

# Problemen bij de invoering van de NHG-standaard Orale Anticonceptie

R. GROL  
A. ZWAARD

Ten behoeve van de invoering van de NHG-standaard Orale Anticonceptie is door middel van een literatuurstudie en een schriftelijke enquête onder 453 huisartsen een analyse gemaakt van mogelijke invoeringsproblemen. Het volledig afschaffen van periodieke controles stuit bij 40 à 50 procent van de huisartsen op weerstanden. Een van de belemmeringen is gelegen in de omstandigheid dat de pilcontrole vaak wordt gekoppeld aan preventieve activiteiten, en als ingang kan dienen om over seksualiteit of relatieproblemen te praten. Ook verwachten huisartsen dat er bij patiënten weerstand tegen de standaard zal rijzen. Invoering van standaarden zal steeds gepaard moeten gaan met informatie aan patiënten, zowel in de landelijke media als in persoonlijke contacten.

Grol R, Zwaard A. Problemen bij de invoering van de NHG-standaard Orale Anticonceptie. *Huisarts Wet* 1989; 32(13): 498-500.

Dr. R. Grol, coördinator Interuniversitaire Werkgroep KUN-RL 'Kwaliteitsbevordering huisartsgeneeskunde'; A. Zwaard, huisarts.

Correspondentie: Dr. R. Grol, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

## Inleiding

In theorieën op het gebied van invoering van innovatie en beïnvloeding van gedrag wordt veel waarde gehecht aan een zorgvuldige 'probleemanalyse', alvorens begonnen wordt met de feitelijke innovatie.<sup>1,2</sup> Dat wil zeggen, dat de invoerder dient te zorgen voor duidelijke antwoorden op de volgende vragen: door wie en op welke punten wordt er niet volgens de standaard gewerkt en welke belemmeringen zijn er om verandering in routines aan te brengen.<sup>3,4</sup> Op basis van zo'n analyse kunnen gerichte interventies en programma's worden opgezet.

In dit artikel geven wij een analyse van de invoeringsproblemen bij de standaard Orale Anticonceptie<sup>5</sup> en doen wij een aantal suggesties om de invoering te bevorderen.

## Methode

Informatie over invoeringsproblemen werd verzameld door:

- bestudering van recente literatuur op het gebied van de orale anticonceptie in de huisartspraktijk;
- een landelijke enquête onder een representatieve steekproef van huisartsen.

De enquête werd twee weken na de publicatie van de standaard toegestuurd aan 650 huisartsen (respons 70 procent). Zij bevatte open en gesloten vragen over het standaardbeleid in het algemeen en over de standaard Orale Anticonceptie in het bijzonder, zoals de huidige routines met betrekking tot de richtlijnen en belemmeringen om de gegeven richtlijnen te (gaan) volgen.

## Routines

De inzichten die aan de NHG-standaard ten grondslag liggen, wijken sterk af van de inzichten die 15 à 20 jaar geleden ten aanzien van pilgebruik en de controle door de huisarts bestonden. Regelmatige controle werd toen van groot belang geacht in verband met allerlei mogelijke complicaties. In 1973 bekrachtigde de Hoge Raad dat zelfs.<sup>6</sup>

Sinds het eind van de zeventiger jaren begon men vraagtekens te zetten bij het nut

van regelmatige controle en lichamelijk onderzoek bij doorsnee-pilgebruiksters.<sup>7</sup> Een jarenlange discussie mondde uit in een consensusprocedure<sup>4</sup> en vervolgens in de standaard Orale Anticonceptie.

Kern van die standaard is dat er, na een eerste consult met aandacht voor contra-indicaties, risicofactoren, goede uitleg en vragen van de patiënte, gevolgd door een consult na 3 maanden, geen verdere controles behoeven plaats te vinden. Als de patiënte klachten of vragen heeft, kan ze de huisarts raadplegen.

Er is weinig recent onderzoek over de feitelijke routines van huisartsen op dit punt. In 1985 hielden *Crebolder en Sips* een enquête waaruit bleek, dat de meeste huisartsen - vaak om niet-rationele redenen - vasthielden aan de periodiek controles.<sup>8</sup> In een NIPO-enquête uit 1988 bleek 64 procent van de huisartsen voorstander van regelmatige controles.<sup>9</sup> In onze eigen landelijke enquête bleek slechts 57 procent van de huisartsen het eens met de richtlijn dat regelmatige controle onnodig is.<sup>10</sup> *Tabel 1* geeft een beeld van de mate waarin de huisartsen zeggen al volgens de centrale richtlijnen van de standaard te werken. De helft zei nog periodiek te controleren. Van de huisartsen die niet volgens de standaard werkten, was slechts 26 procent bereid de eigen praktijkvoering aan te passen.

