

Huisarts en anticonceptiepil

De begeleiding van anticonceptie wordt in Nederland in belangrijke mate verzorgd door de huisarts. Voor de meeste betrokkenen lijkt dit een vanzelfsprekendheid en de voordelen ervan kunnen zonder moeite worden opgesomd. De belangrijkste categorie in dit opzicht verkeert evenwel in een dwangpositie: pilgebruiksters zien zich genoodzaakt

tot een doktersbezoek, vanwege de receptplicht voor orale anticonceptie, en de huisarts staat – hoe hij er zelf ook over mag denken – tussen de vrouw en haar pilgebruik. Onder de gegeven omstandigheden heeft het zin stil te staan bij de argumenten pro en contra ten aanzien van deze vrijwel unieke uiting van integrale zorg.



DR. A. J. B. I. SIPS

Bij een pilrecept hoort een pilcontrole

Sinds de introductie van de orale anticonceptie in 1960 is de pil stap voor stap verbeterd en zijn de inzichten in de ongewenste effecten en complicaties toegenomen. De samenstelling van de gebruikstersgroep is sterk veranderd; in het bijzonder heeft een verschuiving plaatsgevonden in de leeftijdsopbouw. Ook de psychosociale context van seksualiteit en anticonceptie is veranderd. Door deze ontwikkelingen is de nadruk steeds meer komen te liggen op voorlichting en begeleiding van het anticonceptiegebruik, terwijl handhaving van een uitgebreide, sterk somatisch gerichte pilcontrole weinig zinvol is. Wel zijn er verschillende redenen om de receptplicht voor de pil te handhaven.

Inleiding

De pil bestaat uit een combinatie van twee hormonale stoffen die beide farmacologische effecten op het lichaam hebben. Sedert de introductie in 1960 is omvangrijk onderzoek verricht naar de bijwerkingen en complicaties, wat heeft geleid tot veranderingen in de aard en de dosering van de toegepaste stoffen. Daardoor zijn pilpreparaten beschikbaar gekomen die nauwelijks nog bijwerkingen hebben, terwijl het aantal complicaties aanzienlijk is verminderd. Gebleken is dat de hoge doses oestrogenen vooral hebben bijgedragen aan de thrombo-embolische processen aan de veneuze zijde van het vaatstelsel, terwijl de gestagenen verantwoordelijk waren voor de cardiovasculaire complicaties aan de arteriële zijde.

Boven de 35 jaar en in combinatie met roken lijkt er bij pilgebruik een verhoogd risico te ontstaan voor cardiovasculaire aandoeningen. Dit zijn epidemiologische feiten, die niet vertaald kunnen worden in individuele risico's. Zeker bij gezonde jongeren moet het risico van pilgebruik als nihil beschouwd worden. De gezondheidsrisico's die zouden ontstaan als deze methode van anticonceptie niet beschikbaar zou zijn, acht ik in ieder geval vele malen groter. Er is een nieuwe pil-ideologie ontstaan waarbij preventie van hart- en vaatziekten als thema wordt gehanteerd door de industrie. De argumentatie

hiervoor lijkt voornamelijk een smalle wetenschappelijke fundering te hebben. Er heeft een verandering plaats in de reclamegewoonten rond de pil. De consument wordt meer rechtstreeks benaderd.

Veranderingen rond pilgebruik en pilcontrole

De inzichten met betrekking tot de risico's van het pilgebruik zijn de afgelopen decennia sterk geëvolueerd. Vreemd genoeg lijkt dit geen invloed te hebben gehad op de manier waarop het pilgebruik wordt gecontroleerd. De richtlijnen voor het voorschrijven van orale anticonceptiva zoals de Commissie Praktijkvoering van het NHG die in 1966 heeft geformuleerd, lijken nog steeds van kracht.

Bij het lezen van deze richtlijnen valt op, dat er geen motivering wordt gegeven voor het omvangrijke schema.* De noodzaak van een geregelde en systematische controle was kennelijk zo vanzelfsprekend, dat daarvoor een aparte registratiekaart werd ontworpen waarvan er tienduizenden zijn gebruikt.

* *Anamnese*: hart; nier- of leverziekten; stofwisselingsziekten; operaties (mammae, schildklier, ovaria); varices en trombose; suiker en eiwit in de urine; mogelijke bijwerkingen (bij vervolgccontroles). *Lichamelijk onderzoek*: bloeddruk; hart; schildklier; mammae; varices; virilisatie (beharing en stemhoogte); vaginaal toucher; speculumonderzoek; lichaamsgewicht; urine-onderzoek op eiwit en glucose; bloedonderzoek op leverfuncties (bij leverziekten in de anamnese).

Het accent van deze controles lag sterk op het gynaecologisch onderzoek, dat bovendien bij iedere controle herhaald moest worden. De geadviseerde frequentie van controles was hoog: één, vier, acht en twaalf maanden na het begin van het pilgebruik, en vervolgens ieder half jaar. Wordt de geadviseerde anamnese en het lichamelijk onderzoek ook werkelijk uitgevoerd, dan kost dit per pilcontrole ruim 10 minuten.

