

Wordt de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam door huisartsen gevolgd?

M.A.H. FLEUREN
M. DE HAAN
R.P.T.M. GROL
A.J.B.I. SIPS

Fleuren MAH, De Haan M, Grol RPTM, Sips AJBL. Wordt de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam door huisartsen gevolgd? Huisarts Wet 1993; 36(11): 370-4.

Samenvatting In 1992 werd een schriftelijke vragenlijst over het volgen van de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam verstuurd aan een aselecte steekproef van 495 huisartsen. De respons bedroeg 63 procent. De meeste respondenten waren goed op de hoogte van de inhoud van de standaard. Richtlijnen waar een deel van de huisartsen zich niet in kon vinden, waren de periode van 10 dagen voor een controle en het vervolgesprek na 6 weken. Veel huisartsen hadden moeite met het terughoudende echobeeld en het advies pas na drie opeenvolgende miskramen te verwijzen naar de gynaecoloog. Voorts zeiden veel huisartsen in de praktijk nogal eens af te wijken van de standaard. Enerzijds had dit te maken met de acceptatie van de richtlijnen, anderzijds met externe factoren zoals de wens/eis van de patiënten om toch verwezen te worden naar de gynaecoloog.

Drs. M.A.H. Fleuren, Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, VU ziekenhuis Amsterdam, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam;
Prof. dr. M. de Haan, Vakgroep huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde, Vrije Universiteit Amsterdam;
Prof. dr. R.P.T.M. Grol, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen/Rijksuniversiteit Limburg;
Dr. A.J.B.I. Sips, Nederlands Huisartsen Genootschap.
Correspondentie: Mw. Drs. M.A.H. Fleuren.

Inleiding

Minstens 10 procent van alle bekende zwangerschappen eindigt in een spontane miskraam.^{1,2} Men is het erover eens dat therapeutische maatregelen geen zin hebben bij een dreigende miskraam. Het uitgangspunt van de in 1989 gepubliceerde NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam is dan ook dat de huisarts in principe een afwachtend beleid voert. De standaard adviseert het spontane beloop af te wachten – ook bij het vermoeden op vruchtdood – omdat de vrucht meestal spontaan wordt uitgestoten.³ Routinematig echografisch onderzoek wordt niet geadviseerd; redenen om hiertoe toch over te gaan, liggen vooral in de emotionele sfeer, bijvoorbeeld om de vrouw, na dagen van vaak gespannen afwachten, zekerheid te verschaffen over de levensvatbaarheid van de vrucht.

Voor een goede invoering van standaarden moet een aantal stappen systematisch worden doorlopen.^{4,5} Uit onderzoek naar andere NHG-standaarden blijkt dat de invoering hiervan niet vanzelf gaat.^{6,7} In eerste instantie moet de huisarts weten dat de standaard bestaat en wat de verschillende richtlijnen inhouden. Vervolgens moet de huisarts inzicht hebben in zijn eigen handelen en in de mate waarin dat overeenstemt met de standaard. Verder moet er een positieve houding zijn ten aanzien van de standaard: de huisarts moet bereid zijn om volgens de standaard te gaan handelen. Tot slot moet er een verandering van werkwijze plaatsvinden.

Iedere stap kan gepaard gaan met specifieke problemen. Zo is bekend dat een aantal gynaecologen de standaard niet onderschrijft. Het is niet duidelijk welke problemen de huisarts hiervan ondervindt bij het (gaan) werken volgens de standaard.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar het gebruik van de standaard door huisartsen en de knelpunten die zij ondervinden bij het (gaan) werken volgens de standaard. Het werd uitgevoerd in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.

Vraagstelling

- Hoe is de kennisname en acceptatie van de richtlijnen uit de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam bij huisartsen?
- Op welke punten wijken de huisartsen af van de richtlijnen uit de standaard?
- Welke knelpunten ervaren huisartsen bij het (gaan) werken volgens de standaard?

