



## 11. Anticonceptie

### Inhoud deeldraaiboek 11

11.1 Inleiding .....	121
11.2 Vragen tijdens het consult .....	122
11.3 Mogelijke methoden .....	124
11.4 Hormonale preparaten .....	126
11.4.1 Inleiding .....	126
11.4.2 Combinatiepreparaten .....	128
11.4.3 Progesteron alleen .....	130
11.5 Intra-uteriene middelen (IUD) .....	131
11.6 Barrièremiddelen .....	133
11.7 Definitieve methoden.....	133
11.8 Klassieke methoden .....	134
11.9 Gebruik van de pil.....	134
11.9.1 Vergeten van de pil: zevendagenregel .....	134
11.9.2 Braken of diarree .....	135
11.9.3 Interactie met medicatie .....	135
11.9.4 Stopweek overslaan .....	136
11.10 Medische overwegingen en bijwerkingen.....	136
11.10.1 Medische overwegingen bij het maken van een keuze .....	136
11.10.2 Bijwerkingen hormoon bevattende anticonceptiemiddelen .....	138
11.11 Wanneer anticonceptie faalt.....	140
Referenties.....	142
Bijlage Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie.....	143

### 11.1 Inleiding

De meest voorkomende hulpvraag tijdens een consult seksuele gezondheid is anticonceptie. Van de Nederlandse vrouwen tussen de 15 en 50 jaar gebuikt 60% een vorm van anticonceptie, 36% van diezelfde groep vrouwen gebruikt de anticonceptiepil (CBS 2014). In Nederland werden in 2008 ruim 1,4 miljoen gebruiksters van combinatiepreparaten door apotheken geregistreerd (GVZ 2009).

Om een goed advies te kunnen geven aan een cliënte is het noodzakelijk kennis te hebben over de bestaande middelen, over contra-indicaties en bijwerkingen. Om een advies op maat te geven zullen we in dit deeldraaiboek de onderwerpen behandelen die in een consult voorbijkomen. Zie tabel 11.1 voor een plan van aanpak voor een eerste en eventueel een tweede consult.

**Tabel 11.1. Plan van aanpak tijdens consult(en).**

Eerste consult	Tweede consult (na ± 3 maanden)
voorstellen	gelegenheid tot vragen stellen
uitleg consult	ervaring met anticonceptiemiddel (bijwerkingen) (zie § 11.10.2)
gelegenheid tot vragen stellen	vertrouwen in werking van het middel
doel van het gesprek verhelderen (zie § 11.2)	ervaringen partner
verhelderen van verwachtingen en ervaringen (zie kader 11.1 en tabel 11.2)	vaardigheden voor juist gebruik (zie § 11.9)
signaleren van misverstanden en wensen (zie kader 11.1)	misverstanden signaleren
bespreken van mogelijke methoden (zie § 11.3)	herhalingsrecept meegeven
medische voorgeschiedenis uitvragen (vragenlijst) (zie § 11.10.1 en bijlage 'Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie')	
bespreken soabeleid (zie deeldraaiboek 8)	
bespreken tevredenheid seksueel leven	
besluitvorming: tweede consult, recept uitschrijven	
productinformatie	
uitleg gebruik methode (zie § 11.9)	
noteer afspraken in dossier	

## 11.2 Vragen tijdens het consult

Wanneer een cliënte op het spreekuur komt met een vraag over anticonceptie, kan het gaan over verschillende onderwerpen. Een cliënte kan een of meerdere van de onderstaande onderwerpen willen bespreken met een verpleegkundige of arts seksuele gezondheid:

- het starten met een (nieuw) anticonceptiemiddel;
- het wisselen naar een ander middel;
- vragen over het gebruik van een middel;
- het falen van een middel of bijwerkingen ervaren;
- de wens om te stoppen met anticonceptie.

Wanneer de juiste informatie aan een cliënte wordt gegeven en als de informatie aansluit bij haar behoeften en ervaringen, bevordert dat direct de therapietrouw. Het is dus van belang om in te gaan op eerdere ervaringen met een middel, de verwachtingen van een middel en op onderliggende misverstanden of mythes. Het is de kunst om deze door de cliënte te laten benoemen. Ook onzekerheden over een middel of het vertrouwen in de betrouwbaarheid dienen opgehelderd te worden. Wat verwacht een cliënte van een middel? Wat zou zij zelf het liefst gebruiken?

In kader 11.1 worden de onderwerpen voor vragen weergegeven die van belang kunnen zijn in een consult over anticonceptie.

**Kader 11.1: Onderwerpen voor vragen tijdens consult**

- Huidige anticonceptie
- Eerdere gebruikte anticonceptie
- Tevredenheid met anticonceptiemiddel
- Verwachtingen van en ideeën over anticonceptiemiddelen
- Wat is voor jou belangrijk? (bijvoorbeeld minder bloeden, planning van je bloeding, frequentie van gebruik van een middel, geen veranderingen aan de huid, geen invloed op seksualiteitsbeleving)
- Starter of wisselen van middel
- Kosten van een middel
- Vaste partner
- Kinderen of kindwens
- Ooit zwanger geweest?
- Miskraam of abortus in verleden?
- Ervaring met vrijen
- Ooit onveilig gevreeën? (onbeschermd tegen SOA? Of zwangerschap?)
- Ervaring van problemen bij het vrijen
- Ooit nare ervaringen gehad op seksueel gebied?

**Tabel 11.2. Vragenlijst wensen anticonceptie.**

Criteria voor gebruik anticonceptie	Methodes die geschikt zijn
Hoe vaak wil je er aan denken? a. iedere dag b. niet iedere dag, maar wel regelmatig c. bijna nooit	Methodes a. pil b. pleister, ring, prikpil c. hormoon IUD, koper IUD, implantaat
Mag iemand anders zien dat je anticonceptie gebruikt? a. ja b. nee, ik wil het geheim houden	Methodes a. pil, implantaat, ring of pleister b. hormoon IUD, koper IUD, prikpil
Mag een dokter je anticonceptie inbrengen? a. ja b. nee, ik wil het helemaal zelf gebruiken	Methodes a. hormoon IUD, koper IUD, implantaat, prikpil b. pil, ring, pleister
Wil je zelf plannen wanneer je ongesteld bent? a. ja b. nee	Methodes a. pil, ring, pleister b. hormoon IUD, koper IUD, implantaat, prikpil
Wil je minder last hebben van je menstruatie? a. ja b. nee	Methodes a. pil, ring, pleister, hormoon IUD, implantaat, prikpil b. koper IUD (je bloeding kan heftiger worden)
Mag je wegens een aandoening geen hormonen gebruiken? a. ja b. nee	Methodes a. koper IUD b. pil, ring, pleister, implantaat, hormoon IUD, prikpil
Moet het zo goedkoop mogelijk zijn? a. ja b. nee, ik wil er best wat geld voor betalen (evt. eenmalig)	Methodes a. koper IUD, pil, prikpil b. ring, pleister (implantaat, hormoon IUD)

\* Bepaal altijd eerst het middel van eerste keuze. Spelen kosten toch een rol, dan kan er voor een ander middel gekozen worden.

Op de website [anticonceptievoorjou.nl](http://anticonceptievoorjou.nl) staat een test die thuis kan worden gedaan door de cliënte of tijdens het spreekuur. De uitkomsten van de test kunnen helpen bij het advies op basis van de wensen van de cliënte. Tabel 11.2 kan ook worden gebruikt bij het maken van een keuze. In de tabel worden enkel hormoonhoudende methoden en intra-uteriene devices (IUD's) besproken (Rutgers 2016).

De kosten van medicatie, en dus ook van anticonceptie, kunnen nagegaan worden via [www.medicijnkosten.nl](http://www.medicijnkosten.nl). Kader 11.2 gaat in op de privacy en het eigen risico van cliënten.