In juli 1966 reageerde Bekkering met een ingezonden stuk in *Huisarts en Wetenschap*, waarin hij bezwaar maakte tegen de geadviseerde frequentie: „Waar er toch al veel vrouwen komen met angst en schuldgevoelens omtrent de pil, geloof ik dat een te frequente controle 'psychisch meer schade dan somatisch goed doet'. Ik meen dat de opstellers het slachtoffer zijn geworden van eigen onzekerheid en angst, die wel eens overgedragen zou kunnen worden op de 'patiënten'." Bekkering stelde voor na de eerste controles over te gaan op slechts één controle per jaar, waarbij overigens wel het anamneseschema en het lichamelijk onderzoek van de CPV-richtlijnen gevolgd zouden moeten worden.¹⁴ Twaalf jaar later werd hetzelfde advies in het *Kompas voor de huisarts* door Bekkering herhaald.¹⁵

Na de publikatie van de CPV-richtlijnen hebben omvangrijke veranderingen plaatsgehad op het gebied van geboortenregeling in het algemeen en bij het pilgebruik in het bijzonder. Genoemd kunnen worden:

Veranderingen van de samenstelling van de pil. Eerder is al beschreven dat verlaging van de oestrogenendosis leidde tot vermindering van het aantal thrombo-embolische complicaties. Nieuwe gestagene componenten gaven een betere cycluscontrole. In het algemeen verminderde daardoor het aantal bijwerkingen.

Toegenomen kennis over de effecten van de pil. Bij het beoordelen van de zinloosheid van de pilcontrole is het van belang rekening te houden met de toegenomen kennis over de effecten van (langdurig) pilgebruik. Hieruit blijkt dat de pil niet beschouwd moet worden als veroorzaker van kwalen en aandoeningen, maar vermoedelijk bij een aantal aandoeningen een modifierende factor is, zoals bij vetstofwisselingsaandoeningen, en dit vooral in combinatie met roken. Geen parameters zijn bekend die predictieve waarde hebben en

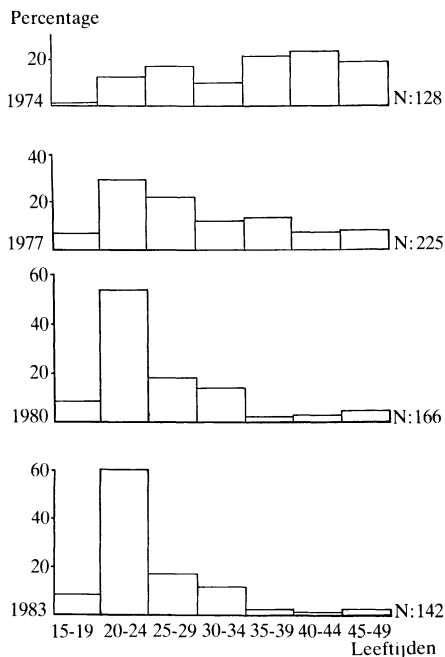
als bepalingen bij of als metingen aan pilgebruiksters zinvol zijn ter vermindering van risico's.

De gunstige effecten van pilgebruik (naast de anticonceptieve werking) zijn overigens niet gering. Te noemen zijn vermindering van dysmenorroe en endometrioseklachten, daling van de incidentie van corpus- en ovariumcarcinoom en een lagere frequentie van opstijgende gonoroëische infecties dan bij het gebruik van andere anticonceptiemethoden.¹⁶

Acceptatie van sterilisatie. Het pilgebruik heeft ongetwijfeld baanbrekend gewerkt voor de acceptatie van de sterilisatie-ingreep. Na een aantal jaren pilgebruik is de gevoelsmatige stap naar sterilisatie niet meer zo groot voor de vrouw of haar partner. Dit geldt ook voor de (huis)arts: na jaren ervaring met betrouwbare, reversibele vruchtbaarheidsregeling is geleidelijk de acceptatie van de sterilisatie ontstaan. In Nederland neemt vanaf 1972 de toepassing van sterilisatie als anticonceptiemethode snel toe. De adviezen uit het tweede rapport van de Royal College (rokende pilgebruiksters ouder dan 35 jaar voortgezet pilgebruik ontraden) bevorderen deze ontwikkeling waarschijnlijk.

De acceptatie van de pre-maritale coitus. Post of propter, maar gelijktijdig met het beschikbaar komen van de pil is er een verandering in de seksuele moraal op gang gekomen. Niet alleen de jonge ongetrouwde pilgebruikster, ook haar huisarts heeft deze ontwikkeling door-

Figuur. Pilgebruik en leeftijd, 1974-1983.



gemaakt. Het kan zijn dat deze laatste daar wat moeite mee heeft gehad, maar hij lijkt nu toch ook door de bocht te zijn. Of komt het in 1984 nog frequent voor dat een jong meisje haar huisarts voorbij loopt en elders de pil gaat halen, „want met hem is hier niet over te praten“?