Methode

Een aselecte steekproef van 495 praktiserende huisartsen kreeg in 1992 een schriftelijke vragenlijst toegestuurd. Eerst werd gevraagd hoe men in het algemeen handelt bij een (dreigende) miskraam; hierbij kwamen anamnese, diagnostiek en beleid bij zowel het eerste contact als vervolcontacten aan de orde. Vervolgens werd gevraagd naar de kennisname van de standaard. Alleen de huisartsen die op de hoogte waren van het bestaan van de standaard, werd gevraagd naar hun bekendheid met de verschillende richtlijnen, terwijl alle huisartsen werd gevraagd naar hun mening over de richtlijnen. Hiertoe werden de 17 belangrijkste richtlijnen gepresenteerd en konden de huisartsen per richtlijn vermelden of zij ermee bekend waren (bekend/onbekend) en of zij het ermee eens waren (eens/oneens). Daarnaast werd gevraagd naar punten van kritiek op de standaard en tot slot konden de huisartsen via open vragen vermelden welke knelpunten zij bij het werken volgens de standaard ervoeren.

Voor de kennisname, acceptatie en werkwijze werd nagegaan of deze verband hielden met de volgende achtergrondkenmerken: geslacht, leeftijd, lidmaatschap van het NHG, urbanisatiegraad, het zelf leiden van bevallingen en de afstand tussen de praktijk en het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Voor de kennisname, acceptatie en werkwijze werden schalen geconstrueerd. Hiertoe werden totaalscores berekend waarbij het aantal positief beantwoorde items werd gedeeld door het totaal aantal beantwoorde items.

De betrouwbaarheid van de schaal voor de kennisname in termen van Cronbach's alfa is 0,87. De interne consistentie van de

schalen voor de acceptatie en de werkwijze bleek onvoldoende te zijn; voor deze begrippen is op itemniveau nagegaan met welke achtergrondkenmerken ze verband houden.

Resultaten

Er kwamen 313 bruikbare vragenlijsten retour (respons 63 procent). De verdeling van leeftijd, geslacht en praktijkvorm van de respondenten komt overeen met die van de landelijke populatie van huisartsen.⁸

Om na te gaan of er sprake was van selectie-bias, werden via een telefonische enquête achtergrondkenmerken van de niet-respondenten verzameld (n=182). De niet-respondenten waren iets ouder dan de respondenten, maar er waren geen verschillen wat betreft geslacht, praktijkvorm, praktijkopbouw en regio. In hoeverre beide groepen verschilden ten aanzien van mogelijk relevante factoren, zoals lidmaatschap van het NHG en algemene houding ten aanzien van de NHG-standaarden, kon niet worden achterhaald.

Kennisname en acceptatie

Van de respondenten gaf 76 procent aan op de hoogte te zijn van het bestaan van de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam. Van deze 239 huisartsen was 59 procent in het bezit van de standaard, en 92 procent in het bezit van de plastic kaart met de samenvatting; 72 procent had volgens eigen zeggen de standaard redelijk tot goed gelezen, en 50 procent de plastic kaart.

De overgrote meerderheid van de huisartsen die op de hoogte waren van het bestaan van de standaard, was ook goed op de hoogte van de verschillende richtlijnen. Een uitzondering hierop vormt het advies om zes weken na de miskraam een gesprek met de vrouw te houden: slechts 48 procent wist dat dit in de standaard staat.

Niet alle richtlijnen uit de standaard worden even goed geaccepteerd. Uit *tabel 1* blijkt dat veel huisartsen het niet eens waren met de controle-afspraak na 10 dagen, het gesprek na zes weken, een specialistische verwijzing na drie miskramen en het advies geen echo te laten maken bij een intacte zwangerschap.

Van de respondenten die op de hoogte waren van het bestaan van de standaard, schreef 30 procent één of meer kritiekpunten op. Het belangrijkste kritiekpunt was dat men vond dat de standaard voorbijging aan de onzekerheid en de emotionele beleving van de vrouw. Er was met name kritiek op het tijdstip van de controle en de terughoudendheid bij een echo. De meeste huisartsen vonden 10 dagen wachten voor een controle te lang. Verder werd opgemerkt dat het voor de beleving van de vrouw nuttig zou zijn toch een echo te laten maken. Tot slot vond een deel van de huisartsen dat het vervolgesprek eerder zou moeten plaatsvinden.

