

Een consensusprocedure over de pilcontrole

A. J. B. I. SIPS EN H. F. J. M. CREBOLDER

Met behulp van een consensusprocedure is geprobeerd de kennis van een groep deskundigen ten aanzien van de pilcontrole te bundelen en vervolgens beleidsadviezen te formuleren. De belangrijkste conclusies zijn: de pilcontrole moet worden ontdaan van alle onnodige medische begeleiding en het accent dient te liggen op adviseren en begeleiden. Het grootste deel van de controletaken en de adviesfunctie zou gedelegeerd kunnen worden aan de praktijkassistente. In de voorlichting aan (aanstaande) pilgebruikers dient nadrukkelijker dan tot nu toe te worden ingegaan op het zinloze van lichamelijk onderzoek bij een pilcontrole. Uit de praktijk is inmiddels gebleken dat het voor veel vrouwen een opluchting is dat dit – door velen als onaangenaam ervaren – onderzoek overbodig is gebleken.

Inleiding

Het medisch handelen van de huisarts is gebaseerd op een stelsel van routines en argumentaties. Dit stelsel is slechts ten dele wetenschappelijk onderbouwd; het berust voor een belangrijk deel op traditie, gewoonten en inzichten die zijn verworven tijdens studie, beroepsuitoefening en nascholing. Als gevolg hiervan bestaat er vaak een grote spreiding in het beleid van huisartsen bij het oplossen van identieke hulpvragen. In sommige gevallen is de oorzaak hiervan het ontbreken van duidelijke richtlijnen, terwijl die wel geformuleerd zouden kunnen of moeten worden.

Bij hun contacten met diverse groepen huisartsen hebben de stafleden van de Stichting Toetsing Huisartsen (STH) ervaren dat bij huisartsen behoefte bestaat aan duidelijk geformuleerde richtlijnen voor bepaalde praktijksituaties. Dit geldt met name voor veel voorko-

mende hulpvragen, waarbij het ontbreken van een uniform beleid als storend wordt ervaren. Daarom werd besloten dat de STH een begin zou maken met het formuleren van dergelijke richtlijnen, met als doelstellingen:

- vermindering van de vrijblijvendheid en inconsistentie in de beroepsuitoefening;
- professionalisering van de beroepsuitoefening door de huisarts.

Bij het kiezen van onderwerpen die in aanmerking komen voor een kritische beoordeling, werden de volgende criteria gehanteerd:

- het moet gaan om een onderwerp c.q. huisartsgeneeskundig probleem waarmee de huisarts frequent te maken heeft;
- er moet een duidelijke divergentie en inconsistentie bestaan in het handelen van huisartsen in deze situatie;
- het ontbreken van richtlijnen of een gemeenschappelijke visie wordt binnen de beroepsgroep ervaren als een handicap;

Een van de onderwerpen die voldeed aan deze voorwaarden, was het pilcontrole-beleid. De pilcontrole is voor huisartsen een dagelijkse verrichting en in de praktijk is op dit gebied een toenevende divergentie en inconsistentie ontstaan. Over het onderwerp is bovendien reeds enige tijd een discussie gaande. Veel huisartsen zeggen bij de pilcontrole defensief te handelen: men handelt anders dan men zou willen handelen, omdat men anders narigheid vreest.

Aldus werd besloten een consensusprocedure te starten over de pilcontrole om zo te komen tot het formuleren van richtlijnen voor een adequaat beleid.

Methode

Voor de beoogde doelstelling, het verzamelen van meningen over de verschillende aspecten van het pilcontrole-beleid, het formuleren van een consensus tekst en het opstellen van richtlijnen en adviezen, is de Delphi-methode een geschikte werkwijze. Globaal komt deze methode hierop neer:

Een aantal deskundigen wordt uitgenodigd deel te nemen aan enige schriftelijke commentaarronden. Iedere deelnemer wordt persoonlijk benaderd en weet niet wie de andere leden van de groep zijn.

De eerste ronde bestaat uit een inventarisatie van onderwerpen en aspecten van het probleemveld. Deze worden samengevat en voor commentaar opnieuw rondgestuurd. Bij controversiële punten worden verschillende standpunten genoemd en wordt gevraagd daarover opnieuw een oordeel te formuleren.

Na enige commentaarronden wordt steeds duidelijker waarover binnen de groep consensus bestaat en over welke punten geen overeenstemming is. Er wordt dan een slotverklaring opgesteld, waarin de gemeenschappelijke en controversiële punten worden genoemd, inclusief de bijbehorende argumentatie. Het beleid dat vervolgens wordt voorgesteld, is niet alleen gebaseerd op wetenschappelijke feiten, maar ook op visies, bijvoorbeeld op de taak en functie van de huisarts. Ook deze uitgangspunten of visies maken deel uit van het proces van consensusvorming en dienen als zodanig te worden vermeld.

