

# De pilcontrole: onderzoeken en opvattingen van huisartsen

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

Waaruit bestaat de pilcontrole en welke betekenis hecht de huisarts daaraan? En in hoeverre stemt zijn handelen overeen met zijn opvattingen? Deze vragen werden beantwoord door 244 huisartsen. Uit de enquête blijkt dat een groot deel van de beroepsgroep in het kader van de pilcontrole routinematig een reeks overbodige en zelfs belastende onderzoeken uitvoert. Als de Nederlandse huisarts zou afzien van routinematige controle van pilgebruikers, zou hij, bij een praktijkgrootte van 2000 zielen, ongeveer 40 uren per jaar overhouden.

## Inleiding

De huisarts geeft bij pilcontroles dagelijks informatie over het gebruik van de pil en verricht daarbij vaak ook een of meer lichamelijke onderzoeken. Dat gebeurt met name in de leeftijdscategorie van 15-29 jaar.

Wat is de inhoud van dat onderzoek? Welke betekenis hecht de huisarts zelf aan de pilcontrole? Ziet hij die controle als een aanzet tot het verrichten van preventief onderzoek, verwacht hij somatische aandoeningen op te sporen, of vindt hij de hele controle overbodig? En in hoeverre stemt zijn handelen overeen met zijn opvattingen?

Voor de beantwoording van deze vragen zou men de voorkeur geven aan informatie over het feitelijke gedrag van huisartsen. Die informatie is echter niet beschikbaar. Inzicht in het beweerde professioneel handelen kan echter, gezien de aard van het onderwerp, ook relevante informatie opleveren.

Tijdens het NHG-congres van 1985 werden de aanwezige huisartsen schriftelijk ondervraagd via een korte, grotendeels gestructureerde vragenlijst. Ruim driekwart van de aanwezige praktiserende huisartsen (n=244) vulde de vragenlijst in (tabel 1).

Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder, huisarts te Venlo en hoogleraar aan de Rijksuniversiteit Limburg, destijds centraal coördinator Stichting Toetsing Huisartsen; Dr. A.J.B.I. Sips, huisarts te Vught, coördinator Protocollen Project IOH.

Correspondentie: Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

**Tabel 1.** Leeftijd/geslachtsverdeling respondenten. Percentages (n = 244).

<i>Leeftijd in jaren</i>	
<30	6
30-39	61
40-49	23
50+	9
<i>Geslacht</i>	
Man	84
Vrouw	16

## Uitkomsten

### Welke onderwerpen laat u aan bod komen tijdens het eerste pilconsult en het vervolconsult?

Vrijwel alle ondervraagde huisartsen antwoorden dat de reden van het pilgebruik, het werkingsmechanisme, de menarche, het cyclusverloop en de bijwerkingen tijdens het eerste consult aan bod komen (tabel 2). Ook tijdens het vervolconsult wordt bijna steeds naar het cyclusverloop gevraagd en worden bijwerkingen besproken. Het rookgedrag wordt door de helft van de huisartsen aan de orde gesteld; dat geldt voor zowel het eerste consult als het vervolconsult. De ervaring met seksualiteit wordt vooral tijdens het eerste consult besproken, de beleving vooral tijdens het vervolconsult. Ook de toestemming van ouders komt bij een ruime meerderheid aan de orde.

### Met welke (relatieve) contra-indicaties houdt u rekening?

Met de meest bekende (relatieve) contra-indicaties, zoals hypertensie, trombo-embolische processen in de voorgeschiedenis, het gebruik van bepaalde medicatie en de leeftijd, wordt volgens de respondenten ruimschoots rekening gehouden (tabel 3). Zelden voorkomende stoornissen, zoals stoornissen van de koolhydraatstofwisseling en leverfunctie en hormoonafhankelijke tumoren, worden minder frequent genoemd. Hoewel een niet-gestabiliseerde cyclus bij jonge vrouwen niet meer als rela-

tieve contra-indicatie wordt beschouwd, wordt daar toch door 70 procent van de huisartsen op gelet.