E

Tabel 1 Percentage huisartsen dat het niet eens is met de richtlijn (n=313)

<i>Eerste contact</i>	
• Diagnostiek	
– percussie/palpatie	30
– speculumonderzoek	19
– vaginaal toucher	29
• Beleid	
– uitleg situatie en geruststellen	2
– geen echo laten maken	31
– niet verwijzen gynaecoloog	11
– terugkomen na 10 dagen tenzij toename van bloedverlies, pijn of temperatuurverhoging	44
<i>Controle</i>	
• Diagnostiek	
– speculumonderzoek	22
– vaginaal toucher	26
• Beleid complete miskraam	
– uitleg situatie	0
– geen echo laten maken	17
– niet verwijzen gynaecoloog	8
• Beleid incomplete miskraam	
– echo in eigen beheer	32
• Beleid intacte zwangerschap	
– geen echo laten maken	38
– niet verwijzen gynaecoloog	9
<i>Na de miskraam</i>	
• Beleid	
– gesprek na zes weken	60
– specialistische verwijzing na drie miskramen	41

r bleek geen verband te zijn tussen de achtergrondkenmerken van de huisartsen en de kennisname van de verschillende richtlijnen. Wel werden er verbanden gevonden tussen de acceptatie van enkele richtlijnen en een aantal achtergrondkenmerken. De NHG-leden waren het significant vaker eens met het echobeleid bij het eerste contact ($p < 0,01$). Verder was er een significant negatief verband tussen de leeftijd van de respondent en de acceptatie van de richtlijnen met betrekking tot het speculumonderzoek, het vaginaal toucher en het verwijzen bij het eerste contact: de huisartsen die het met deze richtlijnen eens waren, waren jonger dan degenen die zich hierin niet konden vinden ($p < 0,05$). De vrouwelijke huisartsen bleken het vaker eens te zijn met de richtlijnen met betrekking tot het speculumonderzoek en het vaginaal toucher ($p < 0,05$). De huisartsen die zelf bevallingen leidden, waren het vaker eens met het voorgestelde echobeleid ($p < 0,001$), het verwijsbeleid ($p < 0,05$) en de controle na 10 dagen ($p < 0,05$). Tot slot was de afstand tussen praktijkadres en ziekenhuis kleiner bij de huisartsen die het eens waren met het echobeleid, het speculumonderzoek en het vaginaal toucher bij het eerste contact ($p < 0,05$). Er werden geen verbanden gevonden tussen de acceptatie en de urbanisatiegraad.

Praktijk versus richtlijnen

Van de 313 huisartsen zijn 94 procent een vrouw met klachten die kunnen wijzen op een (dreigende) miskraam, over het algemeen zelf te begeleiden; de overige zeiden te verwijzen naar de gynaecoloog. Het algemene beleidsprincipe van vrijwel alle huisartsen (98 procent) was de vrouw uitleg te geven over de situatie en af te wachten. In tegenstelling tot het advies uit de standaard zei 17 procent de vrouw (bed)rust voor te schrijven. Medicatie, evenmin geadviseerd in de standaard, werd door slechts één huisarts voorgeschreven.

Uit *tabel 2* blijkt dat meer dan de helft van de huisartsen bij het eerste contact niet vraagt naar temperatuurverhoging of ziektegevoel. Verder vragen veel huisartsen

niet wie de zwangerschap heeft vastgesteld, naar de subjectieve zwangerschapsbeleving, naar het beloop van eerdere zwangerschappen en naar miskramen. De overige adviezen ten aanzien van de anamnese worden door het merendeel van de huisartsen wel opgevolgd. Met betrekking tot de controle laat *tabel 2* een soortgelijk beeld zien.

Ook kijken veel huisartsen af van het geadviseerde onderzoek bij het eerste contact (*tabel 3*); dat geldt met name ten aanzien van het uitvoeren van percussie en palpatie van de buik, en een vaginaal toucher. Verder zei 31 procent meestal een echo te laten maken via de gynaecoloog, wat niet wordt geadviseerd in de standaard.

