-1

8. Peremans L. Contraceptive consultation in general practice: a study on quality and performance. Dissertation University of Antwerp 2006; p. 149

9. Graham A GL, Glasier A. Teenagers' knowledge of emergency contraception: questionnaire surve in south east Scotland. BMJ 1996; 312: 1567-1569

10. Delbanco S MJ, Smith M. Little knowledge and limited practice: emergency contraceptive pills, the public and the obstetrician Gynaecologist. Obstetrics and Gynaecology 1997; 89(6): 1006-1011

11. Smith L WM. Women's knowledge of taken oral contraceptive pills correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice. Br J Gen Prac 1995; 45: 409-410

12. Little P, Griffin S, Kelly J et al. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. BMJ 1998; 316: 1948-52

13. Peremans L, Van Leeuwen E, Delvaux N, Keppens K, Yikilkan H. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012; 41: S1-S32

14. Grol R. Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change. Lancet 2003; 362: 1225-1230

15. Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. BMJ 1998; 317: 858-861

16. Grimschaw J, Eccles M, Thomas, MaCLennan G, Ramsay C, Fraser C, Vale L. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. J Cen Intern Med 2006; 21 (Suppl. 2): 14-20

17. Cochrane A L. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. Nuffield Provincial Hospital Trust, London, 1972

18. Eddy D M. Guidelines for policy statements: the explicit approach, Journal of the American Medical Association, 263 (1990); 2239-2243

19. Eddy D M. Designing a practice policy: standards, guidelines and options. Journal of the American Medical Association 263 (1990); 3077-3084

20. Van Royen P. Aanbevelingen in de praktijk- Bedreiging voor vrijheid van diagnose en therapie? Huisarts nu: Sept 1998; nr 7, 207-10.

21. Buntinx F. Een standaard der standaarden. Huisarts Nu 1995; 24: 318-24

22. Lanier DC, Roland M, Burstin H, Knottnerus JA. Doctor performance and public accountability, Lancet (in press)

23. Audet A, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities and future directions. Ann Int Med; 113 (9) (1990) 709- 714

24. Legare F, Ratte S, Gravel K, Graham I. Barriers and facilitators to implementing shared decision making in clinical practice: Update of a systematic reviews of health professionals perceptions. Patient Educ Couns 2008; 73: 526-35

25. Wensing M, Van Der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? British Journal of General Practice, 1998; 48: 991-997

26. Grol R. Implementing guidelines in general practice care. Quality in Health Care, 1992; I: 184-191

27. Davis D A, Taylor- Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systemic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. Can Med Association J 1997; 157: 408-16

28. Grol R and Jones R. Twenty years of implementation research. Family Practice 2000; 17: S32-S35

29. Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. Br Med J 1997; 315: 418-421

30. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abooud PAC, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999; 282 (15): 1458-1465

31. Foy R, Walker A, Penney G. Barriers to clinical guidelines: The need for concerted action. Br J Clin Gov 2001; 6 (3): 167-174

32. Pagliari H, Kahan J. Researching perceived barriers and facilitators to implementation: a coded review of studies. In Changing professional practice Edited by: Thorsen T, Mäkelä M. Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research; 1999: 169-190

33. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. Br J Gen Pract 2007; 57 (545): 971-978

34. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick J, Westert G P, Burgers J S. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. Implementation Science Aug 2009; 4: 54

35. Hayward RSA, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon A, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. CMAJ 1997; 156 (12): 1715-1723

36. Haines A, Rogers S. Integraiting research evidence into practice/ In: Silagy C, Haines A, eds. Evidence-based practice in primary carez, 2nd edn. London: BMJ books, 2001

37. Oxman A, Flottorp S. An overview of strategies to promote implementation of evidence-based health care. In: Silagy C, Haines A, eds. Evidence-based practice in primary care, 2nd end. London: BMJ books, 2001

38. Ferlie E, Shortell S. Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. Milbank Q 2001; 79: 281-315

39. Solberg L, Brekke M, Faiso J, et al. Lessons from experienced guideline implementers: attend to many factors and use multiple strategies. Jt Comm J Qoal Improv 2000; 26: 171-88

40. Garside R. Organisational context for quality: lessons from the field of organizational development and change management. Qual Health Care 1998; 7: S8-S15

41. Midlov P, Ekesbo R, Johansson L, Gerward S, Persson K, Nerbrand C, Hedblad B. Barriers to adherence to hypertension guidelines among GPs in southern Sweden: a survey. Scand J Prim Health Care. 2008; 26 (3): 154-159

42. Owens DK. Use of medical informatics to implement and develop clinical practice guidelines. West J Med. 1998; 168 (3): 166-175

43. Maue S K, Segal R, Kimberlin C L, Lipowski E E. Predicting physician guideline compliance: an assessment of motivators and perceived barriers. AJMC Jun 2004 - 1797: 383-391

44. NHMRC (National Health and medical research Council). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Common wealth of Australia; 19

45. 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)

46. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. JAMA 1992; 268: 1111-1273

47. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. N Eng J Med 1993; 329: 1271-1273

48. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinical performance and patient outcome. Ann Intern Med 1994; 120: 135-142

49. Francke A L, Smit M C, De Veer A JE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. BMC Medical Informatics and Decision Making 2008; 8:38

50. Shiffman R N, Liaw Y, Brandt C, Corb G. Computer- based guideline implementation systems: a systematic review of functionality and effectiveness. JAMIA 1999; 6: 104-114

51. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice. A systematic review of rigourous evaluations. Lancet 1993; 342: 1317-22

52. Kidd M, Purves I. Role of information technology. In: Silagy C, Haines A,eds. Evidence-based practice in primary care, 2nd edn. London, BMJ books, 2001

53. Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes. JAMA 1998; 280: 1339-46

54. Wang D, Peleg M, Samson WT, et al. Representation primitives, process models and patient data in computer-interpretable clinical practice guidelines: A literature review of guideline representation models. Int J Med Informatics 2002; 68: 59-70

55. Oscheroff J, Pifer E, Teich J, et al. Improving outcomes with Clinical Decision Support: An Implementer's Guide. 1st end Productivity Press, 2005.

56. H Varonen, T Kortteisto, and M Kaila for the EBMeDS Study Group. What may help or hinder the implementation of computerized decision support systems (CDSSs): a focus group study with physicians. Family Practice 2008; 25: 162-167

57. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. J Am Med Assoc 2005; 293: 1223-1238

58. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. Br Med J 2005; 330: 765

59. Dexter PR, Perkins S, Overhage JM, et al. A computerized reminder system to increase the use of preventive care for hospitalized patients. N Engl J Med 2001; 345: 965-70

60. Sintchenko V, Coiera E, Iredell JR, et al. Comparative impact of guidelines, clinical data, and decision support on prescribing decisions: an interactive web experiment with simulated cases. J Am Med Inform Assoc 2004; 11: 71-7

61. Davis RL, Wright J, Chalmers F, Levenson L, Brown JC, Lozano P. et al. A cluster randomized clinical trial to improve prescribing patterns in ambulatory pediatrics. PLoS Clin Trials 2007;2:e25.