#### **Kader 11.2: Privacy en recepten**

Houd altijd rekening met het eigen risico van de cliënte. Kosten voor anticonceptie worden onder de 21 jaar vergoed uit de basisverzekering. Wanneer er echter nog eigen risico open staat, dan wordt dit eerst aangesproken en moet een cliënte alsnog betalen. Onder de leeftijd van 18 jaar heeft een cliënte geen eigen risico en wordt een middel volledig door de zorgverzekeraar betaald. Ouders hebben dan echter wel inzicht in de zorgkosten van de cliënte. Een uitgave van een anticonceptiemiddel kan dan als 'medicijn uitgifte' onder ogen van ouders komen.

Wanneer er een beeld is verkregen van de wensen en verwachtingen van de cliënte kunnen de opties worden voorgelegd die hierbij passen. Neem samen met de cliënte de middelen door waar zij haar wens naar uitspreekt.

### **11.3 Mogelijke methoden**

Binnen de anticonceptiemiddelen zijn er 6 methoden te onderscheiden. In volgorde van meest naar minst gebruikt zijn dit (CBS 2014):

- hormonale middelen (zoals de pil, pleister of implantaat);
- intra-uteriene middelen (zoals een Intra Uterine Device (IUD));
- barrièremiddelen (zoals het condoom en FemCap®, Caya® of het pessarium);
- definitieve methoden (zoals sterilisatie);
- klassieke methoden (zoals coitus interruptus);
- natuurlijke methoden (zoals periodieke onthouding).

In dit deeldraaiboek worden vooral de hormonale en de intra-uteriene middelen besproken (resp. 11.4 en 11.5). Vervolgens worden barrièremiddelen (11.6), definitieve methoden (11.7) en klassieke methoden (11.8) kort besproken.

Wanneer we praten over de betrouwbaarheid van een anticonceptiemiddel dan gebruiken we de Pearl-index. De Pearl-index geeft het aantal zwangerschappen aan dat ondanks het toepassen van de methode ontstaat bij 100 vrouwen die gedurende 12 menstruatiecycli deze methode op correcte wijze gebruiken. In tabel 11.3 is het percentage vrouwen weergegeven dat tijdens het gebruik van een middel ongepland zwanger raakt (aantal vrouwen per 100 vrouwen dat zwanger raakt tijdens gebruik gedurende 12 cycli van het middel). De cijfers komen uit verschillende onderzoeken, waarvan enkele werden uitgevoerd onder Nederlandse vrouwen en anderen onder Amerikaanse vrouwen. De tabel is gebaseerd op de verschillende onderzoeken (Beerthuizen 2015, Picavet 2011, van Lunsen 2011).

**Tabel 11.3. Betrouwbaarheid anticonceptiemethoden.**

Methoden	% Praktisch	% Theoretisch
<i>Geen anticonceptie</i>	85	85
<i>Hormonale middelen</i>		
- combinatiepil	0.35-0.5	0.3
- anticonceptiering NuvaRing®	0.7	0.3
- anticonceptiepleister Evra®	0.7	0.6
- prikpil	0.3-0.6	0.3
- minipil (Cerazette®/Microlut®/Microval®)	1-5	0.3
- Implanon®	0.03*	0
<i>Intra-uteriene middelen</i>		
- Mirena®	**	0.1-0.2
- koperopp. ≥ 300 mm <sup>2</sup> (Flexi-T®, T-safe®)	**	0.5
- koperimplantaat: Gynefix® (220 mm <sup>2</sup> )	**	0.2
<i>Barrièremiddelen</i>		
- condoom	2-28	2
- vrouwencondoom	5-15	5
- pessarium occlusivum	4-20	1
- FemCap®	***	
- spermiciden	29	18
<i>Definitieve methoden****</i>		
- vasectomie	0.15-0.5	0.15
- sterilisatie vrouw	0.5-1.8	0.5
<i>Klassieke methoden</i>		
- coitus interruptus	6-38	1
- lactatie amenorroe 0-4 mnd.	0.3	0
- lactatie amenorroe 5-6 mnd.	3-16	1-3
<i>Natuurlijke methoden</i>		
- temperatuurmethode	2-7	1
- methode Billings (cervixslijm)	15-35	1-3
- Natural Family Planning (symptothermaal)	7-16	2
- periodieke onthouding	25	4
- Persona®	4-8	6
- standaard dagen methode	12	5

\* Gebleken is dat soms toch zwangerschap ontstaat. In die gevallen blijkt het staafje door het niet strikt opvolgen van de instructies foutief of niet ingebracht te zijn of te zijn ingebracht op een tijdstip, dat al bevruchting had plaatsgevonden.

\*\* Omdat er na plaatsing geen praktische fouten in het gebruik kunnen plaatsvinden, zijn de theoretische en de praktische betrouwbaarheid gelijk aan elkaar.

\*\*\* De Pearl index bij werkelijk gebruik is niet goed bekend. In vergelijking met het pessarium occlusivum is een FemCap® minder betrouwbaar (NHG-standaard Anticonceptie).

\*\*\*\* Betrouwbaarheid is mede afhankelijk van de ervaring van degene die de ingreep uitvoert.

## 11.4 Hormonale preparaten

### 11.4.1 Inleiding

Hormonale preparaten zijn onder te verdelen in combinatiepreparaten en in progesteron-only preparaten. De middelen die tot de eerste groep behoren bevatten zowel progesteron als oestrogenen, de middelen uit de tweede groep bevatten alleen progesteron. Kort gezegd is progesteron het hormoon dat zorgt dat een gebruikster niet zwanger wordt en zijn de oestrogenen toegevoegd om een 'normaal' bloedingspatroon na te bootsen. Progesteron zorgt ervoor dat de rijping van een follikel en de ovulatie wordt geremd. Het zorgt er daarnaast ook voor dat de uitrijping van het baarmoederslijmvlies wordt geremd en het beïnvloedt het cervixslijmvlies zodat de cervix minder doorgankelijk wordt voor zaadcellen.

In een combinatiepreparaat zorgt het oestrogeen voor het opbouwen van het slijmvlies en het progesteron houdt dit opgebouwde slijmvlies vast. In de stopweek dalen beide spiegels en wordt het opgebouwde slijmvlies los gelaten, dit is de 'onttrekkingsbloeding'.

Het slikken van de hormonen in een pil betekent niet dat het lichaam 'extra' hormonen binnen krijgt. De toediening van hormonen middels de pil zorgt ervoor dat de eigen hormoonproductie geremd wordt en dat dit vervangen wordt door de niet-natuurlijke hormonen die in de pil zitten.

#### Indeling pil

De pil wordt ingedeeld in een-, twee- en driefasenpillen, afhankelijk van de samenstelling van de pillen per strip. Bij de eenfasemiddelen hebben alle pillen dezelfde samenstelling gedurende 21 of 22 dagen gevolgd door een stopweek, of gedurende 24 dagen gevolgd door 4 placebotabletten. In dit laatste geval is er een stopperiode van 4 dagen. Bij de twee- en driefasemiddelen is de samenstelling over de weken verschillend. In de praktijk zijn de betrouwbaarheid en veiligheid van de eenfasemiddelen zeer goed. Er is bijna nooit een reden om te kiezen voor een meerfasenpil.

Een andere indeling van de pil is op grond van de chronologie van ontwikkeling. Op basis van wanneer de pil ontwikkeld is en welk type progesteron het bevat, wordt een indeling gemaakt in eerste- tot en met vierdegeneratiepillen. In tabel 11.4 zijn alle verkrijgbare hormonale anticonceptiemiddelen weergegeven.