Een ander punt waarop het merendeel van de huisartsen afwijkt van de standaard, is de controle-afspraken na 10 dagen: 85 procent laat de vrouw binnen een week terugkomen (gemiddeld na vijf dagen). Conform de richtlijnen geeft het merendeel van de huisartsen de vrouw instructie eerder terug te komen voor controle bij toename van respectievelijk bloedverlies (88 procent) en pijnklachten (82 procent) of bij temperatuurverhoging (71 procent).

Van de huisartsen zei 30 procent bij de controle meestal een echo te laten maken. Het is moeilijk na te gaan of zij hiermee van de standaard afwijken, omdat met name bij een incomplete miskraam wel een echo geïndiceerd is. Verder wordt in de standaard geadviseerd ongeveer zes weken na de miskraam een vervolfgesprek te houden. Terwijl 65 procent zegt inderdaad een vervolfgesprek te voeren, houdt 57 procent dat gesprek binnen 14 dagen. Tot slot geeft 54 procent van de huisartsen aan de vrouw na twee miskramen te verwijzen naar de specialist; het advies in de standaard is om dit pas na drie miskramen te doen.

Tussen enkele richtlijnen en achtergrondkenmerken van de huisartsen werden enkele verbanden gevonden. Er bleek een verband te zijn tussen de leeftijd van de respondent en de werkwijze volgens de richtlijnen met betrekking tot het specu-

Tabel 2 Anamnestiche vragen die tijdens het eerste contact en de controle worden gesteld door de huisartsen. Percentages (n=313)

	Eerste contact	Controle
Duur zwangerschap	94*	–
Door wie zwangerschap vastgesteld	60*	–
Subjectieve zwangerschapsbeleving	49*	61*
Emotionele beleving	45	69
Hoeveelheid bloedverlies	96*	93*
Duur bloedverlies	98*	90*
Duur en aard pijnklachten	93*	83*
Ziektegevoel	24*	23
Temperatuurverhoging	42*	53*
Kleur bloed	52	47
Beloop eerdere zwangerschappen ‡	53*	–
Beloop eerdere miskramen ‡	61*	–
Curettagages ‡	17	–

* Wordt geadviseerd in de standaard.

‡ Dit is vaak al bij de huisarts bekend en hoeft dan niet gevraagd te worden.

Tabel 3 Diagnostische methoden die de huisartsen gebruiken tijdens het eerste contact en de controle. Percentages (n=313)

	Eerste contact	Controle
Geen	7	4
Percussie/palpatie	42*	42
Speculumonderzoek	73*	70*
Vaginaal toucher	59*	60*
Onderzoek stolsels	23	17
Zwangerschapsreactie	30	36
HB-onderzoek	10	17
Bepalen rhesus-factor	5	4
Doptone	19	17
Echografie in eigen beheer	24‡	22‡
Echografie via gynaecoloog	31‡	30‡

* Wordt geadviseerd in de standaard.

‡ Een echo bij het eerste contact wordt niet geadviseerd. Indien om emotionele redenen toch een echo wordt gemaakt, wordt geadviseerd dit in eigen beheer te doen, dat wil zeggen zonder te verwijzen naar de gynaecoloog. Een echo bij de controle wordt alleen geadviseerd bij een incomplete miskraam. Wederom wordt geadviseerd dit in eigen beheer te doen.

lumonderzoek, het vaginaal toucher, het verwijzen en het echobeleid bij het eerste contact. De huisartsen die deze richtlijnen in praktijk brachten, waren jonger dan degenen die niet volgens deze richtlijnen zeiden te werken (p<0,05). Verder zeiden de vrouwelijke huisartsen vaker dan de mannelijke huisartsen een speculumonderzoek (p<0,01) en vaginaal toucher

(p<0,05) te doen. Tot slot bleek dat huisartsen die een echo lieten maken bij het eerste contact, dichter bij een ziekenhuis prakticeerden (p<0,01). Er werden geen verbanden gevonden tussen het werken volgens de standaard enerzijds en het NHG-lidmaatschap, de urbanisatiegraad en het zelf leiden van bevallingen anderzijds.