Voor de samenstelling van een consensuspanel bestaan formele regels, die moeten voorkomen dat de conclusie al op voorhand wordt beïnvloed door een eenzijdige samenstelling. Wij hebben gevraagd aan het NHG, de universitaire huisartseninstituten, besturen van nascholingsstichtingen en redacties van tijdschriften ons te berichten, wie bij hen bekend waren als deskundigen c.q. auteurs over het onderhavige onderwerp. Verschillende namen werd daarbij een aantal keren genoemd. Uiteindelijk werden vijftien deskundigen aangeschreven, die allen bereid waren deel te nemen aan de procedure.

Eerste ronde

In de eerste ronde werd een korte introductie gegeven op de doelstelling van het project en werden de volgende vragen voorgelegd aan de panelleden:

- *Bij een eerste gesprek over het gebruik van orale anticonceptie:*

1. Welke onderwerpen moeten aan de orde komen en waarom?
2. Welke (relatieve) contra-indicaties bestaan er voor pilgebruik?
3. Welk onderzoek is nodig en waarom?
4. Welke overwegingen spelen een rol bij de keuze van een pilpreparaat?

De deelnemers aan deze consensusprocedure waren: Dr. P.G. Bekkering, Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder, mw. D.M. Dukkens van Emden, mw. A.M. Emans, Dr. J.A.E. van der Feen, J. Huls, mw. A.J.L. van Kessel, mw. A.L.M. Lagro-Janssen, F.J. Meijman, Dr. J.P.C. Moors, mw. M. Moors-Mommers, Dr. J.W. van Ree, Dr. A.J.B.I. Sips, mw. H. Wemekamp, Dr. F.P. Wibaut.
Correspondentie: Dr. A.J.B.I. Sips, Helvoirtseweg 183a, 5263 EC Vught.

5. Welke adviezen en richtlijnen zijn noodzakelijk?
6. Welk beleid wordt gevoerd ten aanzien van vervolfgafspraken?

• *Bij controle-afspraken:*

7. Welke onderwerpen moeten aan de orde komen en waarom; welk onderzoek is nodig en waarom; welke adviezen en richtlijnen zijn noodzakelijk; welke aanvullingen en commentaar heeft u op de gestelde vragen?

De algemene conclusies uit de eerste commentaaronde waren:

1. De huisarts is doorgaans redelijk goed geïnformeerd over de voorgeschiedenis van zijn patiënten en het eventuele gebruik van andere medicamenten, waardoor de meeste relatieve contra-indicaties bekend zijn. Indien de menarche heeft plaatsgehad, is verdere informatie over het verloop van de cyclus niet meer van belang, omdat een irregulaire cyclus op jeugdige leeftijd geen contra-indicaties is voor pilgebruik.

2. Contra-indicatie voor pilgebruik zijn oestrogeengevoelige tumoren, het mammacarcinoom en het endometriumcarcinoom. Enkele deelnemers noemen ook cardiovasculaire aandoeningen, trombo-embolische processen en leveraandoeningen. Er was nog geen overeenstemming over de vraag, welke tensiewaarden bij welke leeftijd nog met pilgebruik gecombineerd mogen worden, over varicosisklachten en over het beleid bij bekende migraineklachten of een familiale belasting daarvoor.

3. Controle van de bloeddruk bij het begin van het pilgebruik werd door alle deelnemers als noodzakelijk beschouwd, maar sommigen merkten op dat al het bloeddruk-meten bij jonge vrouwen nog nooit aanleiding was geweest om hun beleid ten aanzien van de pil te veranderen. Vaginaal toucher en speculumonderzoek werden door alle deelnemers als overbodig beschouwd. Als argumenten waarom deze onderzoeken wel plaatsvonden, werden genoemd: al jaren bestaande routine en de verwachtingen en wensen van de (aanstaande) pilgebruiksters. Er werden geen medische argumenten genoemd.

Enige deelnemers hechtten aan het bepalen van het lichaamsgewicht om de gewichtsstijging te kunnen objectiveren. De meesten achtten dit niet van belang en vonden dat er geen medische redenen zijn het lichaamsgewicht te controleren en dat dit onder de zelfzorg valt. Enige deelnemers noemden het borstsonderzoek en/of instructie van

zelfonderzoek als onderdeel van de eerste of volgende pilcontroles. Dit punt bleek erg controversieel en kwam terug in de volgende commentaaronde.