**Tabel 11.4. Hormonale middelen.**

Merknaam	Samenstelling <sup>†</sup>		
<b>Eenfasepreparaten</b> (alle pillen in de pilstrip hebben dezelfde samenstelling)			
<i>1e generatie</i>			
Ministat <sup>*</sup>	37,5 µg EE	+	0,75 mg lynestrenol
Modicon	35 µg EE	+	0,5 mg norethisteron
Neocon	35 µg EE	+	1 mg norethisteron
<i>2e generatie</i>			
Microgynon 20 / Lovette	20 µg EE	+	0,10 mg levonorgestrel
Microgynon 30 / Stediril 30	30 µg EE	+	0,15 mg levonorgestrel
Microgynon 50 / Neo-SteDiril	50 µg EE	+	0,125 mg levonorgestrel
Cilest	35 µg EE	+	0,25 mg norgestimaat

Merknaam	Samenstelling <sup>†</sup>		
<b>3e generatie</b>			
Femodeen / Minulet	30 µg EE	+	0,075 mg gestodeeen
Marvelon	30 µg EE	+	0,15 mg desogestrel
Mercilon	20 µg EE	+	0,15 mg desogestrel
<b>4e generatie</b>			
Yasmin/ Rosal	30 µg EE	+	3 mg drospirenon
Yaz 24+4** / Daylette 24+4**	20 µg EE	+	3 mg drospirenon
Zoely 24+4**	15 µg E	+	2,5 mg nomegestrol
<b>Driefasenpreparaten</b>			
<b>1e generatie</b>			
Trinovum	35 µg EE	+	0,75-1 mg norethisteron
<b>2e generatie</b>			
Trigynon; Trinordiol	30-40 µg EE	+	0,05-0,125 mg levonorgestrel
<b>Meerfasenpreparaten</b>			
<b>4e generatie</b>			
Qlaira 26+2***	1-3 mg EV	+	2-3 mg dienogest
<b>Anticonceptiering</b>			
NuvaRing	20 µg EE	+	0,12 mg etonogestrel per 24 uur
<b>Anticonceptiepleister</b>			
Evra	34 µg EE	+	0,2 mg norelgestromin per 24 uur
<b>Minipil</b>			
Cerazette/ Solgest	75 µg desogestrel per tablet		
Exluton	0,5 mg lynestrenol		
<b>Prikkpil</b>			
Depo-Provera '150'	150 mg medroxyprogesteron per 12-wekelijkse injectie		
Sayana	160 mg medroxyprogesteron per 12-wekelijkse injectie		
<b>Implantaat</b>			
Implanon	ca. 25-35 µg etonogestrel per dag		
<b>Intra-uterien systeem</b>			
Mirena	ca. 20 µg levonorgestrel per dag		

<sup>†</sup> EE = ethinylestradiol; EV= estradiolvaleraat; E= estradiol.

Progesteron met anti-androgeen effect  Progesteron met androgeen effect

De verschillende progestagenen zijn niet vergelijkbaar in dosering wegens verschil in biologische activiteit.

\* MSD is sinds 2013 gestopt met de productie van Ministat.

\*\* Yaz, Zoely en Daylette bevatten 28 pillen waaronder 4 placebopillen de laatste 4 dagen; er is geen stopweek.

\*\*\* Qlaira bevat 28 pillen waaronder 2 placebopillen de laatste 2 dagen. Er is geen stopweek.

### Het effect van progesteron

Het progesteron wat in een preparaat zit kan verschillen en daarmee ook de werking. Sommige progestagenen hebben een androgeen en anabool bijeffect (met name eerste- en tweedegeneratiepillen). Later ontwikkelde pillen hebben een minder androgeen effect, oftewel een anti-androgeen effect (desogestrel en gestodeen bijvoorbeeld). Wanneer een progesteron androgeen effect heeft, dan verwacht men minder positief effect op acné of bijvoorbeeld toename van de eetlust. Een progesteron met een anti-androgeen effect kan het seksueel verlangen doen afnemen en kan vermoeidheid als bijwerking geven. Welk

progesteron wordt gekozen kan daarom afhangen van bijvoorbeeld eerdere klachten bij pilgebruik. Cliënten met paracyclische stemmingsstoornissen of een duidelijk met de pil samenhangend verminderd seksueel verlangen kunnen juist positief effect hebben van een progesteron met androgene werking (eerste en tweede generatie). Cliënten bekend met acné of klachten van vochtretentie kunnen juist baat hebben bij een pil van een nieuwere generatie en dus met een anti-androgeen effect.

#### *Risico op trombose*

Het risico op trombose bij gezonde jonge vrouwen is extreem klein (<1 op 10.000). Bij gebruiksters van een combinatiepreparaat van de tweede generatie is dat risico iets minder klein (ongeveer 3 op 10.000) en bij derde- en vierdegeneratiepillen ongeveer 5 op 10.000. Het risico is met name het eerste gebruiksjaar aanwezig. De kans op trombose tijdens een zwangerschap wordt geschat op 8 per 10.000, veel hoger dan trombose als gevolg van een pil. Screening op stollingsstoornis heeft geen zin. Alleen als in de familie een bekende stollingsstoornis aanwezig is, dient het risico afgewogen te worden tegen alternatieven of tegen kans op ongewenste zwangerschap.

#### **Kader 11.3: Diane-35®**

Diane-35®, een medicament dat 35 µg ethinylestradiol en 2 mg cyproteronacetaat bevat, werd voorheen nog voorgeschreven als anticonceptiemiddel. Het is echter tegenwoordig niet meer voor anticonceptie geïndiceerd wegens het verhoogde tromboserisico. Daarnaast is het een middel dat een negatieve invloed kan hebben op de seksuele opwinding. Wanneer een gebruikster van de Diane-35® op consult komt, overweeg dan om het advies te geven om te wisselen naar een middel dat wel geïndiceerd is als anticonceptiemiddel. Dit advies wijkt af van de NHG- en NVOG-richtlijn. Deze stellen dat overstappen niet noodzakelijk is bij gebruik van langer dan één jaar, omdat het tromboserisico met name in het eerste jaar verhoogd zou zijn

#### *11.4.2 Combinatiepreparaten*

Wanneer er voor een hormoonbevattend middel wordt gekozen, kan middels onderstaande overzichten het juiste middel gekozen worden. Als er geen speciale redenen zijn om voor een bepaald progestativum te kiezen, is vanwege het laagste tromboserisico in principe een pil met het tweedegeneratie-progestativum (30 of 20 µg levonorgestrel) de eerste keuze.

Voordelen van het gebruik van de pil zijn:


- minder bloedverlies;
- minder kans anemie;
- minder pijn tijdens menstruatie;
- minder goedaardige knobbels in borsten;
- minder cyclusbonden klachten;
- minder premenstruele klachten;
- minder acné en hirsutisme;
- minder kans op pelvic inflammatory disease (PID);
- minder kans maligniteit aan baarmoeder of eierstokken;
- minder kans op colorectaal carcinoom.


Nadelen van het gebruik van de pil zijn:


- bij roken iets vaker hart- en vaatziekten;
- iets vaker trombose gedurende het eerste jaar van gebruik;



- iets vaker trombose wanneer familie bekend met trombose of embolie;
- iets vaker stoornissen in suikerstofwisseling;
- iets vaker verhoging bloeddruk;
- iets vaker goedaardige aandoeningen van de lever;
- mogelijk iets vaker mammacarcinoom.

<b>Overzicht 1. Pil.</b>	
Pil	
Bevat:	oestrogeen 20-50 µg + progestativum. Remming follikelgroei en ovulatie, bemoeilijkte innesteling in endometrium slijmvlies en ondoordringbaarheid van cervixslijm voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	dagelijks 1 pil, stopweek van maximaal 7 dagen. Doorslikken van meerdere strips, maar ook het houden van een kortere stopweek is mogelijk. Meer informatie is te vinden op o.a. <a href="http://www.sense.info">www.sense.info</a> .
Voordelen:	zeer betrouwbaar; minder bloedverlies (amenorroe bij 50% na 1 jaar doorslikken).
Nadelen:	bijwerkingen (meestal gedurende enkele maanden) (zie tabel 11.6); dagelijkse inname.