Tabel 4 Percentage huisartsen dat knelpunten ervaart bij het werken volgens de standaard (n=239 huisartsen die op de hoogte waren van het bestaan van de standaard)

Patiënt wil d.m.v. een echo zekerheid	15
Standaard gaat aan emoties patiënt voorbij	13
Controle-afspraak eerder dan 10 dagen	10
Patiënt en de omgeving willen verwijzing naar gynaecoloog	6
Gynaecoloog voert ander beleid	6
Speculumonderzoek en vaginaal toucher is belastend	6
Echo is nodig om extra-uteriene graviditeit uit te sluiten	5
Standaard is een keurslijf en tijdrovend	5

Knelpunten uitvoerbaarheid standaard

Van de huisartsen die op de hoogte waren van het bestaan van de standaard, zei 54 procent in de praktijk knelpunten te ervaren bij het toepassen van de richtlijnen (tabel 4). Het belangrijkste knelpunt is dat patiënten vaak zekerheid willen door middel van een echo. Opmerkelijk is dat 6 procent zegt dat een speculumonderzoek en vaginaal toucher bij het eerste contact vaak te belastend zijn. Eén huisarts schreef hierover: 'Straks denkt de vrouw dat ik hierdoor de miskraam heb veroorzaakt.' Verder zei 6 procent van de huisartsen dat het beleid van sommige gynaecologen het werken volgens de standaard doorkruist: zij houden de patiënt vast of curetteren te snel. Een ander knelpunt bleek het feit dat 21 procent van de huisartsen geen echo in eigen beheer kan laten maken.

Beschouwing

Drie jaar na het verschijnen van de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam is deze standaard bij de meeste huisartsen bekend. Niet alle richtlijnen worden even positief ontvangen. Dat geldt met name voor vier richtlijnen:

- De periode voor de *controle-afspraak* wordt over het algemeen als te lang ervaren.
- Een deel van de huisartsen vindt een periode van zes weken voor een *vervolggesprek* te lang; anderen vinden een vervolgesprek overbodig.
- Veel huisartsen willen al na twee mis-

kramen naar de gynaecoloog verwijzen voor nader onderzoek. Dit is opmerkelijk, omdat ook in de 'Verloskundige indicatielijst' wordt geadviseerd dit pas na drie miskramen te doen.⁹

- Sommige huisartsen vinden het vervelend de vrouw in onzekerheid te laten en willen daarom als routine een *echo* laten maken.

De betreffende richtlijnen worden in de praktijk ook vaak niet opgevolgd. In feite is het percentage huisartsen dat volgens deze richtlijnen werkt, lager dan het percentage dat zegt het met deze richtlijnen eens te zijn. Huisartsen die het eens zijn met een bepaalde richtlijn, zeggen dus dat zij in de praktijk toch niet altijd volgens de richtlijnen werken. Dit zou kunnen wijzen op knelpunten die los staan van de acceptatie van de standaard door de huisarts.

Redenen om af te wijken, kunnen overigens soms heel legitiem zijn. Iedere patiënt heeft zijn eigen voorgeschiedenis en de huisarts zal per patiënt bekijken of de richtlijnen van toepassing zijn. *Grol* onderscheidt in dit verband twee soorten factoren:

- factoren die op de huisarts zelf betrekking hebben, zoals competentie, motivatie, houding ten aanzien van de standaard en achtergrondkenmerken;
- factoren die te maken hebben met de omgeving waarin de huisarts werkt, zoals de invloed van de patiënt of van collega's, en organisatorische factoren, zoals de tijdsinvestering die het navolgen van de standaard vraagt.¹⁰

Uit het onderhavige onderzoek komen dezelfde factoren naar voren. Daarnaast is het moeilijk het eigen beleid te veranderen; zeker wanneer dit beleid in de praktijk goed bevalt, moet de standaard sterke argumenten bevatten, wil de huisarts tot aanpassing overgaan.