4. Ten aanzien van de keuze van het preparaat geven alle ondervraagden de voorkeur aan het voorschrijven van een sub-50 combinatiepil of drie-fasen pil. Er zijn geen argumenten om aan een bepaald preparaat de voorkeur te geven. De theoretische verhalen van oestrogeen- of gestageen-geaccentueerde pilpreparaten die bij bepaalde indicaties horen, blijken in de praktijk niet te kloppen. Ook de bewering dat de beïnvloeding van het HDL cholesterol gunstige effecten zal hebben op het voorkomen van cardiovasculaire aandoeningen, is nooit door enig onderzoek gestaafd en wordt afgedaan als reclame.

5. Ten aanzien van het geven van richtlijnen en adviezen was er een duidelijke spreiding in de antwoorden, van zeer globale voorlichting met het beantwoorden van eventuele vragen tot zeer gedetailleerde uitleg over de werking van de pil en aandacht voor het beleven van de seksualiteit. Verschillende voorlichtingsfolders werden hiervoor gebruikt.

6. Wat betreft het controlebeleid zijn allen het er over eens dat na drie maanden een vervolgsconsult moet plaatshebben.

7. Het beleid daarna loopt uiteen van verder elk half jaar tot in principe uitsluitend controles op initiatief van de gebruikster, bij vragen of problemen. Het onderwerp vervolgsconsult-beleid komt in de volgende ronden terug.

Bij het eerste vervolgsconsult dient de nadruk te liggen op de ervaring met het pilgebruik en de behoefte aan verdere informatie. Indien de bloeddruk na het begin van het pilgebruik nog niet is gemeten, vindt een tweede meting plaats. Verder onderzoek is in principe niet geïndiceerd; dat geldt met name voor het vaginaal toucher en het speculumonderzoek.

Tweede ronde

Vragen die in de tweede ronde onder andere aan de orde kwamen waren:

8. Welk beleid moet gevolgd worden bij roken?

9. Welke bloeddrukwaarden zijn contra-indicaties? Is een bij twee metingen normale bloeddruk voldoende reden om van verdere bloeddrukcontrole af te zien?

10. Welke leverziekten zijn contra-indicaties?

11. Zijn het voorkomen van cardiovasculaire ziekten en trombo-embolische

processen in de anamnese contra-indicaties? Zijn spataderen een (relatieve) contra-indicatie?

12. Moet bij de pilcontrole een portiomear worden afgenomen?

13. Welke adviezen zijn reëel ten aanzien van de instructie voor borstzelfonderzoek?

14. Is gestandariseerde instructie nuttig?

15. Is het stoppen van routinecontrole na twee consulten verantwoord?

De volgende conclusies werden geformuleerd naar aanleiding van de ontvangen commentaren:

8. De combinatie roken en pilgebruik wordt nog steeds beschouwd als een verhoogd risico voor cardiovasculaire complicaties en moet worden ontraden.