<b>Overzicht 2. Anticonceptiering.</b>	
NuvaRing®	
Bevat:	oestrogeen 2,7 mg + etonogestrel 11,7 mg (bloedspiegels vergelijkbaar met 35 µg pil). Remming follikelgroei en ovulatie, bemoeilijkte innesteling in endometrium slijmvlies en ondoordringbaarheid van cervixslijm voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	gedurende 3 weken 1 ring vaginaal, 1 week ring uit, maximaal 7 dagen. Ring als een tampon inbrengen. Doorringen is mogelijk. Maximaal 3 uur verwijderen tussentijds.
Voordelen:	zeer betrouwbaar; 2 x per maand aan denken.
Nadelen:	bijwerkingen (zie tabel 11.6); iets vaker vaginale fluor of bacteriële vaginose.


<b>Overzicht 3. Anticonceptiepleister.</b>	
Evra®	
Bevat:	oestrogeen 600 µg (spiegels in bloed vergelijkbaar met pil met minimaal 35 µg oestrogeen) + progesteron (norelgestromin 6 mg). Remming follikelgroei en ovulatie, bemoeilijkt innesteling in endometrium slijmvlies en ondoordringbaarheid van cervixslijm voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	wekelijks nieuwe pleister aanbrengen op de huid (wisselend op bovenarm, romp, buik, bil). Stopweek van maximaal 7 dagen. Doorplakken is mogelijk. Bij het plakken van een nieuwe pleister dient er na 7 dagen binnen 24 uur een nieuwe pleister te zijn geplakt.
Voordelen:	zeer betrouwbaar; bestand tegen water en warmte; wekelijks aan denken.
Nadelen:	bijwerkingen (zie tabel 11.6); bij vrouwen >90 kg is de werking verminderd; iets vaker dan bij pil vocht vasthouden en borstklachten.


#### 11.4.3 Progesteron alleen

De voordelen van de progesteron-only of hormoonvrije middelen ten opzichte van de combinatiepreparaten zijn dat het:

- is toegestaan wanneer er een verhoogd risico op trombose is;
- is toegestaan bij migraine in de voorgeschiedenis;
- uitkomst kan bieden bij klachten die door oestrogenen werden veroorzaakt.

<b>Overzicht 4. Minipil.</b>	
Cerazette®	
Bevat:	progesteron. Remming ovulatie en cervixslijm ondoordringbaar voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	eenmaal daags 1 tablet. Géén stopweek.
Voordelen:	wegblijven van menstruatie (bij 10% na 1 jaar gebruik); mag bij borstvoeding.
Nadelen:	onregelmatig bloedverlies (spotting); wegblijven van menstruatie; dagelijkse inname (strikttere inname noodzakelijk dan bij een combinatiepil).


<b>Overzicht 5. Prikpil.</b>	
Depo Provera®, Sayana®	
Bevat:	progesteron. Remming ovulatie en cervixslijm ondoordringbaar voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	vloeistof elke 12 weken inspuiten i.m. (bil of evt. bovenarm). Sayana® elke 13 weken subcutaan toedienen. Start strikt op eerste tot maximaal de vijfde dag van menstruatie óf op laatste dag van gebruik vorig middel.
Voordelen:	betrouwbaar; wegblijven van menstruatie (bij 55% na 1 jaar gebruik); relatief onzichtbaar voor anderen.
Nadelen:	toediening door hulpverlener; wisselend en onverwacht bloedingsspatroon (bij 45%); wegblijven van menstruatie; strikte toediening, (max. 12 weken tussen 2 doses, resp. 13 weken voor Sayana®); na stoppen kan ovulatie 6-12 maanden uitblijven; niet geschikt voor vrouwen met een kinderwens op korte termijn; niet bij (verdenking) kwaadaardigheid borst of geslachtsorgaan; prikpil relatief gecontra-indiceerd bij jongeren <18 jaar in verband met botopbouw; heroverwegen ander middel na 2 jaar gebruik i.v.m. afname botmineraaldichtheid, advies voldoende calcium en vitamine D in te nemen tijdens gebruik.


<b>Overzicht 6. Implantaat.</b>	
Implanon®	
Bevat:	progesteron. Remming ovulatie en cervixslijm ondoordringbaar voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	toediening door (getrainde) arts. In arm ingebracht, subcutaan. Werking gedurende 3 jaar. Inbrengen na uitsluiten zwangerschap. Langdurige bescherming (3 jaar, bij BMI >25 2 jaar bescherming).
Voordelen:	zeer betrouwbaar; wegblijven van menstruatie (bij 22% na 1 jaar gebruik); normale cyclus terug 1-2 maanden na verwijderen; relatief onzichtbaar voor anderen; plaatsing minimaal invasief via de huid, geen vaginaal onderzoek nodig.
Nadelen:	plaatsing door arts; eerste maanden onregelmatig bloedverlies (spotting); wegblijven menstruatie; mogelijk in eerste weken hoofdpijnklachten.

### 11.5 Intra-uteriene middelen (IUD)

Bij IUD berust de anticonceptieve werking op de lokale effecten in de cervix, uterus en tubae waardoor systemische effecten (en bijwerkingen) worden vermeden. Een IUD kan eenvoudig worden ingebracht door een huisarts,

gynaecoloog, abortusarts of arts seksuele gezondheid met ervaring. Ook bij vrouwen die nog nooit zwanger zijn geweest, kan een IUD geplaatst worden.

<b>Overzicht 7. Hormoonhoudend IUD.</b>	
Mirena®	
Bevat:	progesteron. Zorgt dat slijmvlies minder opbouwt, indikking van het cervixslijm en vertraagt de beweging van zaadcellen. Geeft geen ovulatierepressie bij 95% van de vrouwen.
Toedieningsvorm + gebruik:	plaatsing intra-uterien door arts. Plaatsing in 1e week van cyclus, uitsluiten zwangerschap. Uitsluiten van soa van belang! Gedurende 5 jaar bescherming.
Voordelen:	direct effectief na plaatsing (mits plaatsing op het juiste tijdstip in cyclus); zelf controle naar draadjes mogelijk; direct vruchtbaar na verwijdering; wegblijven van menstruatie (bij 35% na 1 jaar gebruik); onzichtbaar voor anderen.
Nadelen:	plaatsing door arts; kans op uitstoting; na bevalling 6 weken wachten tot plaatsing; eerste maanden onregelmatig bloedingspatroon en buikpijn of hoofdpijn; onvoorspelbaar bloedingspatroon; vaker vaginale fluor; toename acné.

<b>Overzicht 8. Koper IUD.</b>	
Flexi-T®, T-Safe®, Gynefix® (Multiload® is sinds 2016 uit de handel genomen)	
Bevat:	koper. Koperionen vertragen beweeglijkheid van zaadcellen en er ontstaat een steriele ontstekingsreactie waardoor vruchtbaarheid vermindert.
Toedieningsvorm + gebruik:	plaatsing intra-uterien door arts. Plaatsing in 1e week van cyclus, uitsluiten zwangerschap. Uitsluiten van soa van belang! Afhankelijk van type IUD 5-10 jaar betrouwbaar.
Voordelen:	geen hormonale bijwerkingen; direct effectief na plaatsing; zelf controle naar draadjes mogelijk; direct vruchtbaar na verwijdering; ook te gebruiken als morning-aftermiddel (tot 5 dagen na onbeschermd coïtus); onzichtbaar voor anderen.
Nadelen:	plaatsing door arts; kans op pijnlijkere menstruatie en meer bloedverlies; kans op uitstoting; na bevalling 6 weken wachten tot plaatsing; vaker vaginale fluor.

### 11.6 Barrièremiddelen

Condooms zijn over het algemeen van zeer goede kwaliteit. De betrouwbaarheid wordt met name verminderd door onjuist gebruik. We gaan ervan uit dat de juiste manier van een condoom omdoen bekend is bij de zorgverlener. Naast dat een condoom een goed anticonceptiemiddel is, biedt het ook bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.

Het vrouwencondoom is een zakje dat middels 2 ringen wordt gefixeerd in en buiten de vagina van de vrouw. Het kan voor het vrijen worden ingebracht en maakt de vrouw niet afhankelijk van het gebruik van een condoom door de man.