62. Flottorp S, Oxman AD, Havelsrud K, Treweek S, Herrin J. Cluster randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of urinary tract infections in women and sore throat. BMJ 2002; 325:367

63. Kooij FO, Klok T, Hollmann MW, Kal JE. Decision support increases guideline adherence for prescribing postoperative nausea and vomiting prophylaxis. Anesth Analg 2008;106:893–8

64. Bryan C, Boren S: The use and effectiveness of electronic clinical decision support tools in the ambulatory/primary care setting: a systematic review of the literature. Inform Prim Care 2008; 16: 79-91

65. Walton R, Dovey S, Harvey E, Freemantle N. Computer support for determing drug dose: systematic review and meta-analysis. BMJ 1999; 318: 984-90

66. Chaudhry B, Wang J, Wu S, et al. Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. Ann Intern Med 2006; 144: 742-52

67. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association. 1986

68. World Health Organisation Alma Ata Declaration 1978 Kopenhagen

69. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in health care: effects on patient outcomes. Annals on internal medicine 1985; 102: 520-8

70. Johnston Roberts K. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. Health Expectations 1999; 2: 82-92

71. Anderson R, Funnell M, Carlson A, Saleh-Statin N, Cradock S, Chas Skinner T. Facilitating self-care through empowerment. In: Psychology in Diabetes Care 2000 John Wiley & Sons Ltd.

72. Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. Journal of advanced nursing. 1996; 23: 305-13

73. Wollersheim H, Vankrunkelsven P, Hellings J, Pijnenburg M, Aertgeerts B, Faber M. Patiëntgerichtheid als kernkwaliteit van de Vlaamse gezondheidszorg. Tijdschr. Voor Geneeskunde, 70, nr.3, 2014; 117-122

74. Berwick DM. What 'patient-centered' schould mean: confessions of an extremist. Health Aff 2009; 28: 555-565

75. Bombeke K. Leren studenten geneeskunde het af om patiëntgericht te zijn? Huisarts Nu 2011; 40: 70-77

76. Wenneberg JE. Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care. Oxford: University Press, 2010.

77. Van Der Weijden T, Molenaar S, De Booys M. Patiënten-participatie en patiëntgerichte zorg. In: Wollerscheim H. Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011; 53-69.

78. Oxford English Dictionary. 2nd end vol V. Clarendom Press Oxford. 1989

79. Eccles M, Mc Coll E, Steen N, et al. Effect of computerised evidence based guidelines on management of asthma and angina in adults in primary care: cluster randomised controlled trial. BMJ 2002; 325:941

80. Coulter A, Entwistle V, Gibert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? BMJ 1999; 318: 318-22

11. Bijlagen :

Bijlage 1: Steekkaart Orale Anticonceptie

STEEKKAART
ORALE ANTICONCEPTIE

domus medica

EERSTE CONSULT

Bij een eerste consult staan intake (ICE) en anamnese centraal.

Absolute contra-indicaties voor orale anticonceptie

- Diepe veneuze trombose, huidig en recent gebruik van anticoagulantia, gekende stollingsstoornissen (ook familiaal) en majeure heelkunde met immobilisatie
- Arteriële trombo-embolische aandoeningen
- Minder dan drie weken postpartum en minder dan zes weken postpartum bij borstvoeding
- Hypertensie met een systolische bloeddruk van ≥160 mmHg of een diastolische bloeddruk van ≥95 mmHg
- Migraine met aura
- Voorgeschiedenis van hormoonafhankelijke tumoren zoals borstcarcinoom en oestrogeengevoelig carcinoom
- Acute en chronische hepatitis A, B of C, cirrose met onmiskenbaar en/of herhaaldelijk verhoogde transaminasen en sommige levertumoren
- Diabetes met retino-, nefro- en/of neuropathie
- Systemische lupus erythematosus met positieve of onbekende antifosfolipidenantistoffen

Klinisch onderzoek

- Meet bij elke vrouw de bloeddruk en noteer BMI en gewicht.

Beleid

- **Jonger dan 35 jaar:** combinatiepil met ≤35 µg ethinyloestradiol en levonorgestrel
- 35 jaar of ouder:
  - **niet-rooksters**: geef verder de combinatiepil met ≤35 µg ethinyloestradiol;
  - **rooksters <15 sigaretten per dag (zonder bijkomend cardiovasculair risico)**: bespreek het type pil, de combinatiepil kan maar heeft risico's;
  - **rooksters ≥15 sigaretten per dag en alle rooksters met bijkomende cardiovasculaire risicofactoren (hypertensie, diabetes, verhoogd cholesterol, overgewicht)**: schrijf geen combinatiepreparaat voor, maar opteer voor een alternatieve anticonceptie.

Specifieke situaties

- Bij alle bovenvermelde absolute contra-indicaties een alternatief aanbieden: progesteron-only-pill, (hormoon)spiraal, depotpreparaat, hormoonstaafje.
- Bij **acne** geven alle pillen verbetering. Pillen met cyproteronacetaat hebben geen indicatie meer als voorbehoedsmiddel.
- Bij **antibioticagebruik** moeten geen extra voorzorgsmaatregelen worden genomen. Gelijktijdige inname van **sint-janskruid** vermindert de werking van de pil.

VERVOLGCONSULTEN

Intake: peilen naar bijkomende vragen en onderliggende problemen.

Anamnese: indien **spotting** niet veroorzaakt is door slechte compliance, roken of chlamydia, wordt een combinatiepil gegeven met een hogere dosis oestrogenen.

Steeds vermelden: in geval van vergeten pil(len) kan de vrouw beter rechtstreeks de apotheker consulteren.

Uitgave mei-juni 2012

STEEKKAART
ORALE ANTICONCEPTIE

domus medica

PIL VERGETEN? (combinatiepil met ≥20 µg EE)

Indien ≥36 uur na de laatste pilinname

- STEEDS de vergeten pil onmiddellijk innemen
- de pilstrip verder nemen op het normale tijdstip
- geen bijkomende maatregelen
- normale stopperiode van zeven dagen

Indien twee of meer vergeten pillen aansluitend of met enkele dagen tussen

Op welke cyclusdag in de pilstrip zijn de pillen vergeten?