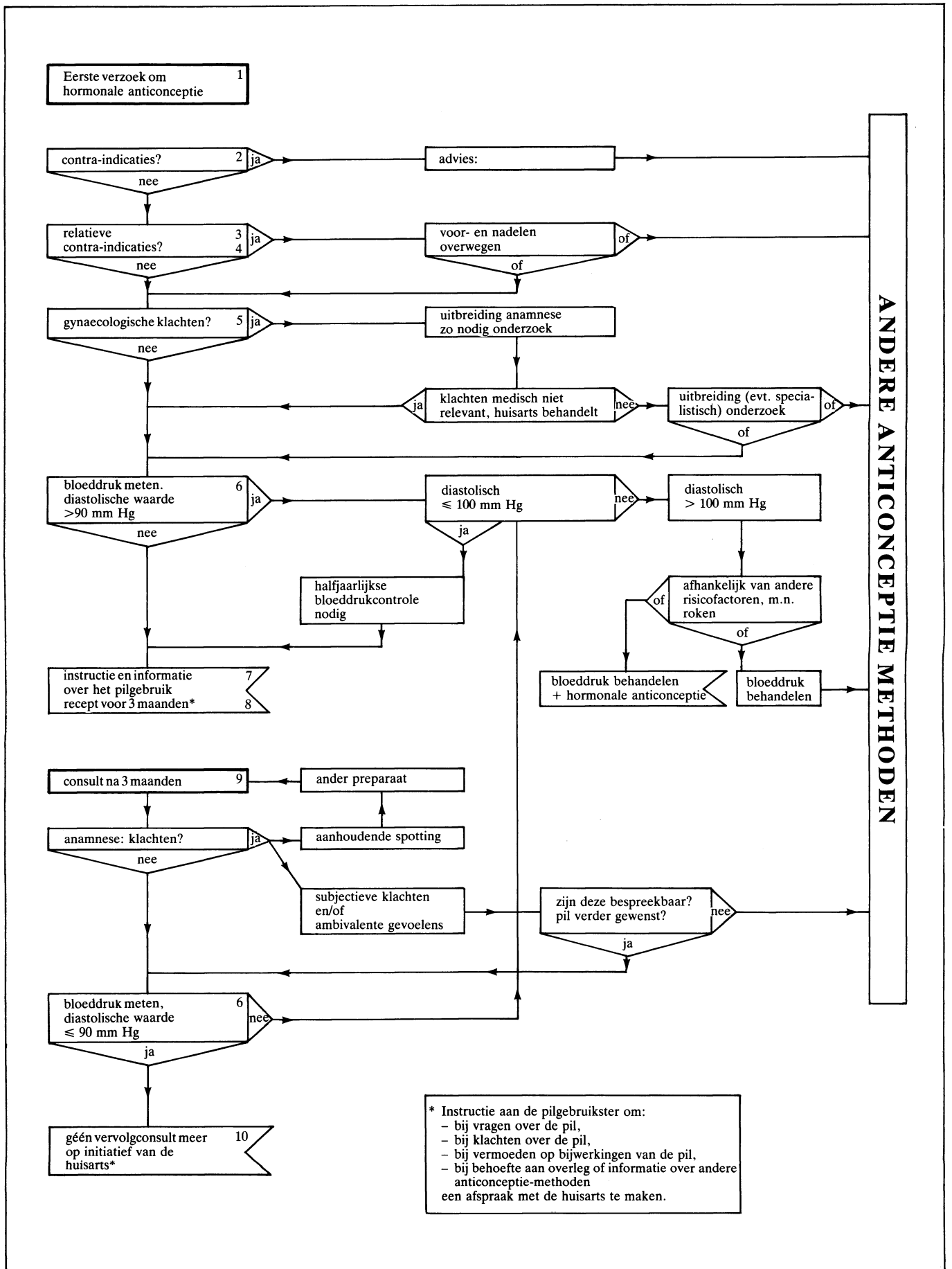
9. De vochtretentie die in meerdere of mindere mate ten gevolge van pilgebruik ontstaat, kan leiden tot een geringe verhoging van de diastolische bloeddruk, die na stoppen met de pil weer verdwijnt. Er zijn geen aanwijzingen dat pilgebruik hoge bloeddruk veroorzaakt of een bestaande verhoogde bloeddruk verder ongunstig beïnvloedt. Indien twee keer een normale bloeddruk is gemeten, is verdere halfjaarlijkse controle niet nodig.

10. Een doorgemaakte virale hepatitis met normale leverfuncties is geen contra-indicatie. Idiopathische zwangerschapsicterus en cirrotische processen worden wel als contra-indicaties beschouwd. Stoornissen in de lipidenstofwisseling zijn risicofactoren voor cardiovasculaire ziekten. Onder invloed van pilgebruik kunnen zich verschuivingen voordoen in het lipidenpectrum. Er is geen enkel bewijs dat deze kunstmatige verschuiving een gunstig of ongunstig effect heeft op het risico voor cardiovasculaire aandoeningen. Behalve in combinatie met roken wordt pilgebruik niet meer als risicofactor beschouwd voor hart- en vaatziekten.

11. Er was geen overeenstemming over het advies pilgebruik te ontraden aan vrouwen met cardiovasculaire ziekten in de anamnese. Ook in de literatuur is daarover geen eenstemmigheid.

Evenmin was er consensus over het advies om pilgebruik te ontraden na een doorgemaakte trombo-embolische aandoeningen. Na de introductie van de pil in de zestiger jaren werd al spoedig een relatie gelegd tussen pilgebruik en het optreden van trombo-embolische processen, zoals longembolieën en mesenteriale trombose. De huidige pilpreparaten beïnvloeden het stollingsmechanisme echter nauwelijks.

Figuur. Stroomdiagram: het beleid bij pilcontrole.



1. *Verzoek om hormonale anticonceptie.* Geïnformeerd is/wordt of ook andere methoden van anticonceptie zijn overwogen en of daarover nog vragen bestaan. De huisarts is alert op ambivalenties bij de keuze voor de pil en tracht deze bespreekbaar te maken.