Het pessarium (occlusivum) is een kapje dat door de vrouw in de vagina wordt gebracht en dat de baarmoedermond afdekt. Ook dit kan voor het vrijen worden ingebracht en dient minimaal 6-8 uur na de coitus te blijven zitten. Het pessarium wordt door een arts aangemeten en er dient altijd gebruik te worden gemaakt van zaaddodende pasta.

Caya® is een variatie op het pessarium met het verschil dat dit middel niet aangemeten dient te worden door een arts. Er is 1 universele maat.

De FemCap® is een variant van het portiokapje en dient om de baarmoedermond geplaatst te worden. Er zijn 3 standaardmaten verkrijgbaar. Beide middelen moeten 6 uur blijven zitten na de geslachtsgemeenschap en dienen altijd gebruikt te worden in combinatie met een zaaddodende pasta.

Het plaatsen en verwijderen van zowel een pessarium, Caya® of FemCap® kan in de praktijk lastig zijn en wordt bij voorkeur voorgeschreven aan vrouwen die vertrouwd zijn met hun lichaam.

### 11.7 Definitieve methoden

Sterilisatie is een vorm van anticonceptie met als doel om de bevruchting definitief onmogelijk te maken. In de praktijk blijkt dat er desondanks een zeer kleine kans bestaat dat er toch een zwangerschap ontstaat. Zowel een man als een vrouw kan gesteriliseerd worden. Als iemand op gesprek komt om een definitieve methode te bespreken, dan is het belangrijk de onomkeerbaarheid van deze methode te noemen. Vanzelfsprekend dient er te worden nagegaan of beide partners instemmen en weloverwogen kiezen voor sterilisatie.

Bij sterilisatie van de man wordt de procedure een vasectomie genoemd. In een procedure van een half uur worden beide zaadleiters doorgenomen. Naderhand is gedurende 3 maanden nog aanvullende anticonceptie nodig. Hierna ziet men in 0,1% van de gevallen toch een zwangerschap optreden bij de vrouw. Indien er spijt is bij de man kan een hersteloperatie worden uitgevoerd. De kans op zwangerschap na een hersteloperatie is echter maximaal 50%. Spijt en de vraag om een hersteloperatie komen vaker voor bij mannen die onder de leeftijd van 30 jaar en zonder kinderen zijn gesteriliseerd.

Bij de vrouw worden middels een kijkoperatie via de buik of via de baarmoeder de eileiders doorgenomen of geblokkeerd. Wanneer via de vagina de eileiders worden geblokkeerd dan zal er de eerste 3 maanden nog aanvullende anticonceptie gebruikt moeten worden. Methodes die tegenwoordig veelvuldig gebruikt worden zijn Ovabloc® en Essure®, waarbij

er een veertje in de eileiders wordt geplaatst. Adiana® is een nieuwe methode waarin de eileider van binnenuit dicht gebrand wordt. Wanneer er is gekozen de eileiders door te nemen via een kijkoperatie via de buik dan is er direct sprake van steriliteit. Bij de methodes met Essure®, Ovabloc® en Adiana® is geen hersteloperatie mogelijk.

### 11.8 Klassieke methoden

Een stel dat geen medische interventie wenst en waarbij een zwangerschapswens aanwezig is maar nog niet actueel, kan kiezen voor coitus interruptus of voor onthouding in de vruchtbare periode.

Door geen seks te hebben rondom de dagen van de ovulatie kan een zwangerschap voorkomen worden. Gemiddeld ligt de vruchtbare periode van een vrouw tussen de 8e en 19e cyclusdag, gerekend vanaf de eerste dag van de menstruatie. De ovulatie berekenen kan op verschillende manieren. Computertjes die gebruikt worden om de ovulatie te berekenen zijn Cyclotest 2 Plus® en Lady-Comp® (berekeningen op basis van temperatuurmetingen) en Mini Sophia® (waarbij ook gegevens over het cervixslijm worden meegerekend). Het nieuwste computertje op de markt is Lady-Comp®, waarbij middels temperatuurmetingen en de informatie over de cyclus van de vrouw de vruchtbare dagen en de 'veilige' dagen worden aangegeven. Dit is gebaseerd op metingen van 800.000 cycli onder enkele duizenden vrouwen. Ten slotte kan het cervixslijm ook gebruikt worden om het tijdstip van ovulatie te bepalen.

Onthouding, oftewel geen gemeenschap tijdens seksuele activiteit, of coitus interruptus is theoretisch een betrouwbare methode. Praktisch is het echter moeilijk uitvoerbaar, wat maakt dat het een onbetrouwbare methode is om zwangerschap te voorkomen. Ondanks dat er geen gemeenschap plaatsvindt, kunnen spermacellen toch, via ejaculatie voor de ingang van de vagina of via vingers, zich een weg weten te vinden naar de baarmoeder.

De lactatie-amenorroe-methode (LAM) wordt gebruikt wanneer vrouwen borstvoeding geven. Indien er aan strikte voorwaarden wordt voldaan is deze methode redelijk betrouwbaar (circa 98%). Het kind moet dan uitsluitend borstvoeding krijgen (geen enkele vorm van bijvoeding) en er mag nooit meer dan 6 uur tussen de borstvoedingen of kolfbeurten zitten.

### 11.9 Gebruik van de pil

#### 11.9.1 Vergeten van de pil: zevendagenregel

Voor een effectieve ovulatieremming is het noodzakelijk 7 dagen aaneengesloten adequaat de pil te slikken. In de stopweek begint, door het wegvallen van de hormonen, een ovariële cyclus. Aan het eind van de stopweek kunnen er rijpende follikels zijn die weinig stimulatie nodig hebben om tot een ovulatie te komen. Daarom dient er heel secuur na 7 dagen gestart te worden met een nieuwe pilstrip. Als er niet op tijd wordt begonnen of wanneer er in die eerste week een pil vergeten wordt, kan alsnog een ovulatie optreden. In de tweede week is een ovulatie minder waarschijnlijk, omdat er al minimaal 7 dagen pilgebruik aan vooraf is gegaan. In week 3 kan het vergeten van een pil een ovulatie geven, wanneer er na het vergeten van de pil niet aansluitend 7 dagen adequaat de pil wordt geslikt.

De 'regel van 7' vat de bovenstaande uitleg samen. De basis van deze regel houdt in dat er 7 actieve pillen achtereen worden ingenomen en het innemen

van actieve pillen mag nooit langer dan 7 achtereenvolgende dagen worden onderbroken. Er mag nooit later gestart worden met de pil dan na 7 dagen stoppen. Dit betekent dat ook wanneer er nog een onttrekkingsbloeding is er tóch gestart moet worden na 7 dagen (of bijvoorbeeld bij Yaz® na 4 dagen en Qlaira® na 2 dagen). Zie tabel 11.5 voor een schematisch overzicht wat te doen bij een vergeten pil. NB: de tabel is enkel toepasbaar op eenfasepreparaten.

**Tabel 11.5. Maatregelen indien 1 of meer pillen vergeten.**

Week	Maatregelen
eerste pilweek*	laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken
	7 dagen condoomgebruik of volledige onthouding
	<b>wel coïtus**</b> : aanvullend noodanticonceptie
tweede pilweek	laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken
	geen speciale maatregelen, geen zwangerschapsrisico
derde pilweek	laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken en zonder stopweek minstens 7 dagen doorgaan met de nieuwe strip
	OF: stopweek van maximaal 7 dagen te beginnen op de dag van de vergeten pil

\* Indien de pil continu wordt geslikt dan zijn de maatregelen van toepassing zoals in week 2.

\*\* In de periode van 5 dagen voor het vergeten van de pil.

De zevendagenregel wijkt af van de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Het belangrijkste verschil is dat de NHG-standaard (Brand 2011) aanhoudt dat er in de eerste en derde week pas speciale voorzorgsmaatregelen nodig zijn bij het vergeten van niet 1 maar 2 pillen. Sense, maar ook de Stichting Anticonceptie Nederland en CASA, hebben de NHG-standaard niet overgenomen met als reden dat de zevendagenregel eenvoudiger is en elk additioneel risico uitsluit.