Verandering van de leeftijd van de pilgebruikster. Beide vorige factoren hebben ertoe geleid dat het leeftijdsprofiel van de groep pilgebruikster ingrijpend is veranderd. De oudere leeftijdscategoriën vielen af, doordat man of vrouw tot sterilisatie besloot. De jongere leeftijdscategoriën breiden zich snel uit. In de *figuur* komt het veranderde leeftijdsprofiel van de pilgebruikster (in mijn praktijk) duidelijk tot uiting: In 1974 is 75 procent van de pilgebruiksters ouder dan 35 jaar, in 1983 is 75 procent van de pilgebruiksters jonger dan 25 jaar.

Anticonceptie en seksualiteit. De pil heeft als een paard van Troje het seksualiteitsbeleven in de spreekkamer van de huisarts gebracht.¹⁷ De vraag naar anticonceptieve begeleiding kon dankzij de pil tenslotte reëel worden beantwoord. De huisarts leerde intussen de bijwerkingen te signaleren, niet alleen van de pil maar ook van de emotionele aspecten van het seksualiteitsbeleven en kreeg daarmee een nieuw arbeidsveld.

Pilreclame. De pilproducenten maakten in 1966 gedediceerd reclame voor hun produkt: in het begin werd daarbij de ovulatie remming als een toevallige bijkomstigheid genoemd en was cyclusregulatie de belangrijkste indicatie. De huidige producenten trachten zich rechtstreeks tot de consument te richten met het noemen van de voordelen van het eigen merk voor cardiovasculaire complicaties.

Conclusie. Het sociaal-culturele klimaat, met name het seksualiteitsbeleven, is veranderd sedert de introductie van de pil. De pil is geleidelijk van samenstelling veranderd, vooral door een aanzienlijke dosisverlaging van de samenstellende delen. Hierdoor ontstaan minder bijwerkingen en complicaties.

De pilgebruikster van toen was een vrouw ouder dan 30 jaar, met een of meer kinderen, die een onnodig zwaar pilpreparaat slikte, en de bijwerkingen daarvan accepteerde als prijs voor de grote betrouwbaarheid van dit middel; zij werd begeleid door een huisarts die nog geen ervaring had bij deze taak, die onzeker was over de mogelijke gevolgen voor zijn „patiëntes“ en die ter geruststelling voor beiden een omvangrijk controleprogramma uitvoerde.

De pilgebruikster in 1984 is de jonge vrouw die kiest voor een betrouwbare methode van anticonceptie, die geen bijwerkingen of gevaren mag hebben, die door publicaties in de media onzeker gemaakt wordt over de effecten van de pil en die een huisarts als begeleider wil die haar vragen hierover beantwoordt; die huisarts zelf is intussen beducht geworden voor de onnodige medicalisering van jonge gezonde mensen, en hij heeft een genuanceerd beeld over de (vermeende) risico's van de pil.

Zin en onzin van pilcontrole

Na de beschreven veranderingen rond het pilgebruik kan de vraag gesteld worden wat de zin en de inhoud van een pilcontrole anno 1984 nog kan zijn.

Wat betreft de cardiovasculaire risico's is geconstateerd dat deze epidemiologische gegevens geen voorspellende waarde voor de individuele pilgebruikster hebben. Janssens & Dijkstra vermelden dat een geringe bloeddrukstijging na jaren pilgebruik inderdaad voorkomt, maar dat stoppen met de pil in bijna alle gevallen leidt tot een normalisering van de bloeddruk. Voorschrijven van orale anticonceptie zonder regelmatige controle van de bloeddruk moet volgens hen als een ernstige fout worden beschouwd.¹⁸

Hierbij valt op te merken dat dit artikel geschreven is in 1976, en dat de aangehaalde literatuur dateert van 1975 of eerder. Verlaging van oestrogenen en gestagenen in de pil en toepassing van deze preparaten is daarna pas goed op gang gekomen. Ook vermelden Janssens & Dijkstra dat de verhoging van de bloeddruk slechts gering is en reversibel na het stoppen met het preparaat.

In de zeldzame gevallen waarin dit niet is gebeurd, is nooit bewezen dat de pil de causale factor was of slechts een coincident. Controle van de bloeddruk bij pilgebruiksters moet daarom worden beschouwd als een algemeen screenend onderzoek (en waarom dan alleen bij pilgebruiksters?) en niet als een controlemaatregel bij het gebruik van een oraal anticonceptiepreparaat. Het meten van de bloeddruk bij het begin van het pilgebruik en ook nadien is alleen om die reden zinvol. Of de huisarts of zijn assistente deze verrichting doet, is een kwestie van organisatie.