Dag 1 tot 7

- de laatste vergeten pil innemen
- de pilstrip verder nemen op het normale tijdstip
- zeven dagen geen coïtus tenzij met condoom
- enkel indien coïtus zonder condoom <5 dagen: ook **noodanticonceptie**

Dag 8 tot 14

- de laatste vergeten pil innemen
- de pilstrip verder nemen op het normale tijdstip
- zeven dagen geen coïtus tenzij met condoom

Dag 15 tot 21

- stop de pilstrip
- maximaal zeven pilvrije dagen
- start een nieuwe pilstrip
- geen bijkomende maatregelen

of

- de laatste vergeten pil innemen
- de pilstrip verder nemen op het normale tijdstip
- aansluitend een nieuwe pilstrip starten
- geen bijkomende maatregelen

ANDERE SITUATIES

Bij plaatsing van een vaginale ring langer dan drie uur na verwijdering van de voorgaande, in de eerste drie weken van gebruik, of in geval van laat starten met een nieuwe ring na een stopweek: noodanticonceptie.

Bij plaatsing van een hormoonpleister later dan het gebruikelijke tijdstip (>48 uur) of in geval van te laat starten met een pleister na een stopweek: noodanticonceptie.

In geval van een vergeten POP (progesteron-only-pill) langer dan twaalf uur na de gebruikelijke inname: noodanticonceptie en twee dagen condoom.

NOODANTICONCEPTIE

Binnen de 72 uur na onbeschermde coïtus: Norlevo® of Postinor®. Tussen 72 en 120 uur na onbeschermde coïtus koper-IUD plaatsen of Ella-one® geven *(op voorschrift)*.

Uitgave mei-juni 2012

Bijlage 2: Perceived barriers to the implementation of key recommendations from selected guidelines

Perceived barriers* to the implementation of key recommendations from selected guidelines

Perceived barriers	Key recommendations (N = 56)		Clinical guidelines (N = 12)	
	N	%	N	%
Knowledge	26	46	10	83
Lack of knowledge	26	46	10	83
Lack of awareness/familiarity	26	46	10	83
Attitude	51	91	12	100
Lack of agreement with guideline recommendation	38	68	12	100
Interpretation/lack of evidence**	13	23	9	75
Lack of applicability	32	57	12	100
Lack of self-efficacy	11	20	8	67
Lack of outcome expectancy	17	30	10	83
Inertia of previous practice/lack of motivation	15	27	8	67
Behaviour	46	82	12	100
Patient factors	22	40	11	92
Patients preferences/demands	14	25	9	75
Patients ability/behaviour**	11	20	8	67
Guideline recommendation factors	24	43	11	92
Unclear/ambiguous**	18	32	11	92
Incomplete/not up to date**	8	14	4	33
Not easy to use/too complex**	3	5	3	25
Environmental factors	29	52	12	100
Lack of time/time pressure	7	13	5	42
Lack of resources/materials	7	13	5	42
Organisational constraints	20	36	11	92
Lack of reimbursement	2	4	2	17

* Barriers were classified according to the framework of Cabana *et al.* (1999) with some additional types of sub-barriers (**)

Bijlage 3: Barriers to and incentivies for change at different levels of healthcare

BARRIERS TO AND INCENTIVES FOR CHANGE AT DIFFERENT LEVELS OF HEALTHCARE	
LEVEL	***BARRIERS/INCENTIVES***
INNOVATION	Advantages in practice , feasibility, credibility, accessibility, attractiveness
INDIVIDUAL PROFESSIONAL	Awareness, knowledge, attitude, motivation to change, behavioural routines
PATIENT	Knowledge, skills, attitude, compliance
SOCIAL CONTEXT	Opinion of colleagues, culture of the network, collaboration, leadership
ORGANISATIONAL CONTEXT	Organisation of care processes, staff, capacities, resources, structures
ECONOMIC AND POLITICAL CONTEXT	Financial arrangements, regulations, policies

Bijlage 4: Implementation strategies that work

IMPLEMENTATION STRATEGIES THAT WORK

Strategies used to influence clinical behaviour

	Target group and strategy	
Target	Individuals	Populations
	Patient participation	Shopping centre screening
	Patient education[1]	Mailed reminders[1]
	Media campaigns[1]	
	Public education[1]	
Educational	Traditional continuing medical education	Evidence-based guidelines[1]
	Innovative continuing medical education —academic detailing, 'champions', individual instruction[1]	Journal publication of critical appraisal methods
	Advanced academic training in effective and efficient care	Other forms of 'official policy'
	Commercial detailing[1]	Commercial advertising[1]
	Task force reports	
Administrative	Reminder systems[1]	Government regulation[1]
	Computerised medical records[1]	Feedback of practice pattern data[1]
	Peer review	Second opinion programs
	Criteria setting	Review committees
	Peer assessment	
	Clinical audit[1]	
Economic	Clinical budgeting[1]	Differential fee charges[1]
	Decentralised management systems[1]	Prospective payment
	Removal of items from reimbursement schedules[1]	

Strategies that have been shown to be effective.
Source: Adapted from Lomas and Haynes (1988).

Bijlage 5: Overview of strategies for implementation of evidence and conclusions of reviews

STRATEGY	NUMBER OF REVIEWS	NUMBER OF STUDIES	CONCLUSIONS
EDUCATIONAL MATERIALS	9	3-37	Mixed effects
CONFERENCES, COURSES	4	3-17	Mixed effects
INTERACTIVE SMALL GROUP MEETINGS	4	2-6	Mostly effective, but limited numbers of studies
EDUCATIONAL OUTREACH VISITS	8	2-8	Especially effective for prescribing/prevention
USE OF OPINION LEADERS	3	3-6	Mixed effects
EDUCATION WITH DIFFERENT EDUCATIONAL STRATEGIES	8	5-63	Mixed effects, dependent on combination of strategies
FEEDBACK ON PERFORMANCE	16	3-37	Mixed effects, most effective for test ordering
REMINDERS	14	4-68	Mostly effective, particularly for prevention
COMPUTERISED DECISION SUPPORT	5	11-98	Mostly effective for drug dosing and prevention
INTRODUCTION OF COMPUTERS IN PRACTICE	2	19-30	Mostly effective
SUBSTITUTION OF TASKA	6	2-14	Pharmacist: effect on prescribing; nurse: mixed effects
MULTIPROFESSIONAL COLLABORATION	5	2-22	Effective for a range of different chronic conditions
MASS MEDIA CAMPAIGNS	1	22	Mostly effective
TOTAL QUALITY MANAGEMENT/CONTINUOUS	1	55	Limited effects, mostly single-site non-controlled studies

QUALITY IMPROVEMENT			
FINANCIAL INTERVENTIONS	6	3-89	Fundholding and budgets effective, mainly on prescribing
PATIENT-MEDIATED INTERVENTIONS	8	2-14	Mixed effects; reminding by patients is effective in prevention
COMBINED INTERVENTIONS	16	2-39	Most reviews: more effective than single interventions; not confirmed in recent reviews

Bijlage 6:

Potential barriers/incentives in relation to a proposed 10-step model for inducing change in professional behaviour after Grol	
ORIENTATION	1) Promote awareness of innovation • Level of interest in reading and continuous education 2) Stimulate interest and involvement • Degree of contact with colleagues • Experience of need for innovation
INSIGHT	3) Create understanding • Available knowledge and skills • Ability to remember information 4) Develop insight into own routines • Attitude (open-minded or defensive) • Willingness to acknowledge gaps in performance
ACCEPTANCE	5) Develop positive attitude to change • Ability to perceive advantages of change • Opinion of scientific merit of change • Opinion of credibility of innovation source • Degree of involvement in development process 6) Create positive intentions/decision to change • Perception of self-efficacy; degree of confidence in own skills • Perception of potential problems of putting change into practice
CHANGE	7) Try out change in practice • Perception of practical barriers (time, staff, money) • Opportunity to try change on small scale 8) Confirm value of change • Whether first experiences positive or negative • Degree of cooperation experienced and reaction of patients and colleagues • Side effects (eg, higher or lower costs)
MAINTENANCE	9) Integrate new practice into routines • Willingness and ability to redesign processes 10) Embed new practice in organisation • Whether procedures in place for constant reminding • Availability of supportive resources • Degree of support from management

Bijlage 7: Goedkeuring door Commissie voor Medische Ethiek

UZA
Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Tel 03 821 30 00 / Fax 03 829 05 20
www.uza.be / BE 0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. L. PEREMANS
UA
Huisartsgeneeskunde
2610 Wilrijk
Fax: 03 265 25 29

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44
fax: 03 821 42 54

Implementatie van de richtlijn anticonceptie in de praktijk: een kwaliteitsverbeterend praktijkproject (ma na ma huisartsgeneeskunde Olha Netrebko)
Belgisch Registratienummer: B300201317159

datum	ons kenmerk	contactpersoon
29/04/2013	13/13/141	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen 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. 29/04/2013.

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

- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie 25/04/2013
- Protocol versie 13/03/2013
- Vragenlijst aangepaste versie 25/04/2013

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

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

Bijlage 8: Studieprotocol

Interuniversitaire MANAMA-opleiding huisartsgeneeskunde

Studieprotocol

Titel: Implementatie van de richtlijn anticonceptie in de praktijk: een kwaliteitsverbeterend praktijkproject

Probleemstelling: *De achtergrond van mijn gekozen project is gebaseerd op het feit dat de praktijk een overheersende populatie van geriatrische patiënten had met als resultaat een goede opvolging van chronische aandoeningen, onder andere cardio-vasculaire ziekten, metabole aandoeningen en psycho-sociale problematiek. In het EMD wordt een systematische planning gemaakt voor deze categorie van patiënten, maar de laatste jaren stijgt het aantal jongeren in de praktijk.*

Tijdens mijn werk als HAIO heb ik gemerkt dat er onvoldoende aandacht besteed wordt aan deze doelgroep met hun specifieke problematiek, waaronder anticonceptie (AC).

Er is opvallend weinig kennis bij de jongere populatie over anticonceptiemiddelen met als doel om ongeplande zwangerschap en SOA te voorkomen. Weinig vrouwen blijken geïnformeerd over risico's gebonden met het gebruik van hormonale anticonceptiemiddelen. Tegelijkertijd gebeurt er onvoldoende opvolging van vrouwen die hormonale AC gebruiken (vaak krijgen ze een voorschrift na telefonisch verzoek, zonder opvolging en herinschatting van risicofactoren). Eveneens zijn er weinig consulten bij het opstarten en de keuze van bepaalde anticonceptie in de praktijk.

Onderzoeksvraag:

1. Hoe kunnen wij de huidige richtlijnen rond AC toepassen in de praktijk op onze gekozen doelgroep van vrouwen tussen 16- 49 jaar?

2. Hoe kunnen we de nodige gegevens over AC bijhouden in het EMD?

Onderzoekmethode: *Deze studie is een kwaliteitsverbeterend project rond het anticonceptie-consult in de duo-praktijk in de regio Brugge met als outcome een kwaliteitsverbetering van de dossiers – outcomeparameters rond AC-consult: noteren/opvolgen contraindicaties, juiste keuze AC en registreren/opvolging van AC-gebruiksters met risicofactoren.*

Het FOCUS-stappenplan wordt als leidraad gebruikt. Om de knelpunten op te sporen wordt een visgraatanalyse uitgewerkt. Om de vastgestelde knelpunten in de praktijk aan te pakken zal de studiearts (in samenwerking met de promotor en de praktijkartsen) de stappen volgen uit de PDCA-cyclus.

1. Voorafgaande literatuurstudie: zoeken naar gegevens over implementatie van richtlijnen met volgende onderzoeksvragen:

- Wat zijn de problemen om richtlijnen te implementeren in de eerste lijn?

- Welke methoden zijn effectief om richtlijnen te implementeren in de eerste lijn?

2.1. Registratie van de bestaande toestand (nulmeting) op basis van data verzameling mbt de gekozen populatie uit het EMD (Medigest,retrospectief aspect): is het vermeld in het dossier bij vrouwen tussen 16-49 jaar over AC-gebruik ; is er bij hen ooit een specifiek consult (eerste of opvolging) in verband met AC in de praktijk geweest?

2.2. Schriftelijk informeren van de geselecteerde populatie van de vrouwen over de geplande studie (via HAIO, praktijkopleider en collega-arts).

2.3. Zelf ontworpen vragenlijst actief aanbieden aan alle vrouwen tussen 16-49jaar met het verzoek deze in te vullen en aan de huisarts terug te bezorgen, om zo te trachten een inzicht te krijgen in hun kennis over AC(mogelijke methoden, mogelijke complicaties/gevolgen bij niet correct gekozen middel), hun bronnen van informatie; hun attitudes ivm AC, hun gebruik van AC.

3. De beïnvloedende factoren selecteren die mogelijkheden bieden voor aanpassing binnen de praktijk-werking zelf. Dit gebeurt aan de hand van de visgraat- analyse.

4. Opstellen van een verbeterplan op basis van analyse van beïnvloedende factoren met als hoofddoel: een verbetering van het AC-consult in de opleidingspraktijk.

Rekrutering deelnemers:

Schriftelijke infoformulier actief aanbieden aan de geselecteerde populatie (vrouwen tussen 16-49jaar) samen met toestemmingsformulier (tot het bekomen van informed consent).Na toestemming: verzoek vragenlijst in te vullen en aan praktijkartsen terug te bezorgen.

Ethische aspecten*: Dit kwaliteitsverbeteringsproject waarborgt anonimiteit (alle gegevens van de deelnemende vrouwen zullen gecodeerd worden) en gebeurt met expliciete toestemming van de deelnemers.*

In het schriftelijk infoformulier wordt kort de bedoeling van de vragenlijst uitgelegd. Er wordt benadrukt dat de deelname volledig vrijwillig en anoniem is (gekregen informatie over de naam en de geboortedatum van de deelneemsters zal gecodeerd worden door de praktijkartsen). Dezelfde anonimiteit wordt gegarandeerd bij het invullen en terugbezorgen van de vragenlijst.