2. *Contra-indicaties:*

- hormoonafhankelijke tumoren, mammacarcinoom en endometriumcarcinoom;
- vasculaire ziekten: doorgemaakt myocard of bestaande angina pectoris*, doorgemaakt cerebrovasculair accident of TIA; ernstige hypertensie, een diastolische waarde > 100 mmHg tijdens de behandeling;

- trombo-embolische ziekten: doorgemaakte longembolie, mesenteriale trombose en diepe veneuze trombose*;
- leveraandoeningen: idiopathische cholestatische hepatose, leverfunctiestoornissen ten gevolge van cirrose.

3. *Relatieve contra-indicaties:*

- matige hypertensie, een diastolische waarde < 100 mmHg tijdens behandeling;
- stoornissen in de lipidenstofwisseling en familiale belasting voor arteriosclerotische ziekten*;
- vrouwen die roken en ouder zijn dan 35 jaar;

- de combinatie van pilgebruik met andere medicamenten, zoals anti-epileptica.

4. *Niet als contra-indicatie worden beschouwd:*

- jeugdige leeftijd;
- geringe of als zodanig ervaren lengtegroei (groeiremming met oestrogenen is pas effectief indien een hoge dosis wordt toegepast, 200/Ug dagdosis);
- irregulaire cyclus;
- migraineklachten.

5. *Gynaecologische klachten of afwijkingen:*

- abnormale vaginale afscheiding vraagt om nader onderzoek;
- afwijkend bloedingspatroon, irregulariteiten in de cyclus, tussentijds bloedverlies en contactbloedingen vragen om gynaecologisch onderzoek en eventueel een portiosmear;
- een amenorroe-periode vraagt om de uitsluiting van een zwangerschap en een oriëntatie op eventuele endocriene stoornissen.

6. *Bloeddrukcontrole.* Hierbij wordt van de volgende richtlijnen uitgegaan:

- is de bloeddrukwaarde normaal - diastolisch 90mmHg - en wordt bij controle na drie maanden eveneens een normale waarde gemeten, dan is een frequente periodieke controle verder niet nodig;
- bij licht verhoogde diastolische waarde - 100mmHg - is een halfjaarlijkse bloeddrukcontrole nodig; een bloeddruk die verder stijgt, moet worden behandeld;

- bij een diastolische bloeddrukwaarde > 100 mmHg is behandeling geïndiceerd; het advies om al dan niet tot pilgebruik over te gaan bij deze bloeddrukwaarde, is ook afhankelijk van andere risicofactoren, zoals rookgewoonte en familiale belasting met vetstofwisselingsstoornissen en de reactie op medicamenteuze therapie.

7. *Instructie en informatie over het pilgebruik.* Instructie moet minimaal gegeven worden over de volgende punten:

- begin pilgebruik (de betrouwbaarheid is groter indien wordt begonnen op de eerste dag van de cyclus, maar de kans op spotting in de eerste cyclus is dan ook iets groter);
- betrouwbaarheid van de pil (hangt onder andere af van de regelmaat van innemen);

- wat te doen bij vergeten van de pil;
- eventueel optreden van spotting tijdens de eerste cycli pilgebruik;
- mogelijkheid van enige vochtretentie met als gevolg gewichtstoename;
- risico's van roken, met name in combinatie met pilgebruik;

- ontbreken van enig medisch belang van een routinematig gynaecologisch onderzoek (vaginaal toucher en speculum);

- de werkingswijze van de pil en andere effecten (naar behoefte) de huisarts informeert of hierover nog vragen zijn en geeft uitleg naar behoefte; daarnaast zijn er verschillende folders met gestandaardiseerde informatie; de behoefte hieraan is wisselend.

8. *Pilrecept en andere effecten (naar behoefte) de huisarts informeert of hierover nog vragen van de pil hebben laag-gedoseerde preparaten de voorkeur. Er is een gering verlies aan betrouwbaarheid ten aanzien van de zwaardere gedoseerde preparaten; de sub-50 pil veroorzaakt echter aanzienlijk minder bijwerkingen dan de zwaardere preparaten, die gebruikt werden ten tijde van de introductie van de pil. Bij onregelmatig innemen kan de betrouwbaarheid van de pil snel dalen; het voorschrijven van een 50-preparaat kan dan worden overwogen.*

Bij vrouwen in de premenopauze-periode en de jaren daarna heeft de pil, naast de werking van anticonceptie en cycluscontrole, het voordeel van oestrogensubstitutie; dat betekent bestrijding van menopauzale dervingsklachten en op langere termijn preventie van postmenopauzale osteoporose.