Wibaut stelt dat er geen dwingende reden is voor gynaecologisch onderzoek bij pilgebruik. De groei van myomen wordt door pilgebruik niet bevorderd. Evenals bij niet-pilgebruiksters is het

ontstaan van klachten reden tot onderzoek en soms tot chirurgische therapie. Het anamnestiche gegeven bij jonge vrouwen die met de pil beginnen, dat ze een min of meer regelmatige cyclus hebben, toont aan dat ovaria en uterus normaal functioneren. De kans op het

vinden van een zeldzame afwijking is zo klein dat daarin geen argument kan liggen om alle jongere pilstartsters gynaecologisch te onderzoeken voordat ze met de pil mogen beginnen.¹⁹ Hetzelfde geldt voor het borstsonderzoek. De prevalentie van het mamma-

carcinoom in de jongere leeftijdscategorieën is zo laag, dat het ongericht screenen met palpatie van deze leeftijdsgroep als weinig zinvol moet worden beschouwd. Over de psychische gevolgen van beide onderzoeksvormen, het afhankelijk en

Bijwerkingen en complicaties van de pil

In 1960 registreerde de Amerikaanse Food and Drug Administration het preparaat Enovid® als geneesmiddel met anticonceptieve werking.

Aan deze registratie waren tientallen jaren research voorafgegaan. In 1937 was al aangetoond dat injecties met oestrogene en gestagene hormonen bij het konijn een ovulatierevend effect hadden. Het duurde echter tot 1951 voor het lukte om progestagene stoffen te synthetiseren die geschikt waren voor orale toediening.

Aanvankelijk werden deze hormonale stoffen getest voor de behandeling van menstruatiestoornissen. Pas later werd het Rock en Pincus duidelijk dat er ook remming van de ovulatie plaats had. Ze begrepen het belang van deze vinding voor de ontwikkeling van een nieuwe anticonceptiemethode, en kwamen korte tijd later met het concept van de huidige combinatiepil volgens het schema drie weken innemen en één week pauze.

Deze methode werd getest in Puerto Rico. Na de registratie in Amerika volgde een jaar later de introductie in Engeland via de Family Planning Association. Weer een jaar later werd de pil in Nederland geïntroduceerd met een proefproject van de NVSH. Een effectieve methode van anticonceptie was beschikbaar gekomen door de toediening van farmacologisch werkzame stoffen die het functioneren van het vrouwelijk organisme veranderden. Het was niet duidelijk waarop de werking beruiste en hoe omvangrijk de consequenties voor het hele metabolisme zouden zijn. Eén effect was zeker; de ovulatie werd geremd.

Niemand twijfelde eraan dat de toediening van deze farmacologisch actieve stoffen aanleiding kon geven tot bijwerkingen en complicaties en daarom onder medisch toezicht diende te staan. Bovendien werden deze hormonale middelen niet gebruikt op strikt medische gronden, maar om preventieve redenen, het voorkomen van zwangerschap. Dat was een extra argument om te registreren of schadelijke gevolgen of ernstige complicaties zouden ontstaan.

Na de introductie van de pil duurde het niet lang of de eerste meldingen over ernstige complicaties bij het gebruik verschenen in de vakpers. In 1961 beschreef Jordan de ziektegeschiedenis van een 40-jarige verpleegster die Enavid® kreeg voorgeschreven ter behandeling van endometrioseklachten en daarbij longembolieën doormaakte. Hij besloot zijn verslag als volgt:

„Because Enavid may produce uncontrollable vomiting and provoke pulmonary embolism and infarction, I would counsel caution in the use of this widely advertised drug”.¹

De reeds bekende bijwerkingen – misselijkheid, gewichtstoename, tussentijds bloedverlies, pijnlijke borsten, hoofdpijnklachten en veranderd stemmingsbeleven – de casuïstische mededelingen over complicaties, en niet in de laatste plaats de behoefte aan een veilig en betrouwbaar anticonceptiemiddel waren voor de Royal College of General Practitioners de reden om een prospectief onderzoek te beginnen, waarbij uiteindelijk 23.000 pilgebruiksters vergeleken werden met 23.000 niet-pilgebruiksters. Na een aantal *pilot studies* startte het project in 1968. In 1974, 1977 en 1981 verschenen rapporten over de bevindingen, conclusies en adviezen over het gebruik van de orale anticonceptiemethode. De belangrijkste conclusie uit het rapport van 1974 was dat de oestrogene stoffen in de pil verantwoordelijk zijn voor de thrombo-embolische complicaties en dat een verlaging van de oestrogenendosis mogelijk en wenselijk was. De sub-50 pil werd geïntroduceerd en aanbevolen.²

Het verslag van 1979 baarde meer opzien. Pilgebruik zou bevorderend werken op het ontstaan van cardiovasculaire ziekten. Een oversterfte bij pilgebruiksters in vergelijking tot niet-pilgebruiksters leek aantoonbaar. Het vergrote risico zou afhankelijk zijn van de volgende factoren: de leeftijd van de vrouw, de rookgewoonte en de duur van het pilgebruik. Vooral in de categorie rokende vrouwen die ouder zijn dan 35 jaar, en al een aantal jaren de pil gebruiken, leek het risico te zullen overlijden aan cardiovasculaire aandoeningen, duidelijk vergroot.³ Hieruit volgde het advies deze categorie vrouwen de voortzetting van het pilgebruik te ontraden.^{4, 5}