De deelnemende vrouwen worden ingelicht over de mogelijkheid en het recht tot het opvragen van verdere informatie over deze studie.

Deontologische beschouwingen:

Implementatie van de richtlijn anticonceptie in de praktijk:
een kwaliteitsverbeterend praktijkproject

Dit kwaliteitsverbeteringsproject wordt uitgewerkt binnen de eigen duo-praktijk en beperkt zich tot de praktijk populatie van vrouwen tussen 16-49jaar qua gegevensverzameling.

Uitval:

Vrouwen die de vragenlijst niet ingevuld terugbezorgen of die niet wensen deel te nemen aan dit onderzoek na lezen van het infoformulier, worden beschouwd als non-responders.

Resultaatanalyse: *De gegevens verkregen vanuit de vragenlijsten zullen verder geanalyseerd worden met behulp van het statistisch programma SPSS en zullen gebruikt worden voor het maken van een visgraatanalyse.*

Conclusie: *Met dit project wordt geprobeerd om een analyse te maken van positieve en negatieve factoren die invloed hebben op het verloop van een kwalitatief AC-consult binnen de eigen praktijk. Op basis van deze analyse en van de richtlijn AC van de Domus Medica willen we een interventie plannen om het AC-consult en het EMD in onze praktijk te verbeteren.*

Bijlage 9: Informatie voor de patiënt en toestemmingsformulier

Patiënt Nummer:_____

Naam:_____ Geboortedatum_____

Titel van het onderzoek: Implementatie van de richtlijn anticonceptie in de praktijk: een kwaliteitsverbeterend praktijkproject

Werktitel voor de patiënt: Samen beslissen over de keuze van het beste anticonceptiemiddel

Geachte patiënte,

Zoals u weet is onze huisartsenpraktijk een opleidingspraktijk voor toekomstige huisartsen.

In het kader van haar master- na- masteropleiding huisartsgeneeskunde in de praktijk van dr. Michel Goetinck wil dr. Olha Netrebko een onderzoek uitvoeren rond anticonceptie.

Deze praktijk engageert zich voor opleiding en kwaliteitsverbeterend onderzoek, waarbij we actief onze patiënten proberen te betrekken. Dit onderzoek moet resulteren in een verbetering van de kwaliteit van het anticonceptieconsult in deze huisartsenpraktijk.

Om dit optimaal te kunnen doen, is het nodig om uw medisch dossier te raadplegen. Hierbij wordt er gekeken naar de gegevens over vroegere anticonceptieconsulten in de praktijk. Deze gegevens worden enkel voor wetenschappelijke doeleinden gebruikt en alle informatie wordt vertrouwelijk en gecodeerd door de praktijkartsen behandeld.

Daarnaast willen we u ook betrekken bij dit onderzoek. We vragen u de vragenlijst in bijlage in te vullen. Door de vragenlijst in te vullen, te handtekenen en naar ons op te sturen (adres: Karel de Stoutelaan 164/1, 8000 Brugge) of persoonlijk op de praktijk af te geven, geeft u toestemming om de informatie in de vragenlijst te gebruiken in de studie.

U hebt het recht om op elk moment vragen te stellen naar het verloop en de inhoud van deze studie. U hebt uiteraard ook steeds het recht om deelname aan de studie te stoppen en dat zal geen invloed hebben op uw verdere behandeling en opvolging in de praktijk.

Aan dit onderzoek zijn geen risico's verbonden.

Het enige ongemak is dat het onderzoek (het invullen van de vragenlijst) 15min tijd zal vragen. Uw deelname aan de studie brengt voor u geen kosten met zich mee.

Het spreekt voor zich dat uw privacy zal beschermd worden in deze studie. Indien de resultaten van deze studie gepubliceerd worden in een wetenschappelijk tijdschrift zal de privacy beschermd worden door het gebruik van codenummers in plaats van namen.

U hebt ook het recht om informatie te vragen over de procedures en het onderzoeksproject, die in dit document beschreven worden. De resultaten van het onderzoek worden gebundeld in een onderzoeksrapport. U kan dit rapport steeds opvragen.

Daarnaast heeft u, ook buiten studieverband, het recht op inzage en aanpassing in uw dossier, conform de wet op de privacy.

Het volledige onderzoeksprotocol is door het Ethische Comité van de Universiteit Antwerpen goedgekeurd.

Dit onderzoek grijpt plaats in de periode Juni 2013 tot Oktober 2013.

Met dit schrijven willen wij u om uw medewerking vragen. Voel u vrij ons te contacteren voor meer details: tel. 050/31 18 18

Dr. Olha Netrebko (huisarts in opleiding)

Dr. Fleur Helewaut (huisarts van de praktijk)

Dr. Michel Goetinck (huisarts van de praktijk)

TOESTEMMINGSFORMULIER

Implementatie van de richtlijn anticonceptie in de praktijk : een kwaliteitsverbeterend praktijkproject

Samen beslissen over de keuze van het beste anticonceptiemiddel

Deel enkel bestemd voor de patiënt(e) of de wettelijke vertegenwoordig(st)er:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende (naam & voornaam) _____ dat ik over de studie ben ingelicht en een kopie van de “Patiënteninformatie” en het “Toestemmingsformulier” ontvangen heb. Ik heb de informatie gelezen en begrepen. Mijn arts heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot de studie. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

– Ik heb begrepen dat ik mijn deelname aan deze studie op elk ogenblik mag stopzetten nadat ik mijn

arts hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen.

– Ik geef toestemming aan de verantwoordelijken van de opdrachtgever Dr. Olha Netrebko en aan regulerende overheden om inzage te hebben in mijn patiëntendossier. Mijn medische gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Ik ben mij bewust van het doel waarvoor deze gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van deze studie.

– Ik ga akkoord met de verzameling, de verwerking en het gebruik van deze medische gegevens, zoals beschreven in het informatieblad voor de patiënt.– Ik ga akkoord met het gebruik door de opdrachtgever van deze gecodeerde medische gegevens voor andere onderzoekdoeleinden.

– 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.

– Ik ga ermee akkoord dat mijn huisarts/specialist en andere zorgverleners die bij mijn behandeling betrokken zijn, op de hoogte worden gebracht van mijn deelname aan dit onderzoek.

Datum: _____

Handtekening patiënt(e) (of wettelijk vertegenwoordig(st)er):_____

Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam

Ik, ondergetekende, _____, bevestig hierbij dat ik, _____ (naam van de patiënt(e) voluit) of zijn wettelijke gegevens vertegenwoordig(st)er) heb ingelicht en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

Datum: _____

Handtekening: _____

Bijlage 10: Vragenlijst

Vragenlijst

Samen beslissen over de keuze van het beste anticonceptiemiddel

Beste deelneemster

De vragenlijst, die u zult beantwoorden, wil achterhalen wat uw kennis is over anticonceptiemethoden in het algemeen en over het middel dat u persoonlijk gebruikt.