Er bestaat geen indicatie voor de step-up en de twee-fasen pilpreparaten die 50 mg ethinylestradiol bevatten. Er zijn geen vaste regels te geven op grond waarvan een bepaald pilpreparaat (gestageen of oestrogeen-geaccentueerd) voor een bepaalde vrouw de juiste keuze zou zijn. Het voorschrijven van een andere pil op grond van

ongewenste neveneffecten blijkt niet vaak nodig te zijn. Het voortduren van spotting, ook na drie maanden gebruik van een bepaald preparaat, is de meest voorkomende reden om te veranderen van preparaat. Ook hierbij geldt dat er geen vaste regels zijn voor de keuze van een ander preparaat. Herhaalde verzoeken om een ander preparaat voor te schrijven, berusten dikwijls meer op emotionele factoren dan op objectiveerbare bijwerkingen.

Lichaamsgewicht > 75 kg is geen reden om 50-pilpreparaten voor te schrijven.

9. *Consult na drie maanden pilgebruik.* Geïnformeerd wordt hoe het gegaan is, of er nog vragen zijn over het pilgebruik, en of er klachten zijn die eventueel een ander beleid nodig maken. Dit zijn de belangrijkste redenen voor dit contact. Aandacht wordt besteed aan de emotionele ervaringen en de beleving van de gebruikster, als die ter sprake worden gebracht. De bloeddruk wordt gecontroleerd en vergeleken met de uitgangswaarden. Vaginaal toucher en speculumonderzoek vinden in principe niet plaats, tenzij daar een indicatie voor bestaat. Ook ongerustheid of onzekerheid bij de pilgebruikster kan een indicatie zijn voor dit onderzoek. Het accent ligt dan vooral op uitleg en geruststelling.

10. *Geen vervolgsconsulten meer.* Nadrukkelijk is gekozen voor geen vervolgsconsulten op initiatief van de huisarts c.q. geen 'terugbestelbeleid'. Het initiatief tot contact wordt bij de gebruikster gelegd met een 'open-deurbeleid'.

Sommige deelnemers noemen hier de rol van de praktijkassistente, die belast kan worden met screeningstaken, zoals het meten van de bloeddruk; indien ze daarvoor geïnstrueerd is, kan zij tevens een belangrijke rol spelen bij de voorlichting, het beantwoorden van vragen en het herkennen van signalen bij het afgeven van een recept. Gezien de grote variatie die in ons land bestaat in de taak en positie van de praktijkassistente, is dit onderdeel van het protocol (nog) niet verder uitgewerkt.

Er is van afgezien aan te geven vanaf welke leeftijd controle wél nuttig of nodig zou kunnen zijn. Dit hangt ook af van de screeningsactiviteiten op hypertensie en portiocarcinoom in de oudere leeftijdsgroepen van de praktijkpopulatie. Het destijds gegeven advies om vrouwen met pilgebruik te laten stoppen bij 35 jaar (rooksters) c.q. 40 jaar (niet-rooksters) wordt nu screeningsactiviteiten op hypertensie en portioc van de pilcontrole en screenings- en GVO-activiteiten is hiervoor reeds van argumenten voorzien.

* Hierover bestond geen consensus.

Pilgebruik kan leiden tot vochtretentie en een verhoogde veneuze stase, waardoor bestaande varices of een aanleg daartoe zich nadrukkelijker kunnen manifesteren.

De vraag of de pilcontrole gebruikt mag worden als een kapstok voor screenend onderzoek en GVO-activiteiten gaf aanleiding tot discussie. Overwegingen hierbij waren:

12. Een screeningsprogramma moet een duidelijke doelstelling hebben bij een omschreven doelgroep en een onderzoeksstrategie die zoveel mogelijk systematisch moet worden afgehandeld. Gebruik maken van incidentele contacten als entree voor screeningsonderzoek heeft het risico dat een deel van de onderzoekspopulatie niet wordt bereikt, in dit geval de niet-pilgebruiksters in de doelgroep.

De leeftijdsopbouw van de groep pilgebruiksters en de doelgroep van een portio-screeningsprogramma hebben slechts een beperkte overlap. Uitstrijken alleen of in hoofdzaak bij de pilcontrole leidt ertoe dat bij voortdurende verkeerde groep wordt onderzocht en dan ook nog onnodig frequent. Dit geeft ten onrechte het gevoel dat er preventief screenend onderzoek wordt verricht. Het zou beter zijn de pilcontrole tot het uiterste minimum te beperken en de beschikbaar gekomen tijd en energie te spenderen aan systematische portio-screening bij de leeftijdsgroep die daarvoor het meest in aanmerking komt: vrouwen van 35-55 jaar.