### Welke onderzoeken verricht u?

In tabel 4 is onderscheid gemaakt tussen onderzoeken die primair om objectieve medische redenen plaatsvinden en onderzoeken die plaatsvinden uit gewoonte of op grond van verwachtingen van de patiënt en dergelijke (de subjectieve beweegredenen).

Vrijwel iedereen zegt de bloeddruk te controleren, ruim driekwart noemt ook het gewicht. Ruim eenderde zegt bij het eerste consult een inwendig onderzoek uit te voeren. Het percentage cervixuitstrijken is daarmee in overeenstemming. Eenderde van de huisartsen zegt bij het vervolconsult de borsten te onderzoeken. De urine wordt door meer dan de helft gecontroleerd op eiwit en suiker. Ook de fluor wordt volgens de respondenten dikwijls onderzocht.

Bij onderzoek van de mammae en fluor zijn het in belangrijke mate gepercipieerde verwachtingen van patiënten die de aanzet vormen tot onderzoek.

### Welke pil schrijft u voor?

Door driekwart van de respondenten wordt doorgaans een één-fase, sub-50 pil, voorgeschreven. De overigen schrijven een drie-fasen pil voor.

### Welke opvattingen koestert u ten aanzien van de pilcontrole?

De opvattingen over de waarde van de pilcontrole lopen nogal uiteen (tabel 5). Zo'n 60 procent is in meerdere of mindere mate van mening dat de pilcontrole eigenlijk overbodig is. Sterker nog: 70 procent vindt – helemaal of ten dele – dat de pilcontrole een ongewenste bijdrage levert aan het afhankelijk maken van patiënten van het medisch systeem. Daar staat eenzelfde percentage tegenover dat de pilcontrole een goede entree vindt voor het verrichten van preventief onderzoek. Handhaven van de pilcontrole om somatische of psychologische redenen vindt meer dan de helft niet nodig.

### Verbanden tussen opvattingen en onderzoek

In tabel 6 zien we een redelijke consistentie tussen opvattingen en beweerd gedrag. De huisartsen die de pilcontrole om wat voor reden dan ook een goede zaak vinden, zeggen in het algemeen meer verrichtingen te doen. En degenen die de pilcontrole overbodig of ongewenst achten, zeggen juist minder te doen. Tijdens het eerste consult gaat het

**Tabel 2.** Onderwerpen die volgens de respondenten aan bod komen bij de anamnese. Percentages (n = 244).

Onderwerpen	Eerste consult	Vervolg consult
Reden van pilgebruik	96	–
Werkingsmechanisme	73	17
Menarche	74	–
Cyclusverloop	96	85
Rookgedrag	54	46
Seksualiteitsbeleving	20	54
Seksualiteitservaring	41	31
Toestemming ouders (op jonge leeftijd)	59	6
Bijwerkingen	83	87

**Tabel 3.** (Relatieve) contra-indicaties waarmee de respondenten zeggen rekening te houden. Percentages (n = 244).

Hypertensie	84
Thrombo-embolische complicaties	82
Vasculaire pathologie van familieleden op jeugdige leeftijd	39
Gebruik van bepaalde medicatie (b.v. anti-epileptica, tuberculostatica)	83
Stoornissen in de koolhydraatstofwisseling	51
Leverfunctiestoornissen	56
Uitgebreide varicosis	64
Leeftijd (ouder dan 35 jaar)	75
Jonge vrouwen met een nog niet gestabiliseerde cyclus	70
Hormoon-afhankelijke tumoren (uterus en mammae)	52

**Tabel 4.** Onderzoek dat volgens de respondenten wordt uitgevoerd. Percentages (n = 244).

	Eerste consult			Controle-consult		
	totaal	objectief	subjectief	totaal	objectief	subjectief
Tensie	98	96	2	98	94	5
Gewicht	80	70	9	75	61	14
Inwendig onderzoek	36	28	8	76	60	16
Cervix-uitstrijk	23	11	12	72	62	10
Mammae	17	8	10	36	15	21
Urine-alb. red.	55	46	9	59	46	12
Fluoroparaat	16	2	14	26	13	13