## Invoeringsproblemen

Bestudering van de literatuur en van de antwoorden op de enquête (*tabel 2*) bracht een aantal problemen en belemmeringen bij de invoering van de standaard aan het licht. Deze konden worden aangevuld met problemen die werden ingebracht tijdens de uitvoering van een deskundigheidsprogramma rond deze NHG-standaard.<sup>11</sup>

## Relevantie en haalbaarheid

De pilcontrole maakt voor veel huisartsen deel uit van een bredere benadering van de vrouwelijke patiënt. Men heeft er een aantal preventieve activiteiten aan gekoppeld, met name het uitstrijkje. Daarnaast is de pilcontrole een ingang om te praten over relatieproblemen, seksualiteit of kinderevans en is men bang dat dit soort zaken nu niet meer aan de orde komt. Met andere

woorden: hoewel dit vanuit strikt medische optiek niet rationeel is, staat de pilcontrole voor een grote groep huisartsen niet op zichzelf, en een standaard die hier niet op inspeelt, wordt voor deze huisartsen minder relevant of hanteerbaar geacht.

Een probleem is voorts dat veel huisartsen het onderwerp weinig relevant en interessant vinden, zodat ze zich niet verdiepen in de standaard.

### Kennis, attitude en gedrag

Een huisarts kan een positieve houding ontwikkelen ten aanzien van de standaard als hij goed op de hoogte is van de inhoud, de benodigde vaardigheden beheerst en er meer voordelen dan nadelen in ziet.<sup>11</sup> Op het moment van de landelijke enquête zei

slechts 62 procent goed op de hoogte te zijn van de inhoud van de standaard. Een negatieve houding ten aanzien van de richtlijnen voor het beleid bij orale anticonceptie bleek samen te hangen met het minder goed op de hoogte zijn van de inhoud ervan (correlatie .20,  $p < .001$ ). Ook bleek een samenhang tussen een negatieve kijk op landelijke standaarden in het algemeen en een negatieve houding ten opzichte van het NHG als opsteller ervan.

Als nadelen van het afschaffen van de pilcontroles werden genoemd:

- er moet meer uitleg aan patiënten worden gegeven; dit betekent meer werk;
- pilcontrole is een prettig aspect van het werk: contact met jonge, gezonde mensen die je anders zelden ziet;

- de meningen over het belang van controles wisselen voortdurend: 15 jaar geleden moest pilcontrole; diabetescontrole wordt wel aanbevolen;
- door niet meer te controleren verliest men vaardigheid in vaginaal toucher;
- iets achterwege laten voelt de patiënt als nadelig handelen of slechte zorg;
- de nieuwe standaard past slecht in de rol van gezinsarts.

### Werksetting

Het handelen van de huisarts wordt voor een belangrijk deel bepaald door - veronderstelde - verwachtingen en reacties van collegae, patiënten en anderen in de sociale omgeving. Vooral de arts-patiënt relatie kan een belangrijke belemmering vormen voor een verandering van praktijkroutines. De pilcontrole maakt deel uit van een cultuurpatroon waarin ook de lekenpers een belangrijke rol vervult.<sup>12</sup> Regelmatige controle is ooit aan vrouwen 'verkoch' als noodzakelijk voor hun gezondheid en als zorgvuldig handelen. Uit een onderzoek van Van Vliet bleek dat regelmatige controle door veel vrouwen geruststellend werd gevonden.<sup>13</sup> Ook in een recente NIPO-enquête werd dit bevestigd: 63 procent van de Nederlandse pilgebruiksters vond een regelmatige controle (halfjaarlijks of jaarlijks) zeer belangrijk.<sup>14</sup> Medisch specialisten kunnen deze opvatting versterken door op het belang van controles en op mogelijk ke risico's te wijzen.

### Praktische en structurele problemen

Een laatste bron van belemmeringen kan liggen in de praktische consequenties die invoering van de standaard kan hebben. Als er veranderingen in de praktijkvoering nodig zijn, als de assistente er nieuwe taken bij krijgt (recept verstrekken, uitleg) en de standaard bovendien financieel verlies oplevert bij particuliere patiënten, zal de bereidheid tot verandering bij een deel van de huisartsen gering zijn.

