



10. Anticonceptie

Vastgesteld LOI-SG: 3 december 2024

Wijzigingen sinds vaststelling:

- Mei 2025: Toevoeging nieuwe paragraaf Anticonceptie voor non-binaire of transgender personen (schriftelijke vaststelling LOI-SG in maart 2025).

Inhoud deeldraaiboek 10

10.1 Inleiding	132
10.2 Vragen tijdens het consult	133
10.3 Mogelijke methoden en betrouwbaarheid	137
10.4 Hormonale preparaten.....	138
10.4.1 Inleiding.....	138
10.4.2 Combinatiepreparaten.....	141
10.4.3 Progesteron alleen.....	143
10.5 Intra-uteriene middelen (IUD)	145
10.6 Barrièremiddelen	146
10.7 'Natuurlijke' methoden	147
10.7.1 Periodieke onthouding.....	147
10.7.2 Terugtrekken of coitus interruptus.....	148
10.7.3 Lactatie-amenorroe-methode.....	148
10.8 Definitieve methoden	148
10.9 Gebruik van de pil, vaginale ring of pleister.....	149
10.9.1 Vergeten van de pil, vaginale ring of pleister	149
10.9.2 Braken of diarree	152
10.9.3 Interactie met medicatie	152
10.9.4 Stopweek overslaan.....	152
10.10 Medische overwegingen en bijwerkingen.....	153
10.10.1 Medische overwegingen bij het maken van een keuze	153
10.10.2 Bijwerkingen hormoonbevattende anticonceptiemiddelen	158
10.11 Wanneer anticonceptie faalt	161
10.12 Medicatie op recept	163
10.13 Anticonceptie voorschrijven aan minderjarige cliënten (juridische aspecten)	164
10.14 Anticonceptie voor non-binaire of transgender personen	165
Referenties.....	166
Bijlage Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie.....	169

10.1 Inleiding

De meest voorkomende hulpvraag tijdens een consult seksuele gezondheid is anticonceptie. Uit onderzoek van Rutgers blijkt dat 91% van de jongeren van 13-25 jaar bij de eerste keer vaginale seks een anticonceptiemethode gebruikte (De Graaf 2024). De meest gebruikte methoden onder 17-24-jarigen die ooit vaginale seks hadden, zijn de pil (39%) (al of niet in combinatie met condoom (7%)) en de hormoonspiraal (18%). Van de Nederlandse vrouwen tussen de 15 en 50 jaar die ooit vaginale seks hadden, gebruikte 74,1% een vorm van anticonceptie (waarvan 39,7% de anticonceptiepil) (CBS 2022).

In het pilgebruik door de tijd heen is een dalende trend te zien: ten opzichte van het voorgaande jaar was er een afname van 5,5% in 2021, een afname van 4,3% in 2022, en een afname van 5,0% in 2023. Ook voor het gebruik van andere anticonceptie werd van 2022 naar 2023 een dalende trend gezien van 2,3%. Desondanks werd in Nederland door apotheken in 2022 aan 1,3 miljoen vrouwen hormonale anticonceptie uitgegeven, waarvan 1,1 miljoen orale anticonceptiva geregistreerd door apotheken. Het totaal aantal pilgebruiksters en hormoonspiraalgebruiksters was respectievelijk 850.000 en 410.000 (SFK 2023).

Ongeveer 20% van de vrouwen gebruikte geen methode. De meest genoemde reden (52%) om geen methode te gebruiken is: ik wil geen hormonen gebruiken (De Graaf 2024). Een onderzoek onder vrouwen van 18-30 jaar die het afgelopen jaar vaginale seks hadden, liet zien dat 14% van de vrouwen een 'natuurlijke' methode gebruikte, waarvan 4% terugtrekken (Rutgers 2024). De anticonceptiekloof (*unmet need for contraception*) was in 2022 8,4% voor vrouwen van 16-49 jaar die geen anticonceptie gebruiken terwijl ze wel seksueel actief zijn maar geen zwangerschapswens hebben (Roordink 2024). Deze anticonceptiekloof betekent dat er behoefte is om de toegang tot (informatie over) anticonceptie te blijven waarborgen. Ook is er een groeiende vraag van non-binaire en transgender personen over anticonceptie.

Om een goed advies te kunnen geven aan een cliënt(e) is het noodzakelijk kennis te hebben over de bestaande (moderne en 'natuurlijke') 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 kaders 10.1 en 10.2 voor een plan van aanpak voor een eerste en een eventueel tweede consult.

Kader 10.1: Plan van aanpak eerste consult

- Voorstellen
- Uitleg consult
- Gelegenheid tot vragen stellen
- Doel van het gesprek verhelderen (zie § 10.2)
- Verhelderen van verwachtingen en ervaringen (zie § 10.2)
- Signaleren van misverstanden en wensen (zie § 10.2)
- Bespreken van mogelijke methoden (zie § 10.3)
- Bespreken eerste voorkeur en alternatieven
- Medische voorgeschiedenis uitvragen (vragenlijst) (zie § 10.10.1 en bijlage 'Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie')
- Bespreken soa-beleid (zie deeldraaiboek 8)
- Bespreken tevredenheid seksueel leven
- Besluitvorming: tweede consult, recept uitschrijven
- Productinformatie
- Uitleg gebruik (zie § 10.9)
- Noteer afspraken in dossier

Kader 10.2: Plan van aanpak tweede consult (na ± 3 maanden)

- Gelegenheid tot vragen stellen
- Ervaring met anticonceptiemiddel (bijwerkingen) (zie § 10.10.2)
- Vertrouwen in werking van het middel
- Ervaringen partner
- Vaardigheden voor juist gebruik (zie § 10.9)
- Misverstanden signaleren
- Herhalingsrecept meegeven

In een onderzoek onder jonge vrouwen naar het eerste anticonceptieconsult gaf meer dan de helft aan het belangrijk te vinden dat een vervolgconsult plaatsvindt. Biedt dit altijd aan bij het starten met, of het switchen naar, een gekozen anticonceptiemethode. In overleg kan worden gekozen voor een fysieke of telefonische follow-up. Hierin kan je onder andere bijwerkingen, gebruiksmethode, betrouwbaarheid, invloed op seks en bloedingen bespreken (Van Ditzhuijzen 2021).

10.2 Vragen tijdens het consult

Wanneer een cliënt(e) op het spreekuur komt met een vraag over anticonceptie kan het gaan over verschillende onderwerpen. Een cliënt(e) wil mogelijk een of meerdere van de onderstaande onderwerpen 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;
- vragen en zorgen over een methode;
- het falen van een middel of bijwerkingen ervaren;
- de feiten en fabels omtrent anticonceptiva (zie [Zorgen en misvattingen op seksindepriktijk.nl](#));
- de wens om te stoppen met anticonceptie.

Als er voor het gesprek voldoende tijd wordt genomen, eventueel ongemak wordt weggelaten, goed aangesloten wordt op de vragen en behoeften van

de cliënt(e), en er sprake is van shared-decision-making, dan kan dit bijdragen aan de tevredenheid met het anticonceptieconsult. Dit bevordert vervolgens weer 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 zorgen, misverstanden of mythes (zie [Zorgen en misvattingen](#) op [seksindepraktijk.nl](#)). Het is de kunst om deze door de cliënt(e) zelf te laten benoemen. Vraag daarbij ook naar de bron van de informatie die een cliënte tot dan toe gebruikt heeft (bijvoorbeeld TikTok o.i.d.). Onzekerheden over een middel of het vertrouwen in de betrouwbaarheid dienen opgehelderd te worden. Wat verwacht een cliënt van een middel? Wat zou cliënt(e) zelf het liefst gebruiken?

In kader 10.3 worden de onderwerpen voor vragen weergegeven die van belang kunnen zijn in een consult over anticonceptie.

Kader 10.3: Onderwerpen voor vragen tijdens consult

- Hoe zijn de menstruaties op het moment? Hoeveel dagen is er bloedverlies? Hoeveel bloedverlies? Zijn er (pijn)klachten? Is er een (ir)regulaire cyclus? Hoelang duurt de cyclus?
- Is er sprake van een vaste partner of alleen losse partners? Is er sprake van sekswerk?
- Zijn er kinderen of is er een kinderwens?
- Wat is de huidige anticonceptie?
- Is er interesse in een andere methode?
- Is cliënt(e) een starter of wil cliënt(e) wisselen van methode?
- Welke anticonceptie zijn eerder gebruikt?
- Tevredenheid en ervaring met anticonceptiemiddel(en)?
- Wat zijn je 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, geen hormonen, meer contact met eigen cyclus of lijf)
- Wat zijn de kosten van de methode?
- Is er ooit een onbedoelde of ongewenste zwangerschap geweest?
- Is er een miskraam of abortus in het verleden geweest?
- Wat is de ervaring met vrijen en beleving van vaginale seks/seksualiteit, consent, zonder dwang of drang?
- Is er ooit onveilig gevreeën? (Onbeschermd tegen soa? Of onbeschermd tegen zwangerschap?)
- Ervaart cliënt(e) problemen bij het vrijen? (Bijvoorbeeld pijn bij het vrijen, te snel klaarkomen.)
- Heeft cliënt(e) ooit nare ervaringen gehad op seksueel gebied?