Na voortgezette registratie en hernieuwde analyse bevestigde het rapport van 1981 de in 1977 genoemde risico's van de combinatie roken en pilgebruik, maar zwakte het risico van langdurig pilgebruik af, evenals de leeftijdsafhankelijkheid van de complicaties.⁶

Uit andere studies ontstaat de indruk dat aard en dosering van de gestagene stoffen in de pil invloed hebben op de cardiovasculaire aandoening aan de arteriële zijde van het vaatstelsel, hypertensie, ischemische hartziekten en cerebrovasculaire aandoeningen.^{7, 8} Behalve deze epidemiologische gegevens zijn er ook klinisch-chemische bevindingen die de beïnvloeding van het

vaatstelsel door gestagene stoffen suggereren, namelijk de verschuivingen die ontstaan in de lipidenstofwisseling.⁹

Het HDL-cholesterol in het serum is onder normale omstandigheden een indicator voor het risico op hart- en vaatziekten. Verhoging is gunstig, verlaging ongunstig. De gestagene stoffen in de pil beïnvloeden de hoogte van het HDL-cholesterol in het serum. Welke verdere verschuivingen daardoor in het hele vetmetabolisme ontstaan, is nog niet duidelijk, evenmin welke consequenties hieruit getrokken mogen worden voor de cardiovasculaire risico's. Geloven wij echter de reclame van de industrie, dan lijkt het alsof met de combinatie van inzichten uit epidemiologische en klinisch-chemische onderzoeken de problemen rond de bijwerkingen en complicaties van de pil zijn opgelost. De slogans zijn bekend: „De pil was toch nog te verbeteren”, „volmaakt natuurlijke nabootsing van de cyclus van de vrouw”.

Een nieuwe pil-ideologie is daardoor ontstaan, waarbij volgens de algemene trend van dit moment de beïnvloeding van de lipidenstofwisseling het centrale thema is. In werkelijkheid beruiste deze zogenaamde verbeteringen slechts op theoretische bespiegelingen, waarbij gegevens uit het klinisch-chemisch onderzoek worden geïnterpreteerd tegen de achtergrond van epidemiologische onderzoeksbevindingen. Kenmerkend voor deze nieuwe pil-ideologie lijkt ook een veranderde wijze van klantenwerving te zijn. Hamerlynck schrijft hierover: „De combinatie-pil is thans in de fase van de 'snufjes' beland en de agressieve publiciteit gericht op de artsen (de 'dealers') is begonnen en kost kapitalen. Soms is een lichte verschuiving te merken van 'pildealer' naar 'merkdealer' en zelfs zeer hoog geplaatste 'dealers' lijken zich hiervoor niet te schamen. De industriële reclame houdt zich hierbij aan geen grenzen en grijpt over de hoofden van de artsen naar hun patiënten via officiële kanalen zoals in een uitzending van het NOS-journaal medio november 1981.”¹⁰

Het is van belang deze veranderde werkwijze van de industrie hier te signaleren. De huisarts is immers de grootste pildealer. De samenhang tussen het gebruik van orale anticonceptieva en het ontstaan van kanker wordt hier buiten beschouwing gelaten. Enige duidelijke samenhang is nooit aangetoond, ook niet in de recente publicaties van *the Lancet*.^{11, 12} Offerhaus en Hamerlynck schreven hierover een commentaar onder de titel: *Kanker en de pil; de berg die een muis baarde*.¹³

onzeker maken en het bijdragen aan een zinloze fixatie aan een vroegtijdige kankerdetectie is al voldoende geschreven. Een discussiepunt is, in hoeverre preventief onderzoek bij pilgebruikers van de oudere leeftijdsgroepen moet geschieden; de cervixsmear vanaf 25 jaar en na het dertigste jaar toch ook borstsonderzoek met het accent op de instructie van het zelfonderzoek? Staat een dergelijk onderzoek niet los van het al of niet co-incident zijn van pilgebruik? Heeft een even oude niet-pilgebruikster niet evenveel recht op dit screeningsonderzoek? En als de echtgenoot van de pilgebruikster zich laat steriliseren, wordt de driejaarlijkse routine van de portiosmear dan beëindigd?

Naar mijn mening vraagt deze materie meer om een uitspraak over de preventieve taken van de huisarts dan over de inhoud van de pilcontrole. Valt deze uitspraak positief uit – en dat hoop ik – dan vervalt het verschil tussen pilgebruiksters en niet-gebruikende leeftijdgenoten, en is daarmee de discussie over de inhoud van de pilcontrole opgelost. Meijman beschrijft in 1980 in een zeer lezenswaardig artikel wat de inhoud van de pilcontrole zou moeten zijn. Naast het vragen naar eventuele contra-indicaties voor pilgebruik stelt hij als lichamenlijk onderzoek voor: bloeddrukmeting, bepaling van het lichaamsgewicht, onderzoek van de mammae en speculumonderzoek met eventueel het afnemen van een smear en toucher. Aanvullend laboratoriumonderzoek zou moeten bestaan uit onderzoek van de urine op albumen en glucose en bij doorgeemaakte leverziekten bepaling van de leverfuncties.¹⁹ Naar mijn mening gaat het bij dit onderzoek meer om algemene screeningsactiviteiten, waar alleen de pilgebruikster profijt van heeft. Een causaal verband met het risico van pilgebruik is volgens de huidige inzichten niet aanwezig.