Bij het onderzoek kunnen enkele kritische kanttekeningen worden geplaatst. In de eerste plaats is niet bekend in hoeverre de non-respons tot vertekening heeft geleid. In een onderzoek naar de verspreiding van andere NHG-standaarden is onder de respondenten een lichte oververtegenwoordiging van NHG-leden gevonden.¹¹ Het is niet uit te sluiten dat een dergelijke selectie ook bij dit onderzoek een rol heeft gespeeld. Het is dus mogelijk dat de acceptatie van de richtlijnen onder de niet-respondenten lager is. In de tweede plaats dient te worden opgemerkt dat niet de feitelijke werkwijze kon worden onderzocht, maar alleen de gerapporteerde werkwijze. De mogelijkheid bestaat dat de feitelijke werkwijze hiervan afwijkt. Tot slot kon niet worden onderzocht welke motieven huisartsen hebben om van bepaalde richtlijnen af te wijken. De huisarts hoeft immers niet altijd de richtlijnen op te volgen; men zal bijvoorbeeld niet altijd vragen naar het beloop van vorige zwangerschappen, omdat dit vaak al bekend is.

Desondanks geven de resultaten van dit onderzoek aanleiding te veronderstellen dat sommige richtlijnen bijgesteld zouden kunnen worden.

Literatuur

- 1 Miller JF, Williamson E, Glue J, et al. Fetal loss after implantation: a prospective study. *Lancet* 1980; ii: 554-6.
- 2 Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. Incidence of early loss of pregnancy. *N Engl J Med* 1988; 4: 189-94.
- 3 Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam. *Huisarts Wet* 1989; 32: 517-22.
- 4 Zwaard A, Zijlstra S, Grol R. Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering rond NHG-standaarden. *Huisarts Wet* 1989; 32: 501-4.
- 5 Grol R, Zwaard A. Deskundigheids- en

- kwaliteitsbevordering bij huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990.
- 6 Grol R, Tielens V, Mookink H, Zwaard A. Ideaal of werkelijkheid? Problemen bij de invoering van standaarden. *Huisarts Wet* 1988; 31: 392-7.
 - 7 Grol R, Zwaard A. Problemen bij de invoering van de NHG-Standaard Orale Anticonceptie. *Huisarts Wet* 1989; 32: 498-500.
 - 8 Anoniem. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 1992. Utrecht: Nivel, 1992.
 - 9 Anoniem. Verloskundige indicatielijst. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987.
 - 10 Grol R. Implementing guidelines in general practice care. *Quality Health Care* 1992; 1: 184-91.
 - 11 Grol R. De verspreiding van NHG-standaarden onder huisartsen. *Huisarts Wet* 1989; 32: 494-7. ■

Abstract

Fleuren MAH, De Haan M, Grol RPTM, Sips AJBI. Do GPs follow the guidelines of the standard (Imminent) Miscarriage? *Huisarts Wet* 1993; 36(11): 370-4.

In 1992 a postal questionnaire was sent to a random sample of 495 Dutch general practitioners to evaluate the use of the standard (Imminent) Miscarriage of the Dutch College of General Practitioners. The response rate was 63 per cent. Guidelines many respondents did not agree to were the period of ten days for the follow-up appointment and a counselling talk after six weeks. Furthermore, the advice to show restraint in making an ultrasoundscan and only to refer to an obstetrician after three consecutive miscarriages was not accepted by all respondents. Many respondents deviated from the guidelines in practice. The respondents mentioned several reasons for not following the

standard. Two main categories of barriers could be distinguished. The first one concerned the acceptance of the guidelines; the general practitioner did not agree to the specific guideline. The second one had to do with more external factors such as the women's wishes for referral or the attitude of the obstetricians who sometimes just took over the guidance.

Key words Abortion; Clinical protocols; Family practice.

Correspondence Ms. M.A.H. Fleuren, MA, Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, VU ziekenhuis Amsterdam, PO Box 7057, 1007 MB, Amsterdam, The Netherlands.