Alle resultaten zullen strikt anoniem verwerkt worden. Dit laat u dus toe in alle vrijheid en openheid te antwoorden. Zo alleen kan ik een nauwkeurig en betrouwbaar beeld van de bekomen antwoorden vormen.

Belangrijk:

Deze vragenlijst neemt ongeveer **15min.** in beslag

Ofwel moet u antwoorden met **een korte zin of een cijfer**

Ofwel moet u **aankruisen**

Soms zijn er **meerdere antwoorden** mogelijk, maar dan wordt dit aangegeven.

Hopelijk vindt u deze opgave niet te moeilijk of te langdradig. Ik sta uiteraard steeds ter beschikking om u te helpen.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking en veel succes bij het invullen!

Dr. Olha Netrebko, huisarts in opleiding

Algemene gegevens:

1. Hoe oud bent u?.....jaar.

2. Welk diploma hebt u behaald?

   - Lager onderwijs
   - Secundair onderwijs (ASO, TSO, BSO, KSO)
   - Hoger onderwijs (Hogeschool, Universiteit)
   - Buitengewoon onderwijs, namelijk.....

- Ander, namelijk : ……

3. Bent u student/ huisvrouw/ werkend/ werkloos/ invalide/ andere/……..?

(nodige onderstrepen)

4. Welke anticonceptiemethoden kent u bij naam ?

- De pil
- Condoom
- Anticonceptiering (Nuvaring)
- Anticonceptiepleister
- Prikpil
- Spiraaltje (onder andere hormoonspiraaltje)
- Implantatiestaafje
- Sterilisatie van vrouw (of sterilisatie van de man)
- Andere methode: welke?.....

5. Gebruikt u een anticonceptiemiddel ?

- NEE

Zo neen, waarom?

- Ik wil zwanger worden
- Ik ben zwanger
- Ik vind dit gevaarlijk voor mijn gezondheid
- Ik weet niet hoe ik aan een voorschrift kan geraken
- Ik heb geen partner op dit ogenblik
- Andere…….

- JA

Zo ja, waarom ? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik wil niet zwanger worden
- Ik gebruik het onder andere tegen hevige menstruatieklachten (buikpijn)
- Ik heb problemen met mijn huid (acne)

- Andere reden:.....

6. Hoe oud was u toen u met anticonceptie begon ? ……..jaar

7. Welk anticonceptiemetode gebruikt u ?

- De pil
- Condoom
- Anticonceptiering (Nuvaring)
- Anticonceptiepleister
- Prikpil
- Spiraaltje (onder andere hormoonspiraaltje)
- Implantatiestaafje
- Sterilisatie van vrouw (of sterilisatie van de man)
- Andere methode: welke?.....
- Geen anticonceptie

8. Hebt u weleens last gehad van bijwerkingen bij het gebruik van uw anticonceptiemiddel?

- NEE
- JA

Zo ja, van welke bijwerkingen hebt u last gehad ?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Hoofdpijn/migraine tijdens de stopweek
- Stemmingswisseling
- Misselijkheid
- Acne
- Minder zin in vrijen
- Hevig bloedverlies/onregelmatig bloedverlies
- Andere : ……..

9. Waar hebt u info over uw anticonceptiemiddel verkregen?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Huisarts
- Gynaecoloog

- Media
- Folders verkregen bij uw huisarts
- Vriend/partner
- Moeder (voor jongeren)
- Bijsluiters anticonceptie
- Andere : ……..

10. Hebt u weleens met uw huisarts besproken wat het beste anticonceptiemiddel voor u is?

- ☐ JA
- ☐ NEE

Zo nee, waarom ?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- "Voor dergelijke specifieke informatie kan ik best de gynaecoloog raadplegen"
- "Ik durf niet omdat ik een mannelijke huisarts heb"
- "De huisarts is druk bezig met andere, meer belangrijke medische problemen"
- "Ik kan goed op internet surfen, en vind mijn informatie daar"
- "Te lange wachttijden in de wachtzaal om enkel de pil te vragen"
- "Ik heb angst voor een inwendig gynaecologisch onderzoek"
- "Ik vertrouw enkel mijn huisarts. Ik heb geen garantie dat ik voor dit anticonceptieconsult niet bij één van zijn artsen-assistenten zal terechtkomen"
- "Het is te duur om enkel voor een anticonceptiekeuze naar de huisarts te gaan"
- "Ik wist niet dat de huisarts ook op de hoogte is van anticonceptiemiddelen"
- Andere.....

11. Welke hulpverlener verkiest u voor het voorschrift van anticonceptie ?

- Huisarts
- Gynaecoloog

12. Welke hulpverlener verkiest u voor een uitstrijkje ?

- Huisarts
- Gynaecoloog

13.Welke van de volgende aspecten zijn besproken met uw arts?

- De arts heeft samen met mij de verschillende keuzemogelijkheden

besproken

- De arts heeft aan mij naar tegen-indicaties voor de pil gevraagd
- De arts heeft over het goed gebruik van het gekozen AC middel gesproken
- De arts heeft over de veiligheid van het gekozen middel gesproken
- De arts heeft gezegd wat ik moet doen bij braken of diarree
- De arts heeft gezegd wat ik moet doen bij een vergeten pil
- De arts heeft gesproken over het gebruik van condooms ter voorkoming van SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen)

14. Vindt u het nuttig om goede informatie over anticonceptie te verkrijgen via uw eigen huisarts en dit tijdens een afzonderlijk anticonceptie consult in de praktijk van uw huisarts?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

15. Vindt u dat u voldoende folders in verband met anticonceptie bekomt bij uw huisarts?

- ☐ JA
- ☐ NEEN

16. Zou u graag voor een vervolg anti conceptie consult een oproep ontvangen, zodat u hiervoor kunt afspreken?

- ☐ NEE
- ☐ JA

Zo ja, welke manier verkiest u :

- Telefonisch
- Uitnodiging per post
- Via e-mail

17. Toekomstig gebruik

- Ik ben tevreden over mijn huidige anticonceptie en verander niet
- Ik ben niet tevreden en zou graag veranderen
- Ik wil stoppen met anticonceptie

Vragen rond gebruik en kennis van anticonceptie

1. Vragen rond correct gebruik

Zijn volgende uitspraken waar of niet waar?