**Tabel 5.** Opvattingen over de pilcontrole (exclusief „geen mening”). Percentages (n = 244).

De pilcontrole	Eens	Oneens
– is een goede entree het verrichten van preventief onderzoek	69	26
– dient om somatische redenen gehandhaafd te blijven	46	52
– dient om psychologische redenen gehandhaafd te blijven	33	63
– is eigenlijk overbodig	61	37
– levert een ongewenste bijdrage aan het afhankelijk maken van patiënten van het medische systeem	71	26

om controle van de urine, tijdens het vervolgsconsult om inwendig onderzoek en cervixuitstrijk. Het rookgedrag komt tijdens het vervolgsconsult vaker aan de orde bij degenen die de pilcontrole om somatische redenen van belang achten en minder vaak bij degenen die zeggen de controle overbodig te vinden.

Uit de analyse bleek ook dat vooral de huisartsen ouder dan 50 jaar vinden, dat de pilcontrole om somatische redenen dient te worden gehandhaafd; de artsen tussen 40 en 50 jaar onderschrijven om psychologische redenen de pilcontrole juist niet ( $p < 0.05$ ).

Vrouwelijke huisartsen zijn meer dan hun mannelijke collegae van mening dat de pilcontrole afhankelijkheid van het medisch systeem bevordert ( $p < 0.05$ ).

## Beschouwing

Uit dit onderzoek komt een beeld naar voren van een huisarts die met veel zorg en toewijding de begeleiding van orale anticonceptie uitvoert. Er wordt veel gevraagd en er wordt veel onderzocht. Dit is des te opvallender in het licht van de veranderde opvattingen over de zin van al die handelingen. En dan gaat het hier nog om de resultaten van een onderzoek bij een enigszins selecte groep van actieve NHG-leden.

De hoogte van de verschillende percentages zal beïnvloed zijn door de ervaren sociale wenselijkheid. De gevonden relaties tussen de uitspraken en opvattingen betreffende de pilcontrole en de beweerde verrichtingen geven door hun innerlijke samenhang echter steun aan de betrouwbaarheid van de *trend* die uit deze cijfers naar voren komt.

De conclusie van deze enquête kan niet anders zijn dan dat een groot deel van de beroepsgroep in het kader van de pilcontrole routinematig een reeks overbodige en zelfs belastende onderzoeken uitvoert. Hiervoor zijn drie globale motieven te noemen, waarvan de geldigheid echter dubieus is:

De pil is een geneesmiddel en de voorschrijvende arts dient dus zicht te hebben en te houden op de bijwerkingen en risicofactoren.

De bijwerkingen of schadelijke effecten van de pil zijn gering en zeldzaam en zijn niet door een routinematig controlesysteem te voorkomen. De vaststelling van eventuele risicofactoren (hypertensie, roken, vasculaire problemen) kan tijdens één of meer consulten geschieden. Het daarop volgende beleid kan worden geïndividualiseerd.

De pilcontrole biedt een goede entree voor het verrichten van preventief on-

**Tabel 6.** De relatie tussen opvattingen over de pilcontrole en enkele opgegeven verrichtingen bij het vervolgconsult.

De pilcontrole	Rookgedrag	Inwendig onderzoek	Urine onderzoek	Cervixuitstrijk
- is een goed entree voor het verrichten van preventief onderzoek		↑	↑	↑
- dient om somatische redenen gehandhaafd te blijven	↑	↑	↑	
- dient om psychologische redenen gehandhaafd te blijven		↑		↑
- is eigenlijk overbodig	↓	↓	↓	
- levert een ongewenste bijdrage aan het afhankelijk maken van patiënten van het medisch systeem		↓		

↑ = meer; ↓ = minder ( $\chi^2$ -toets,  $p < 0.05$ ).

#### Abstract

**Crebolder HFJM, Sips AJBI. Pill check-ups: examinations and views of general practitioners. Huisarts Wet 1987; 30: 180-2.**

General practitioners attending the 1985 congress of the Netherlands Association of General Practitioners were asked to complete a questionnaire about their strategy as to pill check-ups. More than 75 percent of those present ( $n = 244$ ) did.