13. Hetzelfde geldt voor onderzoek op borstkanker. Bij jonge vrouwen is de kans op borstkanker zeer gering; het is volstrekt zinloos screenend onderzoek te verrichten door palpatie van de borsten op jeugdige leeftijd. Benigne afwijkingen komen daarentegen frequent voor, ook op jeugdige leeftijd. Aansporing tot zelfonderzoek zal tot gevolg hebben dat een veelvoud van benigne aandoeningen gepresenteerd zal worden, met alle nasleep van dien: mammografie (die bij jongeren slecht is te beoordelen), puncties en biopsieën. Ook zal dit een aanzienlijke emotionele belasting met zich meebrengen voor deze leeftijdsgroep. Bovendien is het nog zeer de vraag of het bij deze leeftijd eerder ontdekken en behandelen van een maligniteit uiteindelijk een betere prognose geeft.

Het onnodig medisch aandacht geven aan voor hen (nog) niet relevante medische problemen maakt mensen onnodig onzeker en afhankelijk van dokters en heeft het risico iatrogene schade te ver-

oorzaken. Bovendien leidt het tot een inefficiënte besteding van de tijd van de hulpverleners en de middelen van de gezondheidszorg. De medische controle-aspecten van het pilgebruik dienen daarom tot een minimum beperkt te blijven.

De mening van het merendeel van de panelleden was dan ook dat de pilcontrole geen kapstok moet zijn voor screenend onderzoek en andersoortige voorlichtingsactiviteiten.

14. Binnen de groep was ook overeenstemming over de minimale informatie die de pilgebruikster moet worden gegeven bij het begin van het pilgebruik. Het gebruik van schriftelijke documentatie was zeer wisselend. Sommige deelnemers maakten er nooit gebruik van, bij anderen was het een wezenlijk onderdeel bij de voorlichting.

15. Controle-afspraken dienen eerder gebruikt te worden om op verzoek verdere informatie te geven over de pil dan als een medisch controlesysteem: na twee pilconsulten wordt de noodzaak voor vervolggconsulten meer bepaald door begeleidings- en voorlichtingsaspecten dan door medische overwegingen. Controle-afspraken op initiatief van de huisarts werden daarom uiteindelijk door alle deelnemers niet noodzakelijk geacht.

Stroomdiagram

Bij de laatste ronde werd een stroomdiagram met bijbehorende adviezen voorgelegd aan de deelnemers. Na enige kleine aanpassingen en toevoegingen werd daarover overeenstemming bereikt. Het stroomdiagram en de daarbij horende tekst zijn afgedrukt op de pagina's 176 en 177.

Conclusie

Met behulp van een consensusprocedure blijkt het mogelijk te zijn de kennis van een groep deskundigen te bundelen en beleidsadviezen te formuleren ten aanzien van een relevant huisartsgeneeskundig onderwerp, in casu de pilcontrole. De belangrijkste conclusies uit deze procedure zijn:

De pilcontrole moet ontgaan worden van alle onnodige medische begeleiding en het accent dient te liggen op adviseren en begeleiden. Het grootste deel van de controletaken en de adviesfunctie zou gedelegeerd kunnen worden aan de praktijkassistente. Bij de voorlichting aan (aanstaande) pilgebruiksters dient nadrukkelijker dan tot nu toe gewezen te worden op het zinloze van

lichamelijk onderzoek bij pilcontroles.

De voorgestelde verandering in het pilcontrole-beleid is niet eenvoudig te realiseren. Om de bestaande routine te veranderen, zal een algemene voorlichting aan de pilgebruiksters nodig zijn en dikwijls zal een individuele toelichting gewenst zijn. Tot verbazing van menig huisarts is inmiddels ook gebleken dat het voor veel vrouwen een opluchting is dat dit – vaak als onaangenaam ervaren – onderzoek overbodig is gebleken.

Literatuur

Een literatuurlijst is bij de auteurs verkrijgbaar.

Struikelblok

De rubriek Struikelblok bevat korte, anoniem gepresenteerde casuïstiek. Men kan daarbij denken aan struikelblokken op het gebied van diagnostiek en therapie, de communicatie met patiënten, het contact met specialisten en andere hulpverleners, of aan struikelblokken in een vertrouwd beleid. Lezers die zich door deze thema's voelen aangesproken, kunnen bijdragen inzenden (uiteraard *niet* anoniem) naar het redactiesecretariaat. Inzendingen mogen niet langer zijn dan één vel A4, getypt op anderhalve regelafstand.