"De pil vergeten in de eerste week kan geen kwaad"

- Waar
- Niet waar

"Voor de noodpil is er een doktersvoorschrift nodig"

- Waar
- Niet waar

"Als men de pil neemt, kan men onvruchtbaar worden"

- Waar
- Niet waar

"De vervaldatum van een condoom is niet belangrijk"

- Waar
- Niet waar

"Een condoom beschermt tegen zwangerschap en ook tegen SOA(seksueel overdraagbare aandoening)"

- Waar
- Niet waar

"De pil beschermt tegen SOA"

- Waar
- Niet waar

"Braken of diarree (meer dan 1 dag) verminderen de werking van de pil"

- Waar
- Niet waar

"Gelijktijdig innemen van Sint-Janskruid verminderen de werking van de pil"

- Waar
- Niet waar

"Het kan gevaarlijk zijn om de pil te nemen bij hoge bloeddruk"

- Waar
- Niet waar

2. Welke tegenaanwijzingen zijn er voor het gebruik van de pil (ring, pleister)?

(meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- migraine met oogklachten
- roken en leeftijd >35jaar
- borstkanker in uw eigen voorgeschiedenis
- borstkanker bij de dichtste familieleden
- hoge bloeddruk
- bloedklonters in uw eigen voorgeschiedenis
- bloedklonters bij de dichtste familieleden
- ernstige zwaarlijvigheid

Hebt u nog suggesties om het anticonceptieconsult te verbeteren?

Dit was het. Hartelijk dank voor uw tijd en medewerking!

Bijlage 11: Informatiefolder

Denk je voor een voorbehoedmiddel ? Gebruik je er al één, maar wil je veranderen?

Informatie voor jou en je partner om je te helpen bij het maken van een goede keuze.



Deze folder is een realisatie van de Commissie Aanbevelingen Domus Medica in samenwerking met het Departement Eerstelijns en Interdisciplinaire samenwerking Universiteit Antwerpen.
Financiering Ministerie Gezondheid, Welzijn Vlaamse Gemeenschap

Inleiding

Een voorbehoedmiddel kiezen is niet altijd eenvoudig. Niet elk voorbehoedmiddel is geschikt voor elke vrouw. Soms mag u om gezondheidsredenen een bepaald voorbehoedmiddel niet of niet meer gebruiken. Dit moet u samen met uw arts bespreken.
Deze folder is een hulpmiddel bij het keuzeproces en helpt u ook om beter voorbereid naar de arts te gaan.
Voor meer aanvullende informatie kan u terecht op www.sensoa.be of www.domusmedica.be of vragen aan uw arts naar de folder over voorbehoedmiddelen van de Domus Medica.
De folder bestaat uit twee delen. Het eerste deel geeft u een kort overzicht van de in België beschikbare voorbehoedmiddelen en het tweede deel bereidt u voor op de raadpleging bij de arts.

Welke voorbehoedmiddelen bestaan er?

Om een keuze te kunnen maken volgt nu een overzicht van de voornaamste voorbehoedmiddelen.
Voor het juiste gebruik verwijzen we naar de website www.sensoa.be

1. Hormonale voorbehoedmiddelen

zijn over het algemeen zeer betrouwbaar wanneer ze correct gebruikt worden. Ze bevatten één of twee kunstmatige hormonen, de bevruchting tegenhouden. Tot deze groep behoren de pil, de minipil, de prikpil, de anticonceptiepleister, de vaginale ring, het hormonaal spiraal en staafje.

De pil bevat hormonen die er voor zorgen dat er geen eicel vrijkomt. Er kan dan geen bevruchting plaatsvinden. Verder maakt ze het slijmvlies minder doorgankelijk voor het zaad en vermindert de kwaliteit van het baarmoederslijmvlies voor de innesteling van een bevruchte eicel. De meeste pillen bestaan uit twee hormonen. Deze noemen we combinatiepillen. De pil is een zeer betrouwbaar voorbehoedmiddel op voorwaarde dat u ze correct gebruikt. U slikt de pil drie weken lang. Daarna stopt u een week. U hoeft de pil niet altijd op hetzelfde tijdstip in te nemen; een paar uur verschil mag. Als u de pil wil starten of bij een jaarlijks bezoek voor hernieuwing van uw voorschrift zal de arts uw bloeddruk nemen. De bloeddruk kan door de pil wat stijgen, vandaar de controle. De pil kan lichte bijwerkingen hebben, zoals tussentijds bloedverlies, gespannen borsten, misselijkheid en humeurigheid. Rokende vrouwen die ouder zijn dan 35 jaar, hebben meer kans op hart- en vaatziekten door de pil. Als een vrouw die ouder is dan 35 jaar niet willen stoppen met roken kan zij beter een ander voorbehoedmiddel kiezen. Indien er geen problemen zijn, mag u de pil doornemen tot aan de menopauze. Een jaarlijks gynaecologisch onderzoek is niet nodig, tenzij u klachten heeft. Een uitstrijkje om de drie jaar volstaat.

De zogenaamde **POP's** of progesteron-only-pils (vroegere minipillen) bevatten slechts één hormoon. U moet ze ook dagelijks op hetzelfde tijdsstip nemen. In een strip zitten 28 pillen en ze worden zonder onderbreking genomen. In het begin heeft u onregelmatig bloedverlies. Na een tijdje bloedt u meestal niet meer.

Indien u de pil neemt, vermeldt u dit best altijd bij de arts aangezien sommige geneesmiddelen de werking van de pil kunnen verminderen.

De vaginale ring is een flexibele doorzichtige ring, die je in de vagina plaatst. Hij geeft elke dag een constante dosis hormonen af. De ring blijft drie weken ter plaatse en wordt dan gedurende één week verwijderd. Nadien plaats je een nieuwe ring. Sommige paren voelen de ring zitten bij het vrijen. U kan hem eventueel verwijderen, maar dit mag maximum voor drie uur.

De anticonceptiepleister is een dunne pleister, die een constante dosis hormonen afgeeft. Bij vrouwen, die meer dan 90 kg wegen, is deze pleister minder betrouwbaar. De pleister blijft één

week ter plaatse en wordt dan vervangen door een nieuwe. Na drie weken last u een stopweek in.

De prikpil is een injectie die u eens in de drie maanden krijgt. Ook hierin zit een hormoon dat de eisprong voorkomt. Het is een betrouwbaar voorbehoedmiddel, zeker als u niet zo graag dagelijks een pil slikt en een goedkoop voorbehoedmiddel wenst. Na de eerste prik kunt u wat meer of onregelmatiger gaan menstrueren. Na de volgende injectie blijft de menstruatie vaak helemaal weg. Een enkele keer kunt u onverwacht wat bloed verliezen. Soms zijn er bijwerkingen, zoals gewichtstoename of puistjes. Na het stoppen van de injecties kan het wel een jaar duren voor u weer gaat menstrueren. In die periode bent u ook minder vruchtbaar.

Het **hormoon**spiraaltje geeft progesteron af. Het is ongeveer even betrouwbaar als de pil. Door het hormoonspiraal worden menstruatie(-klachten) minder. De menstruatie kan ook tijdelijk wegblijven. Soms kan er tussen de menstruaties wat bloedverlies optreden. Door zijn vorm is het soms wat moeilijk te plaatsen bij vrouwen, die nog niet zwanger zijn geweest. Het spiraaltje kan vijf jaar ter plaatse blijven.

Het hormonale implantaat is een staafje van flexibele kunststof, dat onderhuids in de arm wordt ingeplant. Het geeft dagelijks een kleine dosis progesteron af en beschermt u gedurende drie jaar tegen zwangerschap. Vrouwen hebben frequent bloedingen na het plaatsen. Bij de meeste vrouwen stoppen de bloedingen ten laatste zes maanden na de plaatsing. Dit staafje beschermt niet tegen SOI.

Al de bovengenoemde middelen bieden geen bescherming tegen seksueel overdraagbare infecties (SOI).

2. Intra-uteriene voorbehoedmiddelen

Beter bekend als spiraaltjes, worden in de baarmoeder ingebracht. Hiertoe behoren het bovenvernoemde hormonale spiraaltje en de koperspiraaltjes.

Het spiraaltje is meestal uit koper vervaardigd en wordt in de baarmoeder geplaatst. Het voorkomt, dat een bevruchte eicel zich kan innestelen. Afhankelijk van het type kan het drie tot vijf jaar blijven zitten. Het is iets minder betrouwbaar dan de pil. Vooral in de eerste maanden na plaatsen van het spiraal kan de menstruatie pijnlijker zijn en duurt de bloeding vaak wat langer.

3. Barrièremiddelen

Bestaan zowel voor mannen als vrouwen. In België worden hoofdzakelijk condooms gebruikt. Het pessarium of diafragma wordt hier nog nauwelijks gebruikt.

Het condoom is een rubber hoesje dat tijdens de gemeenschap om de penis zit en het zaad opvangt. Zo kan geen bevruchting plaatsvinden. Een condoom gebruiken is niet moeilijk, maar moet wel op de juiste manier gebeuren. Het condoom is minder betrouwbaar dan de pil. Een zaaddodend glijmiddel verhoogt de betrouwbaarheid. Sommige condooms zijn hier al van voorzien. Gebruik desgewenst een (extra) glijmiddel op waterbasis, bij drogist en apotheek verkrijgbaar. Gebruik géén olie, vaseline of crème. Dat tast het rubber aan en dan is het condoom niet betrouwbaar. Een groot voordeel van condooms is dat ze niet alleen beschermen tegen zwangerschap, maar ook tegen seksueel overdraagbare infecties. Er zijn ook 'vrouwencondooms'. Dit is een zakje met twee ringen, dat voor de gemeenschap in de vagina wordt geplaatst en het zaad opvangt.

4. Definitieve anticonceptiemethoden

Sterilisatie van man of vrouw is een betrouwbare manier om zwangerschap te voorkomen. Sterilisatie van de man is een kleine en makkelijke operatie die ongeveer tien minuten duurt. De zaadleiders worden doorgeknipt, waardoor er geen zaadcellen meer in het sperma kunnen komen. Aan het klaarkomen verandert niets. Sterilisatie van de vrouw is een grotere ingreep, waarvoor een dagopname in het ziekenhuis nodig is. De eileiders worden in de buik afgeklemd

zodat er geen eitjes meer door kunnen. Sterilisatie kan soms nog ongedaan worden gemaakt maar het resultaat is niet zeker.

5. Natuurlijke methoden

Zijn gebaseerd op de vruchtbare periode van de vrouw, waarin men dan niet mag vrijen. Bij **periodieke onthouding** hebben man en vrouw geen gemeenschap in de vruchtbare periode van de vrouw. Vrouwen zijn ongeveer vier dagen per maand vruchtbaar. De vruchtbare periode waarin het eitje vrijkomt, valt ongeveer twee weken vóór de menstruatie. Een eitje kan echter vroeger of later dan 'normaal' vrijkomen. Periodieke onthouding is daarom niet betrouwbaar.

Wat bespreek ik met mijn arts?

De relatie

Belangrijk is dat je in alle openheid met je arts kan bespreken of er sprake is van eventueel bijkomend risico op een seksueel overdraagbare infectie. Dit hangt samen met je type van seksuele contacten.

De werkingsduur

Wil je een kort of lang werkend middel of kies je voor een definitieve vorm van anticonceptie?
Ben je iemand die erg stipt is of eerder iemand, die snel vergeet en daarom het moeilijk zou hebben om alle dagen aan een voorbehoedmiddel te denken.

Gezondheidstoestand

Bespreek de volgende punten met je arts, zeker als je op één ervan ja antwoordt. Dit wil niet zeggen dat je geen voorbehoedmiddel kan krijgen, maar de arts zal dan samen met u de keuzemogelijkheden bespreken.

Heb je zelf al bloedklonters gehad?	Ja	Neen
Hebben familieleden al bloedklonters gehad?	Ja	Neen
Heb je zelf borstkanker gehad?	Ja	Neen
Komt er borstkanker voor in de familie?	Ja	Neen
Heb je suikerziekte?	Ja	Neen
Heb je een ernstige leveraandoening gehad?	Ja	Neen
Heb je echte migraine met lichtflitsen?	Ja	Neen
Heb je echte migraine zonder andere tekens maar ben je 35 jaar of ouder?	Ja	Neen
Heb je hoge bloeddruk?	Ja	Neen
Neem je andere medicatie in?	Ja	Neen
Rook je?	Ja	Neen
Zou je nu kunnen zwanger zijn?	Ja	Neen

De prijs

Bespreek in alle openheid de kostprijs van het gekozen voorbehoedmiddel. Een goedkoper voorbehoedmiddel is zeker niet slechter dan een duur. Jongeren onder de 21 jaar krijgen op vertoon van de SIS-kaart en het doktersvoorschrift een tussenkomst, zodat sommige voorbehoedmiddelen zelfs gratis zijn.

Wanneer werkt mijn voorbehoedmiddel niet goed?

Bespreek goed in welke omstandigheden het door jou gekozen voorbehoedmiddel minder betrouwbaar is en wat je dan moet doen.

De informatie van deze folder is gebaseerd op de inhoud van:

- de gevalideerde aanbeveling voor goede praktijkvoering ‘orale anticonceptie’ van de Domus Medica, 2012 www.domusmedica.be
- de folder van de Domus Medica over anticonceptie, verkrijgbaar via uw huisarts
- de folder anticonceptie van Sensoa en de website www.sensoa.be
- NHG patiëntenfolders

23 december 2011

Lijst van afkortingen

AC – anticonceptie

OAC – orale anticonceptie

ACC – anticonceptie-consult

COC - gecombineerde orale contraceptiva

POP – “Progesterone-Only Pill”

DM – Domus Medica

SOA – seksueel overdraagbare aandoeningen

EMD – elektronisch medisch dossier

NHG – Nederlandse Huisartsengenootschap

CDSS – Computer-decision support system

EBM – Evidence Baced Medicine

Vg – voorgeschiedenis

IUD – Intrauterine device

BMI – Body Mass Index

AH – Arteriële Hypertensie

PO - praktijkopleider