Van de huisartsen antwoordde 15 procent dat de financiële aspecten een rol spelen. In dit kader is de stelling van een der deelnemers interessant: 'Huisartsen zeggen dit niet graag, maar ik ben ervan overtuigd dat de financiën het grootste probleem zijn.'

**Tabel 1** Routines van huisartsen met betrekking tot de standaard Orale Anticonceptie. Percentages (N=453).

Bij de eerste vraag om de pil:	
- blijft standaard gynaecologisch onderzoek achterwege	92
- wordt informatie gegeven over inname, werking, medische risico's etc.	98
- wordt uitgelegd dat periodieke controle achterwege kan blijven	79
Bij RR > 100 mg Hg wordt eerst de bloeddruk behandeld	79
Bij combinatie roken en leeftijd > 35 jaar wordt de pil afgeraden	69
Enige controle vindt na 3 maanden plaats	48

**Tabel 2** Ervaren belemmeringen en problemen met betrekking tot de invoering van de standaard Orale Anticonceptie. Som van de percentages 'ja' en 'enigszins een probleem' (N=453).

<i>Problemen met de relevantie en haalbaarheid van de standaard</i>	
- pilcontroles zijn ingang om over seksualiteit te praten	54
- controles maken deel uit van een bredere benadering van preventie (cervix- en mammacarcinoom)	46
<i>Problemen met betrekking tot attitude huisarts</i>	
- pilcontrole past bij mijn werk als gezinsarts	33
- de wetenschap is er nog niet uit wat betreft pilcontroles	18
<i>Problemen met betrekking tot werksetting</i>	
- patiënten maken bezwaar, want zijn het anders gewend	52
- elke patiënt is anders, daar moet je rekening mee houden	51
- specialisten wijzen op belang van controles i.v.m. complicaties	23
<i>Praktische en structurele problemen</i>	
- beleidsverandering geeft onrust in praktijk	30
- praktijkvoering en -organisatie moet worden aangepast	15
- het scheelt in inkomsten van particulieren	15

## Invoering van de standaard

Uit de literatuur blijkt dat voor de invoering van de standaard een combinatie van activiteiten het meest effectief is.<sup>12</sup> Gegeven de moeite die het zal kosten om een groot deel van de huisartsen ertoe te brengen regelmatige controles bij gezonde pilgebruiksters op te geven, kan men een combinatie van de volgende activiteiten overwegen:

### Relevantie en haalbaarheid

De standaard Orale Anticonceptie wordt aangevuld met andere richtlijnen, bijvoorbeeld voor het maken van uitstrijkjes, waarin voor de huisarts het belang van loskoppeling van pilcontrole en uitstrijkjes duidelijk wordt. Verder vinden veel huisartsen het onderwerp orale anticonceptie weinig interessant; confrontatie met interdoktervariatie in controleroutines en (onderlinge) toetsing geven vaak een schokeffect en een prikkel om er eens kritisch bij stil te staan. Dit kan in het kader van nascholing c.q. deskundigheidsbevordering. Een programma hiervoor is beschikbaar.

### Kennis, attitude en gedrag

In de presentatie (schriftelijk of mondeling) van de standaarden moet veel aandacht worden besteed aan de nadelen van periodiek controleren (werkt medicaliserend, maakt patiënten onnodig afhankelijk) en de voordelen van de nieuwe praktijkroutine (scheelt ongeveer 40 uur per jaar, die beschikbaar komt voor gerichte benadering van probleempatiënten of risicogroepen; veel patiënten vinden inwendig onderzoek vervelend).

Bij de deskundigheidsbevordering (programma op pag. 548 in dit nummer) moet worden ingegaan op de problemen van huisartsen met het veranderen van routines en mogelijke oplossingen hiervoor. Ook moet worden ingegaan op de houding ten aanzien van standaarden in het algemeen: welke problemen heeft men hiermee, wat zijn de voordelen van meer uniformering? Men kan duidelijk maken, dat de huisarts in individuele gevallen kan kiezen voor voortzetten van de controles.

### Werksetting

Een van de belangrijkste problemen is de wens van de patiëntes om regelmatig gecontroleerd te worden en de ongerustheid als die controle niet plaatsvindt. Dit betekent dat op nationale schaal het nieuwe beleid via alle media (TV, bladen, waaronder damesbladen en consumentenbladen) met veel nadruk onder de aandacht moet worden gebracht. Ook dienen huisartsen in lokaal verband afspraken te maken, zowel onderling als met de specialisten.