*Which subjects do you raise at the first encounter and at the follow-up check-up?* Nearly all respondents stated that the reason for oral contraception, the mechanism of action of the pill, menarche, course of menstrual cycle and side effects are subjects discussed during the first encounter. During follow-up encounters, too, the course of the menstrual cycle is nearly always discussed, as are side effects. Some 50 percent of the respondents raise the subject of smoking. Sexual experiences are mostly discussed during the first encounter, while feelings about sex are a subject usually raised during follow-up encounters. Many doctors also raise the subject of parental consent.

*Which (relative) contraindications do you take into account?* The answers indicate that (relative) contraindications such as hypertension, thrombo-embolic processes in the history, certain medications and age receive ample attention. Less common disorders such as disorders of carbohydrate metabolism and liver function and hormone-dependent tumours are less frequently mentioned.

*Which examinations do you perform?* Nearly all respondents mention blood pressure check-ups; some 75 percent also mention body weight. Some 33 percent

mention an internal examination during the first encounter. The percentage of cervical smears corresponds with this. One-third of the respondents mention examination of the breasts during follow-up encounters. More than 50 percent test the urine for protein and glucose. Vaginal discharge is also often examined.

*Which pill do you prescribe?* Some 75 percent usually prescribe a single-phase sub-50 pill, while the others prescribe a three-phase pill.

*What are your views regarding pill check-ups?* Some 60 percent are more or less convinced that pill check-ups are in fact superfluous and 70 percent are (partly) convinced that pill check-ups constitute an undesirable contribution to making patients dependent on the medical system. A similar percentage, on the other hand, regard pill check-ups as a useful steppingstone to preventive research. Continued pill check-ups for somatic or psychological reasons are considered superfluous by more than 50 percent of the respondents.

The analysis showed that especially general practitioners older than 50 years believe that pill check-ups should be continued for somatic reasons; physicians aged between 40 and 50 years reject continued pill check-ups for psychological reasons. More than their male colleagues, female general practitioners maintain that pill check-ups promote dependence on the medical system.

**Key words:** Contraception, oral; Family practice.

**Correspondence:** Prof. dr. H.F.J.M. Crebolder, Department of General Practice, University of Limburg, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

derzoek ten aanzien van de cervix uteri en de mammae.

Het bezwaar hiervan is dat de leeftijdsgroepen waarin het cervixcarcinoom en het mammacarcinoom voorkomen, vrijwel niet samenvallen met de leeftijdsgroepen die de pil gebruiken. In feite wordt de minst geëigende en meest gezonde groep systematisch onderzocht. Ook voor systematisch onderzoek van urine en fluor bestaat geen wetenschappelijk argument.

Begeleiding van de beleving van de seksualiteit. Hierbij kan men zich afvragen of de huisartsen daarbij een actieve, opsporende functie hebben, of een passieve taak: alleen hulpverlening op verzoek, ook al is dat niet rechtstreeks zo geuit.

Kortom, behalve het meten van de bloeddruk bij een eerste consult en een vervolgconsult, is er geen lichamelijk onderzoek dat systematisch en ongevraagd moet worden verricht. Het vaststellen van (relatieve) contra-indicaties gebeurt tijdens het eerste consult, meestal op basis van reeds aanwezige kennis bij de huisarts.

Als de Nederlandse huisarts zou afzien van routinematige controle van pilgebruiksters, zou hij bij een praktijkgrootte van 2000 zielen, ongeveer 40 uren per jaar overhouden. Stel dat hij die 40 uren zou gebruiken voor een screeningsprogramma op portiocarcinoom bij de echte risicogroep, de vrouwen ouder dan 35 jaar.

#### Dankbetuiging

Met dank aan R. Kocken, beheerder, en Dr. J.A. Knottnerus, arts-epidemioloog.

#### Richtlijnen voor auteurs

Bijdragen voor *Huisarts en Wetenschap* dienen te voldoen aan de *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* (de 'Vancouver-stijl'). Een samenvatting van deze richtlijnen is afgedrukt op pagina 204 van dit nummer.