Op de website [anticonceptievoorjou.nl](#) staat een test die thuis kan worden gedaan door de cliënt(e) of tijdens het spreekuur. De uitkomsten van de test kunnen helpen bij het advies op basis van de wensen van de cliënt(e).

Tabel 10.1 kan ook worden gebruikt bij het maken van een keuze. In de tabel worden enkel methoden besproken.

Tabel 10.1 Vragenlijst wensen anticonceptie (gebaseerd op Rutgers 2020).

Criteria voor gebruik anticonceptie	Methoden die geschikt zijn
Hoe vaak wil je eraan denken? a. iedere dag b. niet iedere dag, maar wel regelmatig c. bijna nooit	<i>Methode</i> a. pil b. pleister, ring, prikpil, condoom, pessarium c. hormoon IUD, koper IUD, implantaat, sterilisatie**
Zou je hormonale anticonceptie willen gebruiken? a. ja b. nee	<i>Methode</i> a. pil, ring, pleister, implantaat, hormoon IUD, prikpil b. Koper IUD, sterilisatie, condoom, pessarium, natuurlijke methoden
Mag iemand anders zien dat je anticonceptie gebruikt? a. ja, zichtbaar b. ja, minder opvallend (relatief onzichtbaar) c. nee, ik wil het geheim houden	<i>Methode</i> a. pil, ring of pleister, condoom b. implantaat c. hormoon IUD, koper IUD, prikpil, sterilisatie
Mag een dokter je anticonceptie inbrengen? a. ja b. nee, ik wil het helemaal zelf gebruiken	<i>Methode</i> a. hormoon IUD, koper IUD, implantaat, prikpil, sterilisatie b. pil, ring, pleister, condoom, pessarium, natuurlijke methoden
Wil je zelf plannen wanneer je ongesteld bent? a. ja b. nee	<i>Methode</i> a. pil, ring, pleister b. hormoon IUD, koper IUD, sterilisatie, implantaat, prikpil, condoom
Wil je elke maand een bloeding (bijvoorbeeld om culturele/religieuze redenen, of omdat je contact wil met je eigen cyclus)? a. ja b. nee	<i>Methode</i> a. pil, ring, pleister, koper IUD, sterilisatie, condoom (bij pil, ring, pleister geen contact met de eigen cyclus, bij koper IUD, sterilisatie en condooms wel) b. hormoon IUD, implantaat, prikpil
Wil je minder last hebben van je menstruatie? a. ja b. nee	<i>Methode</i> a. pil, ring, pleister, hormoon IUD, implantaat, prikpil b. koper IUD (je bloeding kan heftiger worden), sterilisatie, condoom, natuurlijke methoden
Mag je wegens een aandoening (bijvoorbeeld cardiovasculair, hypertensie/trombo-embolie, borstkanker, baarmoederhalskanker, migraine met aura) geen hormonen gebruiken? a. ja b. nee	<i>Methode</i> a. koper IUD, sterilisatie, condoom, pessarium b. pil, ring, pleister, implantaat, hormoon IUD, prikpil
Wil je binnen een jaar zwanger kunnen raken? a. ja b. nee	<i>Methode</i> a. pil, ring, pleister, condoom, pessarium b. per definitie niet: prikpil, sterilisatie. Relatief qua kosten: hormoon IUD, koper IUD, implantaat
Moet het zo goedkoop mogelijk zijn?*	<i>Methode</i> a. koper IUD (over meer jaren), pil, prikpil, condoom b. ring, pleister, implantaat, hormoon IUD, sterilisatie
Wil je er alleen tijdens het seksuele contact aan denken en naar handelen? a. ja b. nee	<i>Methode</i> a. condoom, pessarium b. andere methoden

Criteria voor gebruik anticonceptie	Methoden die geschikt zijn
<i>Wil je ook bescherming tegen soa's (zoals chlamydia en gonorroe)?</i> a. ja b. nee	<i>Methode</i> a. condoom (bij oraal, vaginaal & anaal contact) b. andere methoden

* Bepaal altijd eerst het middel van eerste keuze. Spelen kosten toch een rol, dan kan er voor een ander middel gekozen worden of cliënt(e) kan bij het project Nu Niet Zwanger (NNZ) aangemeld worden. ** Sterilisatie op jonge leeftijd wordt vaak door de gynaecoloog/chirurg/uroloog niet gehonoreerd, maar bij uitzondering van verhaal of op oudere leeftijd is het wel discussieerbaar. Bij vragen over invriezen van zaad- of eicellen doorverwijzen naar fertiliteitsarts.

De kosten van medicatie, en dus ook van anticonceptie, kunnen nagegaan worden in het [Farmacotherapeutisch Kompas](#) bij het betreffende middel, of op [Medicijnkosten.nl](#). Het vergoedingenoverzicht staat op websites als die van [Independer](#).

Kader 10.4 gaat in op de privacy en het eigen risico van cliënten. Kader 10.5 gaat in op voorzieningen in het geval van achterstand op financieel, mentaal of psychosociaal gebied. Wanneer er een beeld is verkregen van de wensen en verwachtingen van de cliënt(e) kunnen de opties worden voorgelegd die hierbij passen. Neem samen met de cliënt(e) de middelen door waarvoor cliënt(e) een voorkeur heeft. Betrek hier eventueel ook de partner bij.

Kader 10.4: Privacy en recepten

Houd altijd rekening met het eigen risico van de cliënt(e) en met de wens tot geheimhouding. Kosten voor anticonceptie worden onder de 18 jaar vanuit de basisverzekering volledig vergoed. Ouders hebben echter wel inzicht in de zorgkosten van de cliënt(e). Een uitgave van een anticonceptiemiddel kan dan als 'medicijn uitgifte' onder ogen van ouders komen. Van 18 jaar tot 21 jaar valt anticonceptie binnen de basisverzekering, maar eerst wordt het eigen risico aangesproken. Vanaf 21 jaar is een aanvullende verzekering nodig. Als cliënten ouder zijn en wel verzekerd, maar bijvoorbeeld de anticonceptie voor hun partner willen verbergen, kunnen ze de anticonceptie het beste met een recept bij de apotheek halen en zelf out-of-pocket betalen.

Kader 10.5: Bespreking kinderwens bij cliënten die leven in kwetsbare omstandigheden

Als de Nu Niet Zwanger (NNZ)-werkwijze in jouw regio geïmplementeerd is, kunnen personen met een achterstand op financieel, mentaal of psychosociaal gebied spreken met medewerkers van het NNZ-team over hun kinderwens, seksualiteit, zwangerschap en anticonceptie. Bij (nu) geen actuele kinderwens kan samen met een NNZ-medewerker gekeken worden naar een anticonceptiemethode en eventuele dekking van de kosten van de anticonceptie (ook van sterilisatie bij een gynaecoloog/uroloog/chirurg). Opgebouwde contacten door NNZ met apotheker en huisartsen/verloskundigen/gynaecologen/urologen in de regio kunnen ook ingezet worden voor het gratis vrijgeven, voorschrijven, plaatsen of opvolgen van anticonceptiemethoden. Zie ook nunietzwanger.nl.

10.3 Mogelijke methoden en betrouwbaarheid

Er zijn vijf methoden/middelen voor anticonceptie te onderscheiden. In volgorde van meest naar minst gebruikt zijn dit (CBS 2022, Rutgers 2024):

- hormonale middelen (zoals pil, pleister of implantaat) (zie § 10.4);
- intra-uteriene middelen (zoals koper- of hormoonspiraal) (zie § 10.5);
- barrièremiddelen (zoals condoom of pessarium) (zie § 10.6);
- 'natuurlijke' methoden (zoals coitus interruptus of methoden die rekening houden met vruchtbare dagen of borstvoeding) (zie § 10.7);
- definitieve methoden (sterilisatie) (zie § 10.8).

Wanneer we praten over de betrouwbaarheid van een anticonceptiemiddel, 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 een jaar deze methode op correcte wijze gebruiken. In tabel 10.2 is het percentage vrouwen weergegeven dat tijdens het gebruik van een middel zwanger raakt (aantal vrouwen per 100 vrouwen dat zwanger raakt tijdens gebruik van het middel gedurende een jaar). De cijfers komen uit verschillende onderzoeken, waarvan enkele zijn uitgevoerd onder Nederlandse vrouwen en andere onder Amerikaanse vrouwen. De tabel is gebaseerd op verschillende onderzoeken (Picavet 2011, Van Lunsen 2012, SAN 2020) en de SmPC-teksten van de verschillende middelen.

Tabel 10.2 Betrouwbaarheid anticonceptiemethoden.