In bijeenkomsten in het kader van opleiding of deskundigheidsbevordering kan men huisartsen uitnodigen te vertellen hoe zij hun praktijkroutines hebben aangepast en hoe zij erin zijn geslaagd medewerking van patiëntes te krijgen. Indien mogelijk wordt in zulke bijeenkomsten ook geoefend in het geven van uitleg en het gebruik van een folder met toelichting.

### Praktische en structurele problemen

Om het argument dat een en ander extra tijd kost te pareren kan aan huisartsen in het kader van deskundigheidsbevordering worden gedemonstreerd, hoe de assistente ingeschakeld kan worden bij het verstrekken van herhaalrecepten en het geven van uitleg aan patiëntes.

### Beschouwing

Hoewel er al tien jaar vanuit wetenschappelijke hoek wordt getwijfeld aan het nut van regelmatige controle van gezonde pilgebruiksters en hierover inmiddels een landelijke standaard beschikbaar is, lijkt er nog steeds een flinke discrepantie te bestaan tussen de richtlijnen in de standaard en de feitelijke praktijkvoering. Waarschijnlijk is niet meer dan 50 à 60 procent van de huisartsen bereid periodieke controles achterwege te laten. Een van de belangrijkste bezwaren, namelijk de koppeling van pilcontrole aan preventieve activiteiten (vooral het uitstrijkje), is niet gebaseerd op medisch gezien rationele argumenten. Dit dient nadrukkelijk onder de aandacht van huisartsen te worden gebracht.

Een ander bezwaar, de verwachte reactie van patiëntes, is meer steekhoudend en dient serieus genomen te worden. Een breed gedragen aanpassing van de werkwij-

ze wordt sterk belemmerd als huisartsen het gevoel hebben dat ze tegen de wensen van de patiënt moeten ingaan. Daar staat tegenover dat tijdens de uitvoering van het programma rond de standaard Orale Anticonceptie naar voren kwam, dat in veel praktijken het nieuwe beleid inmiddels goed uitvoerbaar is gebleken. Desondanks zal de beïnvloeding van patiëntes door middel van collectieve en persoonlijke informatie het belangrijkste aangrijpingspunt voor invoering van deze standaard moeten zijn.

### Literatuur

- <sup>1</sup> Grol R, Tielens V, Mokkink H, Zwaard A. Ideaal of werkelijkheid? Problemen bij de invoering van standaarden. *Huisarts Wet* 1988; 31: 392-7.
- <sup>2</sup> Damoiseaux V, et al., red. Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1987.
- <sup>3</sup> Flora J, Farquhar J. Methodes of message design: experiences from the Standard Five City project. *Scand J Prim Health Care* 1988; 1(Suppl): 41-80.
- <sup>4</sup> Sips A, Crebolder H. Een consensusprocedure over de pilcontrole. *Huisarts Wet* 1987; 30: 174-8.
- <sup>5</sup> Anoniem. Orale Anticonceptie [Standaard]. *Huisarts Wet* 1989; 32(2): 62-5.
- <sup>6</sup> Anoniem. Hoge Raad: De pil in het ziekenfondspakket. *Med Contact* 1973; 28: 102.
- <sup>7</sup> Meijman F. De pilcontrole. Zin en onzin van een routinehandeling in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1980; 23: 92-100.
- <sup>8</sup> Crebolder H, Sips A. De pilcontrole: onderzoek en opvattingen. *Huisarts Wet* 1987; 30: 180-2.
- <sup>9</sup> Anoniem. NIPO-enquête pilcontrole. De vrouwelijke patiënt 1988; 1: 16-8.
- <sup>10</sup> Grol R. De verspreiding van NHG-standaarden onder huisartsen. *Huisarts Wet* 1989; 32: 494-7.
- <sup>11</sup> Zwaard A, Zijlstra S, Grol R. Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering rond NHG-standaarden. *Huisarts Wet* 1989; 32: 501-4.
- <sup>12</sup> Van Weel C. Huisarts en orale anticonceptie: van controle naar selectie. *Huisarts Wet* 1987; 30: 169.
- <sup>13</sup> Van Vliet L, Dekker F, Mulder J. De pilcontrole afgeschaft, opluchting of gemis. *Huisarts Wet* 1988; 31: 7-10.
- <sup>14</sup> Ter Braak G. NIPO-enquête pilgedrag in Nederland. De vrouwelijke patiënt 1989; 2: 6-10. ■