Het voor het eerst starten van de pil kan op:

- de eerste dag van de menstruatie; direct betrouwbaar;
- elke willekeurige dag in de cyclus, mits er niet eerder een kans op zwangerschap is gelopen; aanvullende maatregelen gedurende de eerste 7 dagen.

### 11.9.2 Braken of diarree

Bij braken binnen 4 uur na inname, moet deze pil beschouwd worden als 'vergeten' pil. Indien er binnen 36 uur na de voorlaatst ingenomen pil een nieuwe pil ingenomen wordt, is er geen probleem. Wanneer dit niet gebeurt dan geldt hier ook de zevendagenregel.

Een beetje diarree heeft normaal gesproken geen invloed op de betrouwbaarheid van de pil. Wanneer er echter sprake is van waterdunne ontlasting kan de opname van de pil verminderd zijn, waardoor deze pil als 'vergeten' pil beschouwd moet worden.

### 11.9.3 Interactie met medicatie

Antibiotica worden tegenwoordig nog steeds vaak genoemd als medicatie die de werking van anticonceptie zou verminderen. Er zijn echter bijna *geen*

antibiotica die de werking van anticonceptie negatief beïnvloeden, behalve de 2 hieronder genoemde.

De volgende medicatie kan verminderde betrouwbaarheid van anticonceptiemiddelen en noodanticonceptie veroorzaken:

- antibiotica: alléén rifampicine en rifabutine (tot 4 weken na einde van behandeling);
- griseofulvine;
- sommige anticonvulsiva (gebruikt bij de behandeling van epilepsie);
- sommige antiretrovirale middelen;
- middelen bij diarree: Norit, Agarol;
- sint-janskruid.

#### *11.9.4 Stopweek overslaan*

Een stopweek in een pilstrip is ingebouwd om een cyclus te laten lijken op een natuurlijke menstruatiecyclus, maar de stopweek is medisch gezien niet noodzakelijk. Vaak slikken pilgebruiksters de pil door. Wanneer er langer dan 3 maanden wordt doorgeslikt met de pil, is de kans groter dat er 'spotting' optreedt, oftewel onregelmatig bloedverlies op onverwachte momenten. Er kan dan voor gekozen worden een stopweek te starten van maximaal 7 dagen of om door te blijven slikken. Bij permanent doorslikken van een sub 50 pil treedt bij het merendeel van de vrouwen amenorroe op (na 1 jaar bij 55%).

Ook het inkorten van een stopweek tot een aantal dagen is mogelijk en doet niet af aan de betrouwbaarheid van een pil. Op [www.sense.info](http://www.sense.info) is hier voor pilgebruiksters meer informatie over te vinden.

### **11.10 Medische overwegingen en bijwerkingen**

#### *11.10.1 Medische overwegingen bij het maken van een keuze*

Wanneer een cliënte een duidelijke keuze heeft kunnen maken, is het van belang te kijken of zij gezond is en geen onderliggende aandoening heeft, waardoor een middel beter niet gekozen kan worden. Er zijn situaties, ziekten en aandoeningen waarbij het risico van het gebruik van het ene middel groter is dan wanneer er een ander middel wordt voorgeschreven.

De WHO heeft van alle anticonceptiemethoden geschiktheidscriteria opgesteld voor vele medische aandoeningen (WHO 2015). Deze criteria zijn in 4 categorieën ingedeeld:

- Categorie 1: er is geen enkele beperking voor het gebruik van de methode.
- Categorie 2: de voordelen van de methode zijn over het algemeen groter dan de theoretische of bewezen risico's.
- Categorie 3: de theoretische of bewezen risico's zijn groter dan de voordelen van de methode, maar deze kan incidenteel onder bijzondere omstandigheden en onder strikte medische controle wel gebruikt worden.
- Categorie 4: het gezondheidsrisico van de methode is niet acceptabel.

In kaders 11.4 t/m 11.6 zijn aandoeningen of situaties weergegeven die vallen in categorieën 3 en 4, gebaseerd op het WHO-rapport uit 2015. Tijdens een consult kan een checklist gebruikt worden om de medische voorgeschiedenis van een cliënte uit te vragen (zie de bijlage 'Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie').



**Kader 11.4: Geen pil, ring, pleister adviseren indien cliënte bekend (geweest) is met:**

*Categorie 4*

- hartaanval, herseninfarct, trombose of longembolie;
- leeftijd  $\geq 35$  jaar en roken ( $\geq 15$  sigaretten per dag);
- 2 of meer van de bekende risicofactoren voor hart- en vaatziekten: roken (vaker dan incidenteel), hoge bloeddruk, verhoogd cholesterolgehalte, diabetes mellitus, leeftijd  $> 35$  jaar;
- bloeddruk boven 160/100 mm Hg;
- grote operaties waarbij langdurige immobilisatie;
- SLE met positieve antifosfolipiden antilichamen;
- migraine met aura;
- op dit moment mammacarcinoom;
- diabetes met nefropathie/retinopathie/neuropathie, of in combinatie met andere hart- en vaatziekten;
- ernstige leverfunctiestoornissen;
- borstvoeding binnen 6 weken post partum.

*Categorie 3*

- leeftijd  $\geq 35$  jaar en roken ( $< 15$  sigaretten per dag);
- hoge bloeddruk;
- migraine zonder aura indien ouder dan 35 jaar;
- afgelopen 5 jaar mammacarcinoom;
- op dit moment symptomatische galblaasziekte;
- medicatiegebruik: sint-janskruid, rifampicine, sommige anti-epileptica (fenytoïne, carbamazepine, barbituraten, primidon, topiramaat, oxcarbazepine, lamotrigine).

**Kader 11.5: Geen IUD adviseren indien cliënte bekend (geweest) is met:**

*Categorie 4*

- bestaande zwangerschap of een vermoeden daarop;
- sepsis na partus of abortus;
- vaginale bloedingen met onbekende oorzaak;
- blijvend hoge hCG-spiegels na EUG;
- cervix carcinoom;
- op dit moment mammacarcinoom (alleen bij hormoonbevattend IUD);
- endometrium carcinoom;
- bekende verklevingen of vervormingen van de uterus;
- actieve PID.

*Categorie 3*

- binnen de eerste 4 weken post partum;
- acute diep veneuze trombose (alleen bij hormoonbevattend IUD);
- SLE met positieve antifosfolipiden antilichamen (alleen bij hormoonbevattend IUD);
- voorgeschiedenis met EUG;
- afgelopen 5 jaar mammacarcinoom (alleen bij hormoonbevattend IUD).

NB: adviseer geen Mirena® IUD bij acné of paracyclische klachten.

**Kader 11.6: Geen Implanon®, prikpil of minipil adviseren indien cliënte bekend (geweest) is met:**

*Categorie 4 (alle progesteron-only methoden)*

- op dit moment mammacarcinoom.

*Categorie 3 (alle progesteron-only methoden)*

- actieve veneuze trombo-embolische aandoening;
- SLE met positieve antifosfolipiden antilichamen;
- afgelopen 5 jaar mammacarcinoom.

*Categorie 3 (alleen prikpil)*

- <6 weken post partum;
- 2 of meer van de bekende risicofactoren voor hart- en vaatziekten: roken (vaker dan incidenteel), hoge bloeddruk, verhoogd cholesterolgehalte, diabetes mellitus, leeftijd >35 jaar;
- bloeddruk boven 160/100 mm Hg;
- hartaanval, herseninfarct, trombose of longembolie;
- diabetes met nefropathie/retinopathie/neuropathie, of in combinatie met andere hartvaatziekten;
- ernstige leverfunctiestoornis.

*Categorie 3 (alleen minipil)*

- rifampicine gebruik.