Methoden	% Praktisch	% Theoretisch
<i>Geen anticonceptie</i>		
- geen anticonceptie	80-85	
<i>Hormonale middelen</i>		
- combinatiepil	0,2-10	0,5
- anticonceptiering (NuvaRing)	0,65	0,4-1,27
- anticonceptiepleister (Evra/Lisvy)	0,71-0,76	0,4-0,59
- prikpil (Depo Provera/Sayana Press)	0,6	<0,1
- minipil (Cerazette/Microlut/Microval)	1-5	0,14
- implantaat (Implanon)	0,05 *	0
<i>Intra-uteriene middelen</i>		
- Mirena	**	0,1-0,2
- Kyleena	**	0,1-0,3
- koperopp. ≥300 mm ² (Flexi-T, T-safe)	**	0,5
- koperimplantaat: Gynefix (220 mm ²)	**	0,2
<i>Barrièremiddelen</i>		
- condoom	12	2
- vrouwencondoom	10	2,6
- pessarium occlusivum	3,5	1
- FemCap	3,5 ***	1
- spermiciden alleen (zonder barrièremiddel)	4-37	4
<i>Definitieve methoden****</i>		
- sterilisatie man (vasectomie)	0,5	<0,1

Methode	% Praktisch	% Theoretisch
- sterilisatie vrouw	0,5-1,8	0,5
<i>'Natuurlijke' methoden</i>		
- coitus interruptus	12-38	1
- periodieke onthouding	6-47	3,3
- lactatie amenorroe 0-4 mnd.	0,3	0
- lactatie amenorroe 5-6 mnd.	3-16	1-3
- standaarddagenmethode (dag 8 tot dag 19)	12	5
- veranderingen in cervixslijm (Billings)	15,5-35	1-3
- temperatuurmethode (Natural Cycles)	2,5-7	1
- symptothermaal (Natural Family Planning)*****	2-2,5	0,4-0,7

* 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 juiste plaatsing/positie geen praktische fouten in het gebruik kunnen plaatsvinden, zijn de theoretische en de praktische betrouwbaarheid vrijwel gelijk aan elkaar. *** De Pearl-index bij werkelijk gebruik is niet goed bekend. In vergelijking met het pessarium occlusivum is een FemCap minder betrouwbaar (Barnhoorn 2023). **** Betrouwbaarheid is mede afhankelijk van de ervaring van degene die de ingreep uitvoert. ***** Symptothermaal (Natural Family Planning) is gebaseerd op cyclusblijm en een combinatie van de methode van temperatuur, viscositeit van (cervix)slijm en optioneel de positie van de baarmoedermond. Meer info vind je op www.seksindepraktijk.nl, www.sensiplan.nl en www.anticonceptie-online.nl.

Bij wisselen tussen verschillende anticonceptiemethoden zal een betrouwbaarheidsinterval aangehouden moeten worden voordat de nieuwe methode betrouwbaar wordt geacht. Aanvullende anticonceptie kan (tijdelijk) geïndiceerd zijn. Zie tabel 9 in de [NHG-Standaard Anticonceptie](#). Bij start van anticonceptie post-partum kan tabel 17 in de [NHG-Standaard Anticonceptie](#) aangehouden worden.

10.4 Hormonale preparaten

10.4.1 Inleiding

Hormonale preparaten voor mannen zijn wel in ontwikkeling en getest met goede resultaten, maar zijn nog niet op de Nederlandse markt verkrijgbaar. Geteste preparaten zijn anticonceptie-gel (Nestorone), injectie met gel in de zaadleiters (blokkade) en de mannelijke anticonceptiepil (Page 2022).

Hormonale preparaten voor vrouwen (en trans mannen) zijn onder te verdelen in combinatiepreparaten en in progestageen-alleen preparaten. De middelen die tot de eerste groep behoren bevatten zowel progestageen als oestrogeen. De middelen uit de tweede groep bevatten alleen progestageen. Progestageen is het hormoon dat zorgt dat een gebruik(st)er niet zwanger wordt. Het zorgt ervoor dat de rijping van een follikel en de ovulatie wordt geremd. Daarnaast zorgt het ervoor dat de uitrijping van het baarmoederslijmvlies wordt geremd en het beïnvloedt het cervixslijmvlies zodat de cervix minder doorgankelijk wordt voor zaadcellen. In de combinatiemethoden zijn de oestrogenen toegevoegd om een regelmatig bloedingspatroon te bevorderen.

In een combinatiepreparaat zorgt het oestrogeen voor het opbouwen van het slijmvlies en het progestageen houdt dit opgebouwde slijmvlies vast. In de

stopweek dalen beide spiegels en wordt het opgebouwde slijmvlies losgelaten; dit is de 'onttrekkingsbloeding'.

Het slikken van de hormonen in een pil betekent niet per definitie dat het lichaam 'extra' hormonen binnenkrijgt. De toediening van hormonen middels de pil zorgt ervoor dat de eigen hormoonproductie (vanuit de hypofyse en ovariae) geremd wordt en dat dit vervangen wordt door de hormonen die in de pil zitten.

Indeling pil

De pil wordt ingedeeld in een-, drie- en meerfasenpillen, afhankelijk van de samenstelling van de pillen per strip. Bij de eenfasemiddelen hebben alle pillen dezelfde samenstelling gedurende 21 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 drie- en meermiddelen is de samenstelling van hormonen over de weken verschillend en worden de schommelingen van de eigen hormonen nagebootst.

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 10.3 zijn alle *verkrijgbare* hormonale anticonceptiemiddelen weergegeven (eerstegeneratiemiddelen zijn inmiddels niet meer beschikbaar en worden dus ook niet weergegeven). De verschillende progestagenen genoemd in de tabel zijn niet vergelijkbaar in dosering wegens verschil in biologische activiteit.

Tabel 10.3 Hormonale middelen.

Merknaam	Samenstelling
Pillen: eenfasepreparaten (alle pillen in de pilstrip hebben dezelfde samenstelling)	
<i>2e generatie</i>	
Microgynon 20 / Lovette	20 µg EE + 0,10 mg levonorgestrel
Microgynon 30 / Stediril 30 / Rigevidon	30 µg EE + 0,15 mg levonorgestrel
Microgynon 50 / Neo-Steiril	50 µg EE + 0,125 mg levonorgestrel
Cilest	35 µg EE + 0,25 mg norgestimaat
Seasonique*	30 µg EE + 0,15 mg levonorgestrel
<i>3e generatie</i>	
Femodene / Minulet	30 µg EE + 0,075 mg gestodeen
Marvelon / Strelcia	30 µg EE + 0,15 mg desogestrel
Mercilon / Strelcia	20 µg EE + 0,15 mg desogestrel
<i>4e generatie</i>	
Yasmin / Rosal	30 µg EE + 3 mg drospirenon
Yaz 24+4** / Daylette 24+4**	20 µg EE + 3 mg drospirenon
Zoely 24+4**	1,5 mg E + 2,5 mg nomegestrol
Drovelis**	14,2 mg Et + 3 mg drospirenon
Pillen: driefasenpreparaten	
<i>2e generatie</i>	
Trigynon / Trinordiol	30-40 µg EE + 0,05-0,125 mg levonorgestrel
Pillen: meerfasenpreparaten	
<i>4e generatie</i>	

Merknaam	Samenstelling
Qlaira 26+2***	1-3 mg EV (dag 1-26) + 2-3 mg dienogest (dag 3-24)
Anticonceptiering	
NuvaRing / Ornibel	15 µg EE / 24 uur + 0,12 mg etonogestrel per 24 uur
Anticonceptiepleister	
Evra	34 µg EE / 24 uur + 0,2 mg norelgestromin / 24 uur
Lisvy	13 µg EE / 24 uur + 0,06 mg gestodeen / 24 uur
Minipil	
Cerazette/ Delamonie / Zarelle	75 µg desogestrel per tablet
Prikpil	
Depo-Provera '150'	150 mg medroxyprogesteron per 12-wekelijkse injectie
Sayana Press	0,65 ml x 160 mg/ml = 104 mg medroxyprogesteron per 13-wekelijkse injectie
Implantaat	
Implanon NXT	ca. 25-35 µg etonogestrel per dag
Intra-uterien systeem	
Mirena	Initieel ca. 60-70 µg levonorgestrel per dag week 5-6, na 5 jaar 11 µg per dag, na 8 jaar 7 µg per dag
Levosert	Initieel ca. 20 µg levonorgestrel per dag, in 6e jaar 9 µg per dag
Kyleena	Initieel ca. 17,5 µg levonorgestrel per dag, na 5 jaar 7,4 µg per dag

 Progesteron met anti-androgeen effect

 Progestageen met androgeen effect

 Progestageen met laag androgeen effect

EE ethinylestradiol; EV estradiolvaleraat; E estradiol; Et estetrol; * Seasonique bevat 84 pillen, gevolgd door 7 dagen stopweek met 7 tabletten van 10 µg EE/ dag; ** Yaz, Zoely, Daylette en Drovelis bevatten 28 pillen waaronder 4 placebopillen de laatste 4 dagen. Er is geen stopweek. *** Qlaira bevat 28 pillen. Dag 1-2: 3 mg EV; dag 3-7: 2 mg EV + 2 mg dienogest; dag 8-24: 2 mg EV + 3 mg dienogest; dag 25-26: 1 mg EV; dag 27-28: 2 placebopillen. Er is geen stopweek.

Het effect van progesteron

Het progestageen in een preparaat kan verschillen; daardoor kan ook de werking verschillen. Sommige progestagenen hebben een androgeen en anabool bijeffect (met name eerste- en tweedegeneratiepillen). Later ontwikkelde pillen hebben een minder androgeen effect (bijvoorbeeld desogestrel en etonogestrel). Wanneer een progesteron een androgeen effect heeft, kunnen vrouwen (meer) last krijgen van acné of bijvoorbeeld toename van de eetlust. Een progesteron met een anti-androgeen effect kan de gevoeligheid voor seksuele prikkeling doen afnemen en 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 progestageen 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 (bijvoorbeeld drospiridon).

In tabel 10.4 worden de verschillende effecten van verschillende progestagenen weergegeven. Zie ook tabellen 10.7 en 10.8 voor adviezen over bijwerkingen.

Tabel 10.4 Effecten van verschillende progestagenen.*

Type progestageen	Androgeen	Anti-androgeen	Anti-mineralo-corticoid	Anabool	Oestrogeen	Anti-oestrogeen
Progesteron	-	-	-	-	-	+
Medroxyprogesteron	+	-	-	-	-	+
Levonorgestrel	+	-	-	+	-	+
Desogestrel	-	-	-	-	-	-
Drospironon	-	+	+	-	-	-
Dienogest	-	+	-	-	-	+
Cyproteronacetaat	-	+	-	+	-	-
Nomegestrel(acetaat)	-	+	+/-	-	-	+

* Deze tabel is gebaseerd op een presentatie van Rik H.W. van Lunsen op basis van een literatuursearch (o.a. García-Sáenz 2023).

Risico op trombose

Het risico op trombose bij gezonde jonge vrouwen is extreem klein (<1 op 10.000). Bij gebruik(st)ers 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, hoger dan trombose als gevolg van een pil. Bij de pleister (Evra) en de vaginale ring (Nuvaring) is het risico op trombose iets groter, namelijk 6-12 per 10.000 vrouwen ([SmPC NuvaRing](#), [SmPC Evra](#)). Screening op een stollingsstoornis heeft geen zin. Maar als in de familie een bekende stollingsstoornis aanwezig is, dient het risico afgewogen te worden tegen alternatieven of tegen de kans op ongewenste zwangerschap. Daarnaast moet ook rekening gehouden worden met andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten c.q. de leefstijl van de cliënt(e).

Kader 10.6: Diane-35

Diane-35, een medicament dat 35 µg ethinylestradiol en 2 mg cyproteronacetaat bevat, werd voorheen nog voorgeschreven als anticonceptiemiddel. Het is sinds 2013 niet meer voor anticonceptie geïndiceerd wegens het verhoogde tromboserisico. Wanneer een gebruik(st)er 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.

10.4.2 Combinatiepreparaten

Als er voor een hormoonbevattend middel wordt gekozen, kan met behulp van onderstaande overzichten het juiste middel worden bepaald. 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. Daarnaast kan bij Microgynon makkelijk geschakeld worden naar meer of minder oestrogeen en progestageen.

Voordelen van het gebruik van de combinatiepil zijn:

- minder bloedverlies, minder kans op anemie;
- minder pijn tijdens menstruatie;
- minder goedaardige knobbels in borsten;
- minder cyclusgebonden klachten;
- mogelijk minder premenstruele klachten;
- mogelijk minder acné en hirsutisme;
- minder kans op pelvic inflammatory disease (PID) dan bij bijvoorbeeld een spiraal;
- minder kans op een maligniteit aan baarmoeder of eierstokken;
- minder kans op colorectaal carcinoom;
- mogelijke positieve beïnvloeding van mentale klachten, bijvoorbeeld bij depressie.

Nadelen van het gebruik van de combinatiepil zijn:

- bij roken een hogere kans op hart- en vaatziekten;
- iets vaker trombose met name gedurende het eerste jaar van gebruik;
- iets vaker trombose wanneer familie bekend met trombose of embolie;
- iets vaker stoornissen in de suikerstofwisseling;
- iets vaker verhoging van de bloeddruk;
- iets vaker goedaardige aandoeningen van de lever;
- mogelijk iets vaker mammacarcinoom en mogelijk iets vaker cervixcarcinoom
- mogelijk stemmingsklachten (bij 1 op de 10 gebruiksters), en dan vooral in de eerste maanden.

Overzicht 1. Pil.	
Pil	
Bevat:	Oestrogeen 20-50 µg + progestativum. Remming follikelgroei en ovulatie, bemoeilijkt 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. www.sense.info
Voordelen:	Zeer betrouwbaar. Planbaar bloedverlies. Minder bloedverlies (amenorroe bij 50% na 1 jaar doorslikken).
Nadelen:	Bijwerkingen (meestal gedurende enkele maanden) (zie tabel 10.7). Dagelijkse inname.

Overzicht 2. Anticonceptiering.	
NuvaRing	
Bevat:	Oestrogeen 2,7 mg + etonogestrel 11,7 mg (bloedspiegels vergelijkbaar met 35 µg pil). Remming follikelgroei en ovulatie, bemoeilijkt 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 per 24 uur voor behoud betrouwbaarheid.
Voordelen:	Zeer betrouwbaar. Twee keer per 28 dagen aan denken. (Bij verwijderen van de oude en plaatsen van de nieuwe ring.)
Nadelen:	Bijwerkingen: hoofdpijn, vaginale infecties en afscheiding 5-6% (zie tabel 10.7). Veiligheid en werkzaamheid vastgesteld bij vrouwen 18-40 jaar (SmPC).

Overzicht 3. Anticonceptiepleister.	
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. Bij het plakken van een nieuwe pleister dient er na 7 dagen binnen 24 uur een nieuwe pleister te zijn geplakt. Doorplakken wordt niet geadviseerd (vanwege stapeling van oestrogeen en daarmee een hogere kans op bijwerkingen zoals doorbraakbloedingen en trombose), maar kan wel tot maximaal 6 weken, waarop een pleistervrije periode van 7 dagen moet zijn. Hierna de normale toepassing weer hervatten.
Voordelen:	Zeer betrouwbaar. Bestand tegen water en warmte. Wekelijks aan denken.
Nadelen:	Bijwerkingen: hoofdpijn, misselijkheid, borstgevoeligheid (zie tabel 10.7). Veiligheid en werkzaamheid vastgesteld bij vrouwen 18-45 jaar (SmPC). Bij vrouwen >90 kg is de werking mogelijk verminderd (SmPC). Iets vaker dan bij pil vocht vasthouden en borstklachten.

10.4.3 Progesteron alleen

De voordelen van de progesteron-only middelen ten opzichte van de combinatiepreparaten zijn:

- dat het is toegestaan wanneer er een verhoogd risico op trombose of hart-vaatziekten is;
- dat het is toegestaan bij migraine (met aura) in de voorgeschiedenis;
- dat het uitkomst kan bieden bij klachten die door oestrogenen worden veroorzaakt.

Overzicht 4. Minipil.	
Cerazette, Delamonie	
Bevat:	Progestageen. 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). Kan bij borstvoeding (oestrogeen onderdrukt melkproductie), post-partum: beginnen tussen dag 21 en dag 28 na bevalling.
Nadelen:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Onregelmatig bloedverlies (spotting). Wegblijven van menstruatie. Dagelijkse inname (strikt inname noodzakelijk dan bij een combinatiepil). Veiligheid en werkzaamheid niet vastgesteld bij vrouwen <18 jaar (SmPC).

Overzicht 5. Prikpil.	
Depo Provera, Sayana Press	 
Bevat:	Progesteron. Remming ovulatie en cervixslijm ondoordringbaar voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	Depo Provera elke 12 weken inspuiten i.m. (bil of bovenarm). Sayana Press elke 13 weken subcutaan (aan de voorkant dijbeen of in de onderbuik) 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 circa 50% na 1 jaar gebruik, bij 70% bij langer gebruik). Relatief onzichtbaar voor anderen.
Nadelen:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Toediening door hulpverlener (in sommige gevallen door vrouw zelf). Wisselend en onverwacht bloedingspatroon (bij 45%). Wegblijven van menstruatie. Strikte toediening (max. 12 weken tussen 2 doses bij Depo Provera, max. 13 weken voor Sayana Press). Na stoppen kan ovulatie 6-12 maanden uitblijven; gemiddeld duurde het 5,3 maanden na de laatste injectie voordat de ovulatie terugkeerde (SmPC). Niet geschikt voor vrouwen met een kinderwens op korte termijn (mediane tijd tot conceptie na laatste gemiste injectie was 10 maanden). Niet bij (verdenking) kwaadaardigheid borst of geslachtsorgaan. Prikpil relatief gecontra-indiceerd bij jongeren <18 jaar i.v.m. btopbouw. Heroverwegen ander middel na 2 jaar gebruik vanwege afname botmineraaldichtheid, advies voldoende calcium en vitamine D in te nemen tijdens gebruik.

Overzicht 6. Implantaat.	
Implanon NXT	
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 >30 staat in bijsluitertekst 2 jaar bescherming; de NHG-Standaard houdt echter in een bescherming van 3 jaar aan.
Voordelen:	Zeer betrouwbaar. Wegblijven van menstruatie (circa 30% 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:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Plaatsing door arts. Incidenteel migratie van Implanon of lastiger te verwijderen wanneer Implanon wat dieper geplaatst is. Eerste maanden onregelmatig bloedverlies (spotting). Wegblijven menstruatie. Mogelijk in eerste weken hoofdpijnklaften. Veiligheid en effectiviteit onderzocht bij vrouwen 18-40 jaar (SmPC).

10.5 Intra-uteriene middelen (IUD)

Bij de IUD berust de anticonceptieve werking op de lokale effecten in de cervix, uterus en tubae. Bij hormoonhoudend IUD zijn er ook systemische effecten (bijvoorbeeld ovulatierekking in het eerste jaar). Bij de koperspiraal worden systemische effecten (en bijwerkingen) vermeden. Een IUD kan eenvoudig worden ingebracht door een huisarts, verloskundige, gynaecoloog, abortusarts of GGD-arts met ervaring. Ook bij cliënten die nog nooit zwanger zijn geweest, kan een IUD geplaatst worden. In dat geval zijn er kleinere IUD's beschikbaar (bijvoorbeeld Multisafe en Kyleena).

Bij plaatsen van een IUD kan door sommige zorgverleners plaatselijke verdoving middels gel of injectie (cervicaal) aangeboden worden. Dit geeft significante pijnreductie bij plaatsing (Soumillion 2015). Ook is bij sommige klinisch zorgverleners in specifieke gevallen een roesje of algehele anaesthesie mogelijk.

Bij verwijdering moet rekening gehouden worden bij de mogelijkheid op zwangerschap wanneer 1 week voorafgaand aan de verwijdering gemeenschap is geweest. Bij de spiralen blijven immers ovulaties bestaan.

Overzicht 7. Hormoonhoudend IUD.	
Mirena, Levosert, Kyleena	
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 en uitsluiten van soa. Mirena geeft gedurende 8 jaar, Levosert gedurende 6 jaar, Kyleena 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. Ook te gebruiken als morning-aftermiddel (tot 5 dagen na onbeschermd coïtus). Wegblijven van menstruatie (Mirena: 20% na 1 jaar, 50% na 2 jaar, Kyleena: 12% na 1 jaar, 23% na 5 jaar). Onzichtbaar voor anderen.
Nadelen:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Plaatsing en verwijdering door arts (plaatsing kan pijnlijk zijn voor cliënte, kans op vasovagale collaps). Kans op uitstoting (expulsie). Na vaginale bevalling 6 weken wachten tot plaatsing. Na sectio caesarea 12 weken wachten tot plaatsing. Dit vanwege hogere kans op perforatie van uterus. Eerste maanden onregelmatig bloedingspatroon en buikpijn of hoofdpijn. Onvoorspelbaar bloedingspatroon. Vaker vaginale fluor. Toename acné. Bij Levosert: werkzaamheid en veiligheid niet onderzocht voor <16 jaar (SmPC).

Overzicht 8. Koper IUD.	
Flexi-T, T-Safe, Gynefix, Multi-safe, Ballerine	
Bevat:	Koper. Koperionen vertragen beweeglijkheid van zaadcellen en er ontstaat een steriele ontstekingsreactie waardoor innesteling onmogelijk wordt gemaakt.
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:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Plaatsing en verwijdering door arts. Plaatsen kan pijnlijk zijn voor cliënte, risico op vasovagale collaps. Kans op uitstoting. Na bevalling 6 weken wachten tot plaatsing. Na sectio caesarea 12 weken wachten tot plaatsing. Dit vanwege hogere kans op perforatie van uterus. Kans op pijnlijke menstruatie en meer bloedverlies. Veranderde vaginale fluor.

10.6 Barrièremiddelen

De mannencondooms zijn over het algemeen van zeer goede kwaliteit. De betrouwbaarheid wordt met name verminderd door onjuist gebruik. Juiste

uitleg hierover aan de cliënt is dan ook gewenst. 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 twee 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 condoomgebruik 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 coïtus te blijven zitten. Er dient altijd gebruik te worden gemaakt van zaaddodende pasta. Het pessarium wordt door een huisarts, verloskundige of gynaecoloog (en soms GGD-arts) aangemeten.

De Caya wordt in Nederland nu het meeste gebruikt. De Caya is een variatie op het pessarium, met dit verschil dat dit middel niet aangemeten dient te worden door een arts. De Caya is verkrijgbaar in één universele maat die toepasbaar is voor de meeste vrouwen. (Als de Caya te groot is, klappt de ring intern niet uit; als de Caya te klein is, blijft ze niet hoog in de vagina zitten. Voor deze gevallen zijn er grotere en kleinere maten van de Singa (pessarium) bestelbaar.)

De FemCap dient om de baarmoedermond geplaatst te worden. Er zijn drie standaardmaten verkrijgbaar. De FemCap wordt nauwelijks nog gebruikt in Nederland.

Beide middelen, Caya en FemCap, moeten minimaal 6 uur en maximaal 24 uur blijven zitten na de geslachtsgemeenschap en dienen altijd gebruikt te worden in combinatie met een zaaddodende pasta.

Het plaatsen en verwijderen van pessarium, Caya of FemCap kan in de praktijk lastig zijn en wordt bij voorkeur voorgeschreven aan cliënten die vertrouwd zijn met hun lichaam. Gebruik ervan vraagt goede instructie, oefening en motivatie.

10.7 'Natuurlijke' methoden

Een cliënt(e) die geen medische interventie wenst en bij wie een zwangerschapswens aanwezig is maar nog niet actueel, kan kiezen voor periodieke onthouding, terugtrekken (coitus interruptus) in de vruchtbare periode en de lactatie-amenorroe-methode in de post-partumperiode.

10.7.1 Periodieke onthouding

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 (bij een menstratiecyclus van 28 dagen), gerekend vanaf de 1e dag van de menstruatie. Hierbij wordt rekening gehouden met een ovulatie rond de 14e dag voor de volgende te verwachten menstruatie, waarbij uitgegaan wordt van een levensduur van zaadcellen van 5 dagen en eicel van 1 dag. Maar in de praktijk kan de dag van ovulatie sterk variëren. In 2019 vond gemiddeld over ongeveer 600.000 cycli de ovulatie plaats op de 17e cyclusdag (Bull 2019).

De ovulatie berekenen kan op verschillende manieren. Meestal wordt gebruik gemaakt van de *kalendermethode* (vruchtbare periode vaststellen op basis van langste en kortste cyclusduur van voorgaande 12 cycli) of de *temperatuurmethode* (metingen van temperatuur in de ochtend, binnen 12-24 uur na ovulatie een temperatuurstijging van 0,3-0,5 graden Celsius). Daarnaast kunnen de consistentie van het *cervixslijm* (Billings) en urine-LH of *ovulatietesten* gebruikt worden. De *symptothermale methode* maakt gebruik van de kalendermethode, de temperatuurmethode, beoordeling van het cervixslijm (Billings) en optioneel de consistentie/positie van de baarmoedermond. Gebruik van meerdere methoden tegelijk is het meest betrouwbaar voor voorspelling van de vruchtbare dagen.

Computertjes die gebruikt worden om de ovulatie te berekenen zijn Clue, Flo, MyCalendar, Daysy, Meetyou, Clover, Ladycomp, Amila, Ovy, Natural Cycles. Zie [Informatie over natuurlijke methoden](#) op seksindepraktijk.nl voor meer informatie.

Bij *periodieke onthouding* moeten de vruchtbare dagen goed voorspeld kunnen worden. Dit is echter niet altijd mogelijk. Het vraagt discipline, een regelmatige cyclus, motivatie en een betrokken partner. Ook moet je seks met je partner zonder condoom kunnen weigeren, of de assertiviteit beheersen om bij een aanwezige wens tot seks in de vruchtbare periode dan alsnog een condoom te gebruiken.

10.7.2 Terugtrekken of coitus interruptus

Terugtrekken, 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. Het kan voor een man moeilijk zijn tijdig aan te voelen wanneer er ejaculatie plaatsvindt. Of ondanks dat er misschien geen ejaculatie in de vagina plaatsvindt, kunnen zaadcellen in het voorvocht in de vagina of na ejaculatie voor de ingang van de vagina met behulp van vingers in de vagina en vervolgens naar de baarmoeder gebracht worden. Ook als er kort na elkaar opnieuw coïtus/ejaculatie plaatsvindt, kunnen zaadcellen na de eerste coitus nog in de plasbuis zitten en via het voorvocht bij de daaropvolgende coitus in de vagina terecht komen.

10.7.3 Lactatie-amenorroe-methode

De lactatie-amenorroe-methode (LAM) wordt gebruikt wanneer vrouwen borstvoeding geven. Indien er aan strikte voorwaarden wordt voldaan, is deze methode in de eerste 6 maanden redelijk betrouwbaar (circa 98%). De voorwaarden zijn: het kind krijgt uitsluitend borstvoeding (geen enkele vorm van bijvoeding), de moeder heeft nog niet gemenstrueerd, en er is overdag niet meer dan 4 uur en 's nachts niet meer dan 6 uur tussen de borstvoedingen (Van der Wijden 2015). Voeding via kolven staat niet gelijk met borstvoeding, aangezien de zuigreflex essentieel is (NVOG 2002).

10.8 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. In 0,1% van de gevallen treedt hierna toch een zwangerschap op. Van de mannen die een sterilisatie ondergaan, krijgt ongeveer 2,5-5% hier spijt van. Bij spijt kan een hersteloperatie worden uitgevoerd. De kans op zwangerschap na een hersteloperatie was voorheen ongeveer 50%. Maar met microchirurgie is de slagingskans sterk verbeterd. Bij 94% van de mannen verschijnen weer zaadcellen in het sperma. Zie voor meer informatie allesoverurologie.nl.

Bij de vrouw waren voor sterilisatie voorheen twee benaderingen mogelijk: intra-uterien/hysteroscopisch of abdominaal/laparoscopisch. Bij beide opties werden de eileiders geblokkeerd. De hysteroscopische methoden worden tegenwoordig echter niet meer gebruikt in Nederland. De kans op zwangerschap na hysteroscopische sterilisatie was 0-4 per 1000 vrouwen. Abdominale/laparoscopische methoden, zoals de Filshie Clips, Fallope ring of verwijdering van de eileiders, worden wel uitgevoerd. Bij deze methoden wordt de blokkade extern toegepast op de eileiders. De betrouwbaarheid van deze methoden is circa 98%, 2-5 per 1000 vrouwen worden zwanger. (Een Mirena is betrouwbaarder dan sterilisatie.) Het percentage vrouwen dat spijt krijgt van hun sterilisatie is 6%. Een hysteroscopische sterilisatie is onomkeerbaar. Bij spijt na een abdominale/laparoscopische sterilisatie kan wel een hersteloperatie gedaan worden. Na een succesvolle hersteloperatie is er 40-85% kans op een zwangerschap. Wel heb je een iets hogere kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (2%). Kijk voor meer informatie op degynaecoloog.nl.

Zowel bij sterilisatie bij de vrouw als bij de man geldt: nog geen kinderen hebben als een jongere leeftijd hebben ten tijde van de sterilisatie hoe groter de kans dat de persoon later spijt krijgt. Zie zowel allesoverurologie.nl als degynaecoloog.nl.

10.9 Gebruik van de pil, vaginale ring of pleister

10.9.1 Vergeten van de pil, vaginale ring of pleister

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 en derde week is een ovulatie minder waarschijnlijk, omdat er al minimaal 7 dagen pilgebruik aan vooraf is gegaan.

Tabel 10.5 Advies bij vergeten eenfasecombinatiepil met ethinylestradiol.

Week	Advies
Algemeen: bij vergeten van 1 pil tot 12 uur na oorspronkelijk innamemoment (anders dan de eerste pil aansluitend aan een stopweek), neem de pil alsnog zo snel mogelijk in, geen aanvullende adviezen	
Week 1 (dag 1): eerste pil 12-24 uur te laat starten direct aansluitend aan stopweek	de pil innemen en strip afmaken
	tegen zwangerschap beschermd
Week 1 (dag 1): eerste pil ≥ 24 uur te laat starten direct aansluitend aan stopweek	de pil innemen en strip afmaken
	7 dagen condoomgebruik of volledige onthouding totdat 7 dagen pil weer genomen is
	wel coïtus in afgelopen 5 dagen: adviseer aanvullende noodanticonceptie
Week 1 (dag 2-7): ≥ 2 vergeten pillen (≥ 60 uur na laatst ingenomen pil)	laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken
	7 dagen condoomgebruik of volledige onthouding totdat 7 dagen pil weer genomen is
	wel coïtus in afgelopen 5 dagen: adviseer aanvullende noodanticonceptie
Week 2 (dag 8-14): 2 vergeten pillen (< 60 uur na laatst ingenomen pil)	laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken
	beschermd tegen zwangerschap
Week 2 (dag 8-14): ≥ 3 vergeten pillen (≥ 84 uur na laatst ingenomen pil)	laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken
	7 dagen condoomgebruik of volledige onthouding totdat 7 dagen pil weer genomen is
Week 3 en daarna bij continu gebruik (dag 15 en verder): ≥ 2 vergeten pillen (≥ 60 uur na laatst ingenomen pil)	optie 1: stopweek van maximaal 7 dagen te beginnen op de dag van de vergeten pil
	optie 2: laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken en zonder stopweek minstens 7 dagen doorgaan met de nieuwe strip (meest makkelijk en veilig)
	bij beide opties: beschermd tegen zwangerschap

Waar eerder de 'regel van 7' werd aangehouden, is per juli 2020 het vergetenpilbeleid in lijn getrokken met het advies dat zowel door de NHG als de NVOG wordt aanhouden. Dit zal ervoor zorgen dat de cliënt(e) die een pil vergeten is op verschillende plaatsen van zorg hetzelfde advies kan verwachten. Hiermee wordt de 'regel van 7' verlaten. Van belang blijft dat er nooit later gestart wordt 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 (aanvulling: bij de Yaz na 4 dagen en Qlaira na 2 dagen).

Zie tabel 10.5 voor een schematisch overzicht wat te doen bij een vergeten combinatiepil. Deze adviezen zijn in lijn met de NHG-Standaard Anticonceptie (Barnhoorn 2020). Voor vrouwen zelf is de pagina van [Thuisarts](#) behulpzaam. Op de website van [Sense](#) is een hulpmodule beschikbaar. NB: de tabel is enkel toepasbaar op eenfasepreparaten.

Het voor het eerst starten van de combinatiepil kan op:

- de eerste dag van de menstruatie en is dan direct betrouwbaar;

- elke willekeurige dag in de cyclus, mits er niet eerder een kans op zwangerschap is gelopen, en met aanvullende maatregelen gedurende de eerste 7 dagen.

Er is weinig literatuur over de gevolgen van het vergeten van overige combinatiepreparaten, zoals de pil met estradiol en meefasenpreparaten, maar ook de ring of pleister. De WHO past hetzelfde beleid van de orale combinatiepreparaten toe bij het vergeten ervan. De NHG Anticonceptie verwijst naar de bijsluiters van betreffende anticonceptie. Derhalve de volgende adviezen.

Bij vergeten van de progestageen-alleen pil (Desogestrel):

- Tot 12 uur te laat: neem laatst vergeten pil in, en neem volgende pil weer op gebruikelijke tijdstip in.
- Meer dan 12 uur te laat:
 - o Week 1: onbetrouwbaar, dan 7 dagen eerst gebruiken met aanvullend anticonceptiemiddel.
 - o Week 2 en verder: geen instructies ([SmPC](#)).

Let op: er zijn ook kortwerkende progestageen-alleen pillen, waarbij de 12 uur vervangen wordt door 3 uur. Controleer het type pil die gebruikt wordt.

Bij vergeten van de vaginale ring:

- Als de ring korter dan 3 uur uit de vagina is geweest, is de werking niet verminderd. Breng de ring zo snel mogelijk weer in.
- Als de ring langer dan 3 uur uit de vagina is geweest tijdens de eerste of tweede week van de ring-periode: breng de ring opnieuw in de vagina in en laat deze minstens 7 dagen aaneengesloten in. Gebruik gedurende deze 7 dagen extra voorbehoedsmiddelen zoals het mannencondoom.
- Als de ring langer dan 3 uur uit de vagina is geweest tijdens de derde week:
 - o Breng meteen een nieuwe ring in. Met het inbrengen van de nieuwe ring start een nieuwe ring-periode van 3 weken.
 - o Breng een nieuwe ring in binnen 7 dagen na het verwijderen of verliezen van de vorige ring. Dit kan alleen wanneer de ring tijdens de voorgaande 7 dagen onafgebroken gebruikt is ([SmPC](#)).

In de bijsluiter van de pleister staat:

- Week 1: als de eerste pleister te laat is opgeplakt, plak dan de pleister op en gebruik 7 dagen extra voorbehoedsmiddelen zoals het mannencondoom. Bij seks in de 5 dagen voorafgaand aan gebruik van de pleister, adviseer aanvullende noodanticonceptie.
- Week 2: Bij het te laat vervangen van de eerste pleister (<48 uur) plak dan een nieuwe pleister. Bij het te laat vervangen van de eerste pleister (>48 uur) plak dan een tweede pleister en beschouw deze als de eerste pleister. Gebruik 7 dagen extra voorbehoedsmiddelen. (Dit kan alleen wanneer de tweede pleister maximaal 7 dagen te laat geplakt is.)
- Week 3: Bij het te laat vervangen van de tweede pleister (<48 uur) plak dan een nieuwe pleister. Bij het te laat vervangen van de tweede pleister (>48 uur) plak dan een derde pleister en beschouw deze als de eerste pleister. Gebruik 7 dagen extra voorbehoedsmiddelen. (Dit kan alleen wanneer de derde pleister maximaal 7 dagen te geplakt is.)
- Week 4: Bij vergeten van verwijderen van de pleister, verwijder de pleister wanneer eraan gedacht wordt en begin met de eerste pleister van de nieuwe cyclus op de normale vervangdag. ([SmPC](#))

Bij alle methoden waarbij is beschreven dat het moment van vergeten een significant verschil maakt voor de kans op zwangerschap, kan 2-3 weken na het onbeschermd seksuele contact betrouwbaar een zwangerschapstest gedaan worden.

10.9.2 Braken of diarree

Bij braken binnen 3-4 uur na inname van een pil, 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 het bovenstaande beleid.

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.

10.9.3 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 twee 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);
- middelen bij schimmel: griseofulvine;
- sommige anticonvulsiva (gebruikt bij de behandeling van epilepsie);
- sommige antiretrovirale middelen;
- middelen bij diarree: Norit, Agarol;
- middelen bij narcolepsie: Modafinil;
- middelen bij pulmonale hypertensie, systemische sclerose: Bosentan;
- sint-janskruid (gebruikt als zelfzorgmiddel, let op: goed uitvragen).

10.9.4 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 en bovendien een bron van fouten in het gebruik. 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 is hier voor pilgebruik(st)ers meer informatie over te vinden.

Bij de pleister wordt doorplakken niet geadviseerd langer dan 6 weken (vanwege stapeling van oestrogenen en daarmee een hogere kans op bijwerkingen zoals doorbraakbloedingen en trombose), waarop een pleistervrije periode van 7 dagen moet zijn.

10.10 Medische overwegingen en bijwerkingen

10.10.1 Medische overwegingen bij het maken van een keuze

Wanneer een cliënt(e) een duidelijke keuze heeft kunnen maken, is het van belang te kijken of cliënt(e) 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.

In tabel 10.6 zijn de relatieve en de absolute contra-indicaties beschreven.

Tabel 10.6 Relatieve en absolute contra-indicaties bij anticonceptie. Bron: NHG-Standaard Anticonceptie (Barnhoorn 2023).

Aandoening / situatie	Absolute contra-indicatie	Relatieve contra-indicatie
Patiëntkenmerken voor het risico op veneuze trombo-embolieën (VTE)		
Diepe veneuze trombose/longembolie in het verleden, trombofilie (APC-resistentie door factor-V-Leiden-mutatie, proteïne-C-deficiëntie, proteïne-S-deficiëntie of antitrombine)	Combinatiepreparaten	Prikpil
Belaste eerstegraads familieanamnese door VTE, met of zonder aangetoonde trombofilie		Combinatiepreparaten, prikpil
Patiëntkenmerken voor het risico of ischemische hart- vaatziekten (HVZ)		
Ischemische HVZ (ischemisch CVA, myocardinfarct, perifere arterieel vaatlijden) Verhoogd risico op ischemische HVZ, bijvoorbeeld bij: - roken + leeftijd >35 jaar (myocardinfarct: >15 sigaretten per dag RR 20,8; <15 sigaretten per dag RR 3,5 in vergelijking met niet-pilgebruiksters die niet roken) - diabetes mellitus >20 jaar bestaand, of met complicaties of slecht gereguleerd	Combinatiepreparaten	Prikpil
Om andere redenen hooggeschat risico op ischemische HVZ (bijvoorbeeld bij meerdere risicofactoren voor HVZ, zoals roken bij leeftijd >35 jaar, hypertensie, diabetes mellitus, belaste familieanamnese, hypercholesterolemie)		Combinatiepreparaten, prikpil
Migraine met aura	Bij roken: combinatiepreparaten	Bij niet-roken: combinatiepreparaten
Patiëntkenmerken voor risico op mammacarcinoom		
Mammacarcinoom (actueel of in het verleden)	Alle hormonale methoden	
Dragers BRCA-genmutatie of belaste familieanamnese	Alle hormonale methoden (bij leeftijd >35 jaar)	Alle hormonale methoden (bij leeftijd 25-35 jaar)
Patiëntkenmerken voor een verminderde betrouwbaarheid anticonceptie		
Obesitas (BMI >30)		Anticonceptiepleister, sterilisatie vrouw
Bariatrische chirurgie gericht op bereiken verminderde absorptie van voedingsstoffen, zoals jejunum-ileale bypass (Roux 'en Y') of biliopancreatiese omleiding	Orale hormonale anticonceptie	

Aandoening / situatie	Absolute contra-indicatie	Relatieve contra-indicatie
Overige patiëntkenmerken		
Ernstige leverfunctiestoornissen	Alle hormonale methoden	
Onverklaard vaginaal bloedverlies	Spiralen (continueren mag), methoden met alleen progestageen (continueren mag)	
Vormafwijkingen uterus of myomen die cavum uteri vervormen	Spiralen (voor bepaling mate van beperking: echo en/of advies van gynaecoloog)	
Onregelmatige menstruatiecyclus		Methoden die rekening houden met vruchtbare dagen
Abdominale chirurgie of peritonitis (vrouw) / chirurgie scrotum (man) in voorgeschiedenis		Sterilisatie vrouw c.q. man
Geneesmiddelengebruik (risico verminderde betrouwbaarheid anticonceptie of meer bijwerkingen van geneesmiddel)		
Anti-epileptica (bijvoorbeeld carbamazepine, fenobarbital, fenytoïne, primidone, rufinamide, topiramaat)	Combinatiepreparaten, pil met alleen progestageen, implantatiestaafje	Prikpil
Overige leverenzyminducerende medicatie, zoals: - rifabutine, rifampicine - griseofulvine - sint-janskruid - antiretrovirale middelen (bijvoorbeeld ritonavir, efavirenz)	Alle hormonale methoden, m.u.v. de hormoonspiraal en prikpil	
Lamotrigine (anti-epilepticum)		Combinatiepreparaten (alleen gebruik zonder stopweek is mogelijk), pil met alleen progestageen
Gebruik teratogene medicatie, zoals isotretinoïne of valproïnezuur	Methoden die rekening houden met vruchtbare dagen	

In kaders 10.7 t/m 10.11 zijn aandoeningen of situaties weergegeven die gebaseerd zijn op zowel de geschiktheidscriteria van de WHO uit 2015 als de NHG-Standaard Anticonceptie met relatieve en absolute contra-indicaties (WHO 2015, Barnhoorn 2023). Tijdens een consult kan een checklist gebruikt worden om de medische voorgeschiedenis van een cliënte uit te vragen (zie bijlage 'Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie').

Kader 10.7: Contra-indicaties bij combinatiepreparaten (zoals pil, ring, pleister)

Absolute contra-indicatie

- Huidige en in de voorgeschiedenis ischemische hart-vaatziekten
- Leeftijd ≥ 35 jaar en roken
 - *Aanvulling: Risico op myocardinfarct bij >15 sigaretten per dag RR 20,8; <15 sigaretten per dag RR 3,5 in vergelijking met niet-pilgebruik(st)ers die niet roken, in NHG als absolute contra-indicatie afgegeven.*
- Trombofilie
- Diabetes mellitus slecht gereguleerd of met micro- of macrovasculaire complicaties, of die al >20 jaar bestaat
- Mammacarcinoom actueel of in de voorgeschiedenis
- Dragerschap BRCA-genmutatie /belaste familieanamnese voor mammacarcinoom >35 jaar
- Migraine met aura + roken
- Bariatrische chirurgie (NHG/CDC geen bewijs voor verminderde opname, maar wel goed mogelijk)
- Ernstige leverfunctiestoornissen
- Anti-epileptica (bijvoorbeeld carbamazepine, fenobarbital, fenytoïne, primidone, rufinamide, topiramaat)
- Overige leverenzyminducerende medicatie, zoals: rifabutine, rifampicine, griseofulvine, sint-janskruid, antiretrovirale middelen)

Relatieve contra-indicatie

- Familieanamnese veneuze trombo-embolie (VTE), let op aantal aangedane familieleden, en risicofactoren als leeftijd, roken, overgewicht (voor risico toelichting tabel 2 NHG Anticonceptie)
- VTE in familieanamnese (zie tabel 2 NHG Anticonceptie)
- Bij meerdere risicofactoren voor ischemisch HVZ-risico inschatten op basis van volledige risicoprofiel en op basis daarvan te besluiten of gebruik van combinatiepreparaten verantwoord is
 - Denk aan tensieregulatie
- Dragerschap BRCA-genmutatie / belaste familieanamnese voor mammacarcinoom 25-35 jaar
- Migraine met aura zonder roken
- Obesitas: BMI >30 bij pleister, bij vaginale ring geen onderzoeken
- Lamotrigine

Kader 10.8: Contra-indicaties bij progestageen-alleen preparaten (bijvoorbeeld implantaat, prikpil, minipil, hormoonspiraal)

Absolute contra-indicatie (alle progesteron-only methoden)

- Actueel of in de voorgeschiedenis mammacarcinoom
- Dragerschap BRCA-genmutatie /belaste familieanamnese mammacarcinoom >35 jaar
- Bariatrische chirurgie met als doel malabsorptie (bij orale pil methode)
- Onverklaard vaginaal bloedverlies voor alle methoden met progestageen alleen wegens maskerend effect dat onregelmatig bloedverlies bij deze methoden vaker optreedt. Continueren van progestageen alleen methode mag wel. (WHO: hormoonspiraal absoluut contra-indicatie, voor prikpil en implantatiestaafje relatief)
- Ernstige leverfunctiestoornis
- Anti-epileptica (bijvoorbeeld carbamazepine, fenobarbital, fenytoïne, primidone, rufinamide, topiramaat) (pil en implantaat)
- Overige leverenzyminducerende medicatie, zoals: rifabutine, rifampicine, griseofulvine, sint-janskruid, antiretrovirale middelen (uitzondering van hormoonspiraal en prikpil)

Relatieve contra-indicatie (alle progesteron-only methoden)

- Actieve veneuze trombo-embolische aandoening
- Dragerschap BRCA-genmutatie /belaste familieanamnese mammacarcinoom 25-35 jaar
- Obesitas (bij Implanon in SmPC advies gebruik 2 jaar, maar vanuit WHO/NHG geen bewijs voor terughoudend advies)
- Lamotrigine (bij pil)

Relatieve contra-indicatie (alleen prikpil)

- Actuele ischemie HVZ, of HVZ in de voorgeschiedenis
- VTE in de voorgeschiedenis, trombofilie, positieve familieanamnese voor VTE (bij WHO geen bezwaar, maar na rapport meer bewijslast)
- Verhoogd risico op ischemische HVZ of meerdere risicofactoren voor hart- en vaatziekten: roken bij leeftijd >35 jaar, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterolgehalte, diabetes mellitus (slecht gereguleerd, met complicaties, of >20 jaar bestaand, belaste familieanamnese)
- Anti-epileptica (bijvoorbeeld carbamazepine, fenobarbital, fenytoïne, primidone, rufinamide, topiramaat)

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

Kader 10.9: Contra-indicaties bij IUD (bij koper of hormoonspiraal)

Absolute contra-indicatie

- Bestaande zwangerschap of een vermoeden daarop
- Blijvend hoge hCG-spiegels na extra-uteriene graviditeit (EUG;
- Actueel of in voorgeschiedenis mammacarcinoom (alleen bij hormoonbevattend IUD)
- BRCA-genmutatie of belaste familieanamnese bij leeftijd >35 jaar (alleen bij hormoonbevattend IUD)
- Cervix- of endometriumcarcinoom
- Vaginale bloedingen met onbekende oorzaak (continueren mag wel)
- Bekende verklevingen of vervormingen van de uterus (bijvoorbeeld myoom), dan eventueel via huisarts advies van gynaecoloog inwinnen

Relatieve contra-indicatie

- BRCA-genmutatie of belaste familieanamnese bij leeftijd 25-35 jaar (alleen bij hormoonbevattend IUD)
- Voorgeschiedenis met EUG
- Klachten die kunnen wijzen op een aanwezige ontsteking van vagina, cervix, uterus of tubae
- Risico op soa (advies: eerst testen afnemen)

Kader 10.10: Contra-indicaties bij sterilisatie

Vraag naar:

- Huidige relatie en gezinssamenstelling en de mogelijkheid van onvoorziene wijzigingen in de toekomst
- Inzicht in het definitieve karakter van de ingreep; risico op spijt

Relatieve contra-indicatie:

- Obesitas: BMI >30
- Voorgeschiedenis: abdominale chirurgie, peritonitis (vrouw), chirurgie scrotum (man)

Kader 10.11: Contra-indicaties bij methoden die rekening houden met vruchtbare dagen

Absolute contra-indicatie

- Het gebruik van teratogene geneesmiddelen, zoals isotretinoïne of valproïnezuur; hierbij is een gezondheidsrisico van zwangerschap

Relatieve contra-indicatie

- Onregelmatige menstruatiecyclus

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.

10.10.2 Bijwerkingen hormoonbevattende 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. Circa 8-10% van de vrouwen ervaart hinderlijke (maar onschuldige) bijwerkingen van de pil. De echt storende bijwerkingen verdwijnen meestal gedurende de eerste 3 maanden. Desondanks stopt jaarlijks 5-6% van de pilgebruik(st)ers met de pil wegens blijvend bestaande bijwerkingen. In het 'Seks onder je 25e'-onderzoek van Rutgers en Soa Aids Nederland wordt beschreven dat zelfs 28% van de vrouwen die ooit vaginale seks hadden met de pil is gestopt en geen anticonceptie meer gebruikt (De Graaf 2024).

Het is belangrijk om een cliënt(e) van tevoren te wijzen op de 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. Na het stoppen van een anticonceptiemiddel kunnen na-effecten van een hormoonbevattend anticonceptiemiddel kortdurend blijven bestaan.

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 10.7 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. Over beleid bij bijwerkingen bij lokale of progestageen-alleen anticonceptie staat geschreven in tabel 10.8.

Tabel 10.7 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'), eventueel 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), eventueel 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>Progestageenafhankelijke bijwerkingen</i>	
Verminderde seksuele prikkelbaarheid	Overgaan op progestageen met androgene werking, lager oestrogeen doseren (Microgynon 20 bijvoorbeeld)
Amenorroe	Geruststellen, indien vervelend dan kortdurend oestrogenen bijgeven of overstappen op een pil met iets meer oestrogeen (≥ 30 EE)
Stemmingsproblemen	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
Vochtretentie (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 μg EE (Marvelon, Yasmin, Femodeen)
Toename eetlust	Overgaan op 3e- of 4e-generatiepil
Spotting, amenorroe*	Driefasenpil. Bij amenorroe eventueel oestrogeen hoger doseren
Hirsutisme (overbeharing)	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 (eventueel via huisarts/gynaecoloog). Indien uitgesloten, dan kan volgens bovenstaande tabel beleid gevormd worden.

Tabel 10.8 Beleid te vormen bij bijwerkingen bij lokale en (progestageen alleen) anticonceptiemiddelen.

Bijwerkingen	Beleid
<i>Progestageen afhankelijke bijwerkingen bij lokale & progestageen alleen anticonceptie (minipil, Implanon, hormoonhoudend spiraal, prikpil)</i>	
Hoofdpijn	Eerste 3 maanden afwachten, als onhoudbaar dan overgaan op ander anticonceptivum
Stemmingswisselingen	Eerste 3 maanden afwachten, als onhoudbaar dan overgaan op ander anticonceptivum
Haaruitval	Verwijderen van hormoonspiraal, overgaan op ander anticonceptivum
Vochtretentie	Eerste 3 maanden afwachten, als onhoudbaar dan overgaan op ander anticonceptivum
'Droge vagina' / dyspareunie	Seksuele anamnese afnemen, (progestageen concentratie wordt automatisch lager,) oestrogeen tijdelijk toevoegen
Spotting (dagelijks bloedverlies) - koperspiraal - hormoonspiraal - implantaat	Koperspiraal: acceptatie of verwijderen van spiraal en ander anticonceptivum Hormoonspiraal: acceptatie of verwijderen van spiraal en ander anticonceptivum, eventueel NSAIDs (Naproxen) Implantaat: toevoeging oestrogeen
Bloedingen - hormoonspiraal - implantaat - prikpil - progestageen-alleen-pil	Hormoonspiraal: toevoeging van oraal oestrogeen/ gecombineerde orale anticonceptie (niet significant bewezen), eventueel NSAID (Naproxen) Bij implantaat/prikpil: overstap naar ander progestageen, of oestrogeen toevoegen: - Oraal estradiol 1-2 mg/dag voor 7 dagen, een week per maand, 1-3 cyclussen herhalen (contra-indicatie bij migraine met aura, trombo-embolie, roken >35 jaar) - Gecombineerde orale anticonceptie met ander progestin (niet met desogestrel/etonogestrel) voor 3 cyclussen (bijvoorbeeld EE/dienogest, E2/nomegestrol acetate) - Tranexaminezuur bij prikpil en acuut bij implantaat bruikbaar 1-1,5 gr 3 dd 5 dagen, niet bruikbaar bij hormoonspiraal - Bij implantaat: Tamoxifen 10 mg + 10 mg per dag voor 7 dagen, een week per maand, 3 cyclussen herhalen Progestageen-alleen-pil: schakel over naar combinatiepil, of andere progestageen alleen pil (drospirenon) of implantaat/ hormoonhoudend spiraal
Gewichtstoename	Bij prikpil enkele kilo's toename aangetoond

10.11 Wanneer anticonceptie faalt

Noodanticonceptie kan nodig zijn in de volgende situaties:

- onbeschermd coïtus;
- onbeschermd seksueel contact in de vruchtbare periode bij gebruik van natuurlijke methoden;
- vergeten van de pil of te laat starten van de pil;
- scheuren of afglijden van het condoom;
- te laat plaatsen van een nieuwe vaginale ring, pleister of prikpil.

Kader 10.12: 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? (Hoeveel dagen duurt je cyclus?)
- Was het seksuele contact gewenst of ongewenst?
- Bij de pil: hoeveel pillen ben je vergeten? Welke pil ben je precies vergeten? In welke week ben je de pil vergeten?
- Heb je vaker noodanticonceptie gebruikt?
- Gebruik je medicijnen, ben je bekend met (ernstig) astma of leverfunctiestoornissen?

Als noodpillen bestaan Levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo en anderen) en Ulipristal 30 mg (EllaOne). De werking van beide stoffen is gebaseerd op uitstel van de te verwachten ovulatie. Levonorgestrel (progestageen) stelt de ovulatie uit, mits ingenomen voor de LH-piek plaatsvindt (ongeveer 2 dagen voor de ovulatie). Ulipristal is een progestageenreceptormodulator en voorkomt ovulatie of stelt de ovulatie uit, zelfs als ingenomen tot voor kort voor de LH-piek (12 uur voor de ovulatie). De effectiviteit van de Norlevo en de EllaOne neemt