Nota bene

Zoals alle 'normale' mensen hebben huisartsen – naast een behoefte aan veiligheid – een angst voor sleur en een behoefte aan avontuur, uitdaging en verandering. Deze behoefte vormt een belangrijke motor bij de implementatie van intercollegiale toetsing. Stelling bij: Grol RPTM. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

De vraag 'waarom komt deze patiënt nu met deze klacht bij mij?', is onder huisartsen veel meer gemeengoed geworden, dan de even noodzakelijke complementaire vraag 'wat kan en wil ik bij deze patiënt bereiken?'. Stelling bij: Tielens VCLMG. Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

Richtlijnen voor de pilgebruikster

Wat u moet weten als u met de pil begint

Wanneer u op de eerste dag van uw menstruatie met de pil begint, bent u meteen beschermd tegen het ontstaan van een zwangerschap.

U moet steeds drie weken de pil innemen en een week stoppen. In deze week kunt u een bloeding verwachten. Het kan ook zijn dat u in de stopweek zeer weinig of zelfs geen bloedverlies heeft. Daarover hoeft u de huisarts niet te raadplegen, tenzij u meent of vreest zwanger te zijn. Ook in deze pauze-week kunt u niet zwanger worden.

Het kan gebeuren dat u wat misselijk bent, gespannen borsten krijgt of tussendoor wat vloeit. Dat zijn verschijnselen die in de regel na de eerste maanden spontaan verdwijnen. Als u ook na enkele maanden tijdens het innemen van de pil tussendoor blijft vloeien, is dat reden voor overleg met de huisarts of de assistente.

Wij raden u aan de pil op een vaste tijd in te nemen; de kans op vergeten is dan klein.

Bent u de pil toch vergeten en is het nog geen 36 uur geleden dat u de laatste pil hebt ingenomen, dan kunt u de vergeten pil alsnog innemen. Wanneer het langer dan 36 uur geleden is, kunt u het beste contact opnemen met de huisarts of de assistente.

Braaken of diarree binnen twee uur na het innemen van de pil kunnen de betrouwbaarheid verminderen, doordat de pil niet in het lichaam wordt opgenomen. Als u andere medicijnen krijgt voorgeschreven, zeg dan tegen de arts dat u de pil gebruikt; bepaalde medicijnen kunnen de werking van de pil verminderen.

Roken en pilgebruik is een ongunstige combinatie. Probeer u als het enigszins kan te stoppen met roken.

Risico's van de pil

Ruim 25 jaar ervaring met miljoenen pilgebruiksters die geregeld werden gecontroleerd, heeft aangetoond dat de pil geen afwijkingen veroorzaakt aan baarmoeder, eileiders, eierstokken of schede. Er is dan ook geen reden om als routine inwendig onderzoek te verrichten bij vrouwen die de pil gebruiken.

De pil kan wel een lichte stijging van de bloeddruk veroorzaken. Dat gebeurt dan gedurende de eerste maanden van het pilgebruik. Het gewicht wordt soms iets hoger, onder andere doordat het lichaam meer vocht vasthoudt. Maar dit is geen medisch probleem.

De pil kan een aantal bijwerkingen hebben die van onschuldige aard zijn. Indien gewenst kunt u daarover de huisarts of de assistente raadplegen.

Begeleiding van de pilgebruikster

Het pilonderzoek zoals dat lang gebruikelijk is geweest (onder andere met inwendig onderzoek, urine-onderzoek en gewichtscntrole) is overbodig gebleken. De pilcontrole ziet er nu als volgt uit:

Wanneer u voor het eerst voor de pil komt

- Een gesprekje om te beoordelen of er redenen zijn om u de pil te ontraden.
- Uitleg over de werking en het gebruik.
- Meten van de bloeddruk.

Ongeveer drie maanden na het starten van het pilgebruik

- Een gesprekje over hoe het gaat: zijn er vragen, klachten?
- Meten van de bloeddruk.

Hierna is het niet meer nodig u te controleren, behalve wanneer er klachten zijn. Indien er geen problemen zijn, kunt u steeds bij de assistente een nieuw recept ophalen.

Als u vragen hebt, als er klachten zijn, of als u toch graag een onderzoek wilt, bent u natuurlijk van harte welkom.

Deze richtlijnen zijn in overeenstemming met de conclusies van vijftien deskundigen, die in 1986 een zogenaamde consensus-procedure hebben gehouden over de pilcontrole. De resultaten hiervan zijn gepubliceerd in Huisarts en Wetenschap 1987; 30: 174-8.