De meeste aandoeningen worden uitgevraagd om het risico op een eventueel trombo-embolisch proces in te schatten. Bedenk echter altijd dat het risico bij een gezonde vrouw om een trombose te ontwikkelen vrijwel nihil is. Hoewel het gebruik van de anticonceptiepil dit risico op trombose met 2 tot 3 keer verhoogt, blijft de kans op trombose door alleen de pil heel klein.

*11.10.2 Bijwerkingen hormoon bevattende anticonceptiemiddelen*

Wanneer er voor het eerst wordt begonnen met een anticonceptiemiddel, maar ook wanneer er wordt gewisseld van methode, kan het zijn dat er in de eerste maanden van het gebruik verschillende aanpassingsverschijnselen zijn. Vrijwel alle vrouwen merken bij het gebruik van de pil lichamelijke veranderingen. De echt storende bijwerkingen verdwijnen meestal gedurende de eerste 3 maanden. Ongeveer 8 tot 10% van de vrouwen ervaart hinderlijke, maar onschuldige bijwerkingen van de pil. Jaarlijks stopt 5-6% van de pilgebruiksters met de pil wegens blijvend bestaande bijwerkingen. Ook na het stoppen met een anticonceptiemiddel kunnen na-effecten van een hormoonbevattend anticonceptiemiddel kortdurend blijven bestaan.

Het is belangrijk om een cliënte van tevoren te wijzen op deze adaptatieperiode van enkele maanden. Indien de bijwerkingen te storend zijn of niet verdwijnen na enkele maanden, kan er gekozen worden voor een ander middel of andere methode.

In de anamnese moet duidelijk gevraagd worden naar:

- begin van gebruik pil of ander anticonceptiemiddel;
- begin van de klachten;
- beloop van klachten, ernst en mate van hinder in dagelijks leven;
- wijze van inname van middel;
- medicatie gestart of gestopt.

**Tabel 11.6. Beleid te vormen bij bijwerkingen bij hormonale anticonceptiemiddelen.**

Bijwerkingen pil	Beleid
<i>Oestrogeenafhankelijke bijwerkingen</i>	
gewichtstoename	oestrogeen lager doseren of naar 4e-generatiepil (drospirenon)
hoofdpijn in de stopweek	doorslikken in stopweek (3-6 strips of doorslikken tot het optreden van een doorbraakbloeding en dan een 'stopweek'), evt. Yaz 24+4®
toename hoofdpijn tijdens pilstrip	oestrogeen lager doseren
melasma/pigmentatie (zwangerschapsmasker)	stoppen pil, minder of geen oestrogeen
prikkelbaarheid rond einde pilstrip	doorslikken in stopweek, wisselen pil (1e-generatie-progestageen), evt. Yaz 24+4®
misselijkheid	tijdstip van inname veranderen, bij de maaltijd innemen. Blijvend na 3 maanden: oestrogeen lager doseren
borsten (pijnlijk of groter)	oestrogeen lager doseren
dysmenorroe (pijnlijke menstruatie in stopweek)	oestrogeen lager doseren, doorslikken in stopweek of pijnstilling tijdens de stopweek gebruiken
bloedingen 2e cyclushelft*	oestrogeen lager doseren, overstap naar ander progestageen (3e generatie)
continue spotting (na langere duur)*	geruststellen, tijdelijk stoppen met pil, oestrogeen (tijdelijk) hoger doseren (in combinatie met 1e- of 2e-generatie-progestageen) of meerfasenpil
<i>Progestageen afhankelijke bijwerkingen</i>	
verminderd seksueel verlangen	progestageen uit 1e- of 2e-generatiepil, lager oestrogeen doseren (Microgynon 20® bijvoorbeeld)
amenorroe	geruststellen, indien vervelend dan kortdurend oestrogenen bijgeven of overstappen op een pil met iets meer oestrogeen ( $\geq 30$ EE)
stemmingsproblemen	goede anamnese afnemen, relatie met introductie middel uitzoeken. Doorslikken zonder stopweek, ander progestageen proberen (lynestrenol of norethisteron) met een meer oestrogeen overwicht
'droge vagina'	seksuele anamnese afnemen, progestageen lager of oestrogeen hoger doseren
vochretentie (langere duur)	4e-generatiepil proberen (drospirenon) en/of oestrogeen lager doseren
bloedingen 1e cyclushelft	overstap ander progestageen (1e of 2e generatie), oestrogeen hoger doseren of meerfasenpil
<i>Androgene bijwerkingen</i>	
acné	overgaan op 3e- of 4e-generatiepil met minimaal 30 $\mu\text{g}$ EE (Marvelon®, Yasmin®, Femodeen®)
toename eetlust	overgaan op 3e- of 4e-generatiepil
spotting, amenorroe*	driefasenpil. Bij amenorroe evt. oestrogeen hoger doseren
hirsutisme (overbehaving)	overgaan op 3e- of 4e-generatiepil

\* Bij na 3 maanden persisterende doorbraakbloedingen of spotting is het altijd van belang een aantal vragen te stellen over factoren die deze bloedingen kunnen veroorzaken. Vraag altijd naar: pilinname (hoe wordt de pil ingenomen, wanneer wordt de pil ingenomen, vergeten pil), rookgedrag,

medicatiegebruik, is er sprake van diarree of braken, kans op soa, zijn er contactbloedingen. Sluit altijd gynaecologische oorzaken uit van onregelmatig bloedverlies. Indien uitgesloten, dan kan volgens bovenstaande tabel beleid gevormd worden.

Tabel 11.6 helpt bij het maken van een keuze aan de hand van de klachten. Het is goed om te bedenken dat de meeste van deze klachten vaker niet dan wel door de pil worden veroorzaakt. Een zorgvuldige anamnese is dus raadzaam. Het is verstandig altijd in overleg met een arts een overweging te maken. Zowel de zorgverlener als de cliënte moet beseffen dat het soms zoeken is naar een geschikt middel zonder al te veel bijwerkingen. Vaak is de oplossing voor een probleem dan ook niet direct gevonden.

### 11.11 Wanneer anticonceptie faalt

Noodanticonceptie kan nodig zijn in de volgende situaties:

- onbeschermd coïtus;
- vergeten van de pil of te laat starten van de pil;
- scheuren of afglijden van het condoom;
- te laat plaatsen van een nieuwe NuvaRing®, Evra® pleister of prikpil.

#### Kader 11.7: Vragen bij consult rondom noodanticonceptie

- Wat ging er mis?
- Wanneer was het onbeschermd contact?
- Wanneer was de eerste dag van de laatste menstruatie? Hoe ziet je cyclus er normaal gesproken uit?
- Was het seksuele contact gewenst of ongewenst?
- Bij de pil: hoeveel pillen ben je vergeten? Welke pil ben je precies vergeten?
- Heb je vaker noodanticonceptie gebruikt?
- Gebruik je medicijnen, ben je bekend met astma of leverfunctiestoornissen?

De effectiviteit van de Norlevo® en de EllaOne® neemt af naarmate er tijd verstrijkt vanaf het onbeschermd contact.

De effectiviteit van Norlevo® is enkel getest wanneer deze binnen 72 uur na gemeenschap werd ingenomen. Hoe eerder het middel is genomen na het onbeschermd contact, liefst <24 uur, des te effectiever is het middel (WHO 2016).

Voor EllaOne® geeft onderzoek aan dat zowel inname vóór als ná 72 uur, (maar binnen 120 uur) effectief is. Ook bij inname tussen 72 en 120 uur is de kans op zwangerschap daarom klein.

Mogelijk is EllaOne® effectiever dan Norlevo® (Glasier 2010). Een plaatsing van een koperspiraal is echter de meest betrouwbare methode.

Er zijn aanwijzingen dat Norlevo® en Ellaone® minder werkzaam zouden zijn bij een hogere BMI, maar de gegevens uit deze onderzoeken waren beperkt en niet overtuigend. Daarom worden Norlevo® en Ellaone® voor alle vrouwen aanbevolen, ongeacht hun gewicht of BMI.