Wat de beschouwing van Meijman zo boeiend maakt, is de geheel andere setting waarin de pilcontrole komt door zijn benadering. Pilgebruikster en huisarts maken als het ware een soort contract op. De contra-indicaties bij pilgebruik worden nagegaan door de huisarts en hij doet het (zeer) beperkte medische onderzoek. Hij geeft een toelichting op het pilgebruik, beantwoordt de bestaande vragen en verklaart zich ook voor de toekomst bereid uitleg over de pil of

over anticonceptie in het algemeen te geven.

Bij de eerste controle na drie maanden wordt het door de pilgebruikster meer gewaardeerd, als naar haar persoonlijke ervaringen en eventuele vragen wordt geïnformeerd, dan als een strikt medisch programma wordt afgehandeld. Als na de eerste twee controles, drie en negen maanden na het begin van de pil, geen contra-indicaties voor pilgebruik bekend zijn geworden en de gebruikster inmiddels voldoende over de pil geïnformeerd is, zou op initiatief van de arts geen verdere afspraken meer gemaakt moeten worden. Het meten van de bloeddruk kan aan de assistente gedelegeerd worden bij de iteratie van de pil. Bij de oudere leeftijdsgroep kan tijdens de portioscreening geïnformeerd worden naar het continueren van het pilgebruik.

Welke argumenten resteren er nu om de receptplicht voor de pil te handhaven?

- Het beoordelen van medische contra-indicaties (die bij jongere gebruiksters uiterst zeldzaam zijn). Bij oudere gebruiksters is hormonale anticonceptie gecontraïndiceerd bij enige aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, oestrogeengevoelige tumoren, levercirrose en verhoogde tromboseneiging.

- Het geven van deskundige en gedoseerde informatie over geboortenregeling, aangepast aan de behoefte, het niveau en de leefsituatie van de vrouw en haar partner, is een basistaak van de huisarts.

- Een werkzaam medicament dient onder medische controle te worden toegepast, het signaleren en registreren van complicaties blijft daardoor mogelijk.

- Voor de orale anticonceptie lijkt het handhaven van de receptplicht nog meer van belang dan voor de andere medicamenten. Indien de arts als „dealer” zou wegvallen zou de industrie zich ongetwijfeld rechtstreeks tot de consument wenden. De tijd is dan niet ver meer, dat de huisarts op de STER-reclame verneemt dat zijn patiëntes wordt aangeraden de nieuwe vijf-fasen pil te slikken met de unieke gestagenstof „vesselclean”. Daarmee zou een voor Nederland volstrekt nieuwe situatie ontstaan dat een medicament, met voorbijgaan aan de behandelende arts, rechtstreeks aan de consument wordt aanbevolen.

¹ Jordan WM. Pulmonary embolism. *Lancet* 1961; ii: 1146-7.

² Royal College of General Practitioners. *Oral contraceptives and health*. London: Pitman, 1974.

³ Beral V. Mortality among oral contraceptive users. *Lancet* 1977; ii: 727-31.

⁴ Vessey MP, McPherson K, Yeates D. Mortality in women on oral contraceptives [Letter]. *Lancet* 1977; ii: 757.

⁵ Haspels AA, Kremers J. De anticonceptie-pil. *Ned Tijdschr Geneesk* 1976; 120: 1274-7.

⁶ Royal College of General Practitioners. *Oral contraception study. Further analyses of mortality in oral contraceptive users*. *Lancet* 1981; i: 541-6.

⁷ Meade TW, Greenberg G, Thomson SG. Progestogens and cardiovascular reactions associated with oral contraceptives and a comparison of the safety of 50- and 30 microgr. oestrogen preparations. *Br Med J* 1980; i: 1157-61.

⁸ Kay CR. The happiness pill. *JR Coll Gen Pract* 1980; 30: 8-10.

⁹ Arntzenius AC, Gent CM, Voort H van der, Stegerhoek CL, Styblo K. Reduced high-density lipoprotein in women aged 40-41 using oral contraceptives. *Lancet* 1978; i: 1221-3.

¹⁰ Hamerlynck JVThN. Nieuwe ontwikkelingen in de hormonale anticonceptie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 2018-21.

¹¹ Pike MC, Henderson BE, Krailo MD, Duke A, Roy S. Breast cancer in young women and use of oral contraceptives: possible modifying effect of formulation and age of use. *Lancet* 1983; ii: 926-9.

¹² Vessey MP, Lawless M, McPherson K, Yeates D. Neoplasia of the cervix uteri and contraception: a possible adverse effect of the pill. *Lancet* 1983; ii: 930-4.

¹³ Offerhaus L, Hamerlynck JVThN. Kanker en de pil; de berg die een muis baarde. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 78-80.

¹⁴ Bekkering PG. Pillenpraet. *Huisarts en Wetenschap* 1966; 19: 288.

¹⁵ Bekkering PG. Kompas voor de huisarts 1978; II(3): 9.

¹⁶ Meuwissen JHJM. De „andere” voordelen van de pil. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1294-7.

¹⁷ Moors JPC. Van gezinsregeling naar helpen bij seksuele moeilijkheden. In: *Holland naar de horizon*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1979.

¹⁸ Janssens J, Dijkstra JC. Orale anticonceptie en hypertensie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1976; 120: 2166-8.

¹⁹ Wibaut FP. De frequentie van gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 2230-1.

²⁰ Meijman F. De pilcontrole. Zin en onzin van een routine handeling in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23: 92-9.

J. HULS

De anticonceptiepil moet vrij verkrijgbaar zijn

In de receptplicht bij het gebruik van orale anticonceptie zit een groot stuk bevoogding, en dat geldt a fortiori ten aanzien van de onderzoekplicht. Nu we de risico's van het pilgebruik kennen, is het onjuist en zelfs verwerpelijk om vrouwen te dwingen, voor een zo veilig middel naar de dokter te gaan. Toch heeft de huisarts wel degelijk een taak bij geboortenregeling in het algemeen en bij pilgebruik in het bijzonder. Dat is echter een adviserende taak, waarbij het aan de vrouw is of zij om een advies vraagt, en vervolgens of zij een dergelijk advies al dan niet opvolgt.

Grote zorgen

Toen in het begin van de zestiger jaren de anticonceptiepil in Nederland verkrijgbaar werd, baarde dat vele mensen en vooral artsen grote zorgen. Wat ging er nu gebeuren? Gezonde mensen gingen „medicijnen” slikken en dan nog wel hormonen ook. Daar moest narijheid van komen, dat kon niet zomaar worden toegestaan. Zelfs hooggeleerde heren (onder anderen Prof. Defares) waarschuwden tegen deze gevaarlijke ontwikkeling.

Na ampele discussie werd toen besloten, dat een dergelijk middel alleen verkocht mocht worden in een apotheek en dan nog alleen op recept van een arts. Deze arts moest de betreffende vrouw onderzoeken, begeleiden en controleren. In principe ging de vrouw hiervoor naar haar huisarts.

Zeker in die tijd waren er vrij veel huisartsen die op principiële gronden weigerden aan geboortenregeling in het algemeen of aan deze vorm van geboortenregeling in het bijzonder mee te werken. In die gevallen was de vrouw aangewezen op artsen van bureaus van de Rutgers-stichting of van Poliklinieken voor Geboortenregeling. Ik spreek nadrukkelijk over geboortenregeling en niet over geboortenbeperking: „birth-control is having children by choice, not by chance.”

De Nederlandse huisartsen moesten vrouwen die de anticonceptiepil wilden (gaan) gebruiken, dus onderzoeken en

controleren. Maar wat deze huisartsen dan moesten onderzoeken en controleren, wist niemand. Aangezien het ging om geslachtshormonen, werd verwacht dat de risico's zouden liggen op het gebied van de geslachtsorganen en dat er analogie zou bestaan met zwangerschap. De (ouderwetse) pilcontrole toonde dan ook grote gelijkenis met zwangerschapscontrole: gewicht, urine (albumen + reductie), bloeddruk en onderzoek van de uterus.

Twintig jaar verder

Inmiddels zijn we twintig jaar verder en heeft met name het grote onderzoek van de Engelse Royal College of General Practitioners een schat aan gegevens over het gebruik van de anticonceptiepil opgeleverd. Er bleken onverwachte voor- en nadelen aan verbonden te zijn. Zo bleken trombose en waterpokken bij pilgebruiksters meer voor te komen. Goedaardige mammatumoren en reumatoïde artritis bleken bij pilgebruiksters minder vaak voor te komen. De belangrijkste resultaten van dit grote Engelse onderzoek waren, dat:

– de risico's niet, zoals men verwacht had, lagen op het gebied van de geslachtsorganen, maar op het gebied van hart en bloedvaten;

– het aantal complicaties procentueel gezien bijzonder laag was en de anticonceptiepil dus eigenlijk een bijzonder veilig middel bleek te zijn.

Terecht schreef de Amerikaanse socioloog Fredericksen: het zou voor de

volksgezondheid beter zijn, als de pil in de automaat ging en een pakje sigaretten op doktersrecept. Waarom wordt deze inmiddels alom bekende uitspraak niet serieus genomen? Er zijn (waren) bij de drogist middelen (vrij) verkrijgbaar, die misschien wel meer schade veroorzaakt hebben, zoals aspirine, phenacetine, Entero-Vioform, etc.

In de „recept-plicht” en a fortiori in de „onderzoek-plicht” zit een groot stuk bevoogding. Twintig jaar geleden lag dat anders. Toen wisten we nog niet welke risico's het pilgebruik zou meebrengen. Maar nu we die risico's wel kennen, is het onjuist, zelfs verwerpelijk, om vrouwen te „dwingen” voor een zo veilig middel naar de dokter te gaan, laat staan zich te laten onderzoeken. We moeten niet onderschatten wat het voor een vrouw betekent om „gynaecologisch” te worden onderzocht. Het zou mij niets verbazen als de vrouwenbeweging hiervan een punt zou maken, als zij zich realiseert, dat een dergelijk onderzoek niet nodig is (als de vrouw tenminste geen klachten heeft).

Toch een taak

Toch heeft een (huis)arts wel degelijk een taak bij geboortenregeling in het algemeen en bij pilgebruik in het bijzonder. Dit is echter een adviserende taak, waarbij het aan de vrouw is of zij zijn advies vraagt en opvolgt. Wij moeten af van het paternalistische standpunt, dat wij weten wat goed voor de mens is. Het wordt de hoogste tijd, dat wij artsen van het voetstuk af komen, waarop patiënten ons in het verleden hebben geplaatst en waarop wij ons in het verleden hebben laten plaatsen. De verantwoordelijkheid voor iemands gezondheid ligt in eerste (en in laatste) instantie bij die persoon zelf. Patiënten en (nog) niet-patiënten kunnen ons om advies vragen. Het is onze taak om door scholing en nascholing ervoor te zorgen, dat wij zo goed en up to date mogelijk advies kunnen geven en de informatie kunnen verzamelen om dat advies te kunnen geven.

Voor de anticonceptiepil betekent dit, dat er in het algemeen (TV, week- of maandbladen, etc.) objectieve, genuanceerde, wetenschappelijk verantwoorde voorlichting moet worden gegeven. In het bijzonder betekent dit, dat bij de vrijverkrijgbare anticonceptiepil een

bijsluiter wordt gevoegd, die aanraadt:
– om voor het gebruik ervan met een arts te overleggen of dit voor deze vrouw wel de meest aangewezen vorm van geboortenregeling is;
– om voor het gebruik ervan en vervolgens elk half jaar de bloeddruk (en misschien in de toekomst nog andere factoren) te laten meten;
– om bij klachten een arts te raadplegen.

Of de vrouw dit doet is *haar* verantwoordelijkheid en deze verantwoordelijkheid mogen wij niet overnemen en nog minder afdwingen, zeker niet nu de anticonceptiepil zo veilig blijkt te zijn.

Minderjarige meisjes

Door de receptplicht zal een groot aantal vooral minderjarige meisjes niet of pas te laat de pil gaan gebruiken. Helaas zijn er nog steeds veel minderjarige meisjes, die bang zijn voor het „verplichte” gynaecologisch onderzoek en, wat zo mogelijk nog erger is, vrezen dat

de huisarts de ouders zal inlichten. Bij een steekproef onder niet samenwonende, ongehuwde jongeren van 17-24 jaar bleek dit voor 6,9 procent van hen de reden te zijn om geen deugdelijke anticonceptie toe te passen. En het is juist deze leeftijdsgroep waarvoor de risico's van pilgebruik het geringst zijn.

Er zijn vele soorten pillen, zoals er vele soorten analgetica zijn. De een kiest voor Aspirine, de ander voor Saridon. Zo is het bij de pil ook.

In principe zal men beginnen met een sub-50-pil (voorlichting massamedia). Het maakt niet uit welke sub-50-pil, daarvoor zijn de verschillen te weinig significant en te inconsistent. Bovendien zijn deze verschillen de gemiddelde (huis)arts niet bekend.

Treden er bij het gebruik van een willekeurige sub-50-pil klachten op, dan kan de vrouw haar huisarts consulteren en kan het zijn, dat beiden tot de conclusie komen, dat een 50-pil voor deze vrouw beter is (waarbij het in het algemeen weer nauwelijks uitmaakt welke 50-pil).

Oneigenlijk gebruik

Er wordt nog weleens beweerd, dat de pilcontrole dient als toegangspoort voor het bespreekbaar maken van relationele of seksuele problemen.

Dit is een oneigenlijk gebruik van de pilcontrole. Ook hier speelt weer de bovengenoemde paternalistische houding een rol. Als dit een algemeen aanvaard principe zou zijn, zouden talrijke huisartsen iets pretenderen dat boven hun kunnen ligt (voetstuk!). Dan zou de scholing en nascholing van huisartsen op het gebied van relatieproblematiek en seksualiteit moeten worden uitgebreid. De (mondige) vrouw zou ongevraagd vragen van de huisarts over deze onderwerpen als impertinent van de hand kunnen wijzen. De attitude van de huisarts dient zodanig te zijn, dat zijn „patiënte” aanvoelt dat zij over relatieproblemen en seksualiteit met hem kan spreken, onafhankelijk van het feit of zij voor anticonceptie komt, en onafhankelijk van de methode waaraan zij de voorkeur geeft.