**Tabel 11.7. Opties noodanticonceptie.**

	Maximum aantal uur te gebruiken na onbeschermd seksueel contact	Te verkrijgen via	Hoe te gebruiken	Overweeg ander middel bij	Kosten
levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo®, Isteranda®, Postinor®, levonorgestrel Actavis®, Tansy®, Etiyone®, Halyone®, levonorgestrel Teva® noodpil)	tot 72 uur (hoe eerder, hoe effectiever!)	over de counter via apotheek of drogist	eenmalig 1,5 mg levonorgestrel	gebruik van geneesmiddelen tegen epilepsie, tuberculose of hiv, of het gebruik van sint-janskruid*	circa € 10-15 (op recept voor jongeren <21 jaar vergoed, recept via <a href="http://www.anticonceptie-online.nl">www.anticonceptie-online.nl</a> )
ulipristal 30 mg (Ellaone®, noodpil)	tot 120 uur (hoe eerder, hoe effectiever!)	over de counter via apotheek of drogist	eenmalig 30 mg ulipristal, hierna tot begin menstruatie aanvullend condooms	ernstige astma, ernstige leverfunctiestoornissen, vermoeden op bestaande zwangerschap, gebruik van geneesmiddelen tegen epilepsie, tuberculose of hiv, of het gebruik van sint-janskruid*	circa € 30
koper IUD (T-safe®, noodspiraal)	tot 120 uur	op recept	door arts te plaatsen (gynaecoloog, huisarts, sense-arts) + antibiotica profylaxe	zie kader 11.5	circa € 70 (na plaatsing 10 jaar bescherming)

\* Het gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen tegen epilepsie, tuberculose of hiv, of het gebruik van sint-janskruid kan de werkzaamheid van beiden soorten noodpillen verminderen. Bij levonorgestrel noodpillen is het mogelijk in dat geval een dubbele dosering in te nemen. Een koperspiraal biedt echter meer zekerheid in dat geval.

Het gelijktijdig gebruik van maagzuurremmers kan de biologische beschikbaarheid van Ellaone® verminderen. Voor advies bij gelijktijdig gebruik zie bijsluiters van Ellaone®.

Bespreek tijdens het consult over noodanticonceptie het volgende:

- Na gebruik van noodanticonceptie kan de menstruatie soms enkele dagen eerder of later komen dan verwacht.
- Noodanticonceptie kan de werking van andere hormonale anticonceptiemiddelen verminderen. We raden een cliënte aan tot de eerstvolgende menstruatie aanvullend condooms te gebruiken.

- Het is altijd van belang de cliënte te adviseren een zwangerschapstest te doen minimaal 2 weken na het onbeschermd contact, om zeker te kunnen zijn dat er geen zwangerschap is ontstaan.
- Bespreek het soarisiko.
- Adviseer noodanticonceptie in huis te hebben voor een eventueel volgende noodsituatie.
- Bijwerkingen die kunnen optreden bij de noodpillen zijn: misselijkheid, braken (denk aan inname nieuwe pil), duizeligheid, hoofdpijn, buikpijn, gevoelige borsten, rugpijn, pijnlijke menstruatie.

Wanneer er voor wordt gekozen een koperspiraal te plaatsen dan kunnen cliënten terecht bij hun eigen huisarts en anders bij abortusklinieken, gynaecologen of bij enkele GGD'en.

### Referenties

- Beerhuizen RJCM 2015. [Anticonceptie online](#) (geraadpleegd 10-2015).
- Brand A, Bruinsma A, van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, Smeenk R, de Swart S, Kurver M, Goudswaard L 2011. [NHG-Standaard Anticonceptie](#). NHG.
- CBS 2014. [Statline: geboorteregeling; anticonceptiemethode en leeftijd \(exact\) van de vrouw](#) (geraadpleegd 27-2-2016).
- Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, Sogor L, Bliethe DL, Scherrer B, Mathe H, Jaspert A, Ulmann A, Gainer E 2010. [Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis](#). *Lancet* 375(9714):555-562.
- GVZ 2009. [GIPeilingen 2008: ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik](#). Diemen: GIP/CVZ (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, september 2009, nr. 30).
- van Lunsen HW, Roumen FJ 2012. Het anticonceptieconsult. In: Heineman MJ, Evers JLH, Massuger LFAG, Steegers EAP. *Obstetrie en gynaecologie: de voortplanting van de mens*. 7e druk. Amsterdam: Reed Business.
- Picavet C, van der Leest L, Wijsen C 2011. [Contraceptive decision making: backgrounds and outcomes of contraceptive methods](#). Utrecht: Rutgers.
- Rutgers 2016. *Anticonceptie voor jou: voorlichting over anticonceptie*. Utrecht: Rutgers.
- WHO 2015. [Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition](#).
- WHO 2016. [Factsheet Emergency contraception](#).



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

**Bijlage**  
**Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van  
hormonale anticonceptie**



Inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie

### **GEGEVENS CLIËNTE**

Naam cliënte

Pinnummer

Leeftijd/geboorte datum /

Tel.nr

Naam huisarts

Huisarts informeren?      Ja, d.d.      Nee (cliënt weigert)

### **AANDOENINGEN**

**Heeft cliënte te maken gehad met 1 van de onderstaande aandoeningen:**

**JA**

**NEE**

hartaanval

herseninfarct/-bloeding

trombose of longembolie

ernstige leverfunctiestoornis

symptomatische galblaasziekte

borstvoeding (op dit moment)

SLE

borstkanker

endometriumcarcinoom

migraine met aura

diabetes (gecompliceerd)

stollingsstoornis

**Bij 1 of meer JA:**

- overleg met arts
- andere anticonceptie bespreken
- zo nodig verwijzen naar huisarts voor eventueel onderzoek naar stollingsproblemen

**Zijn alle antwoorden met NEE beantwoord?**

**Ga door met volgende schema's**



## RISICOFACTOREN

Is er sprake van bekende risicofactoren voor hart- en vaatziekten (geweest)?

JA

NEE

roken ( $\geq 15$  sigaretten per dag)

leeftijd  $\geq 35$  jaar

hypertensie ( $> 140/90$  mmHg)

verhoogd cholesterolgehalte

diabetes mellitus

Advies: **bij 2 of meer JA  $\rightarrow$  bespreek met arts**

**Adviseer verder:**

- stop met roken
- stopt cliënte niet met roken: raad combinatiemethode af
- bespreek andere anticonceptie

## GENEESMIDDELENGEBRUIK

JA

NEE

Gebruik je geneesmiddelen?

Zo ja, welke:

De combinatiepil is verminderd betrouwbaar bij gebruik van anti-epileptica, rifampicine of rifabutine, antimycotica (zoals griseofulvine) en sint janskruid. Bij twijfel over interacties: overleg met arts.

## GYNAECOLOGISCHE KLACHTEN

JA

NEE

contactbloedingen

baarmoederhalskanker

verklevingen van de baarmoeder

Als **JA**: sluit bij contactbloedingen soa uit en overleg voor een passend anticonceptieadvies met de behandelend arts bij gynaecologische afwijkingen.

**Zijn er contra-indicaties voor hormonaal anticonceptiegebruik?**

**JA:**

- Geef geen recept mee, overleg met de arts en verwijs zo nodig

**NEE:**

- Ga door naar instructies voor gebruik hormonale anticonceptie (zie draaiboek Consult seksuele gezondheid, deeldraaiboek 11, paragraaf 11.4-11.5).
- Vraag cliënte toestemming om de huisarts te informeren over start hormonale anticonceptie. Als cliënte dat niet wil geven, dan doe je dat niet. Teken in je registratieformulier aan dat je het informeren van de huisarts hebt besproken en dat cliënte daarvoor géén toestemming geeft.

**Hormonale anticonceptie voorgeschreven**

**NEE**

**JA**

**Naam middel:** .....

**Plaats:** .....

**Datum:** .....

**Naam en handtekening  
arts**

**Naam en handtekening  
verpleegkundige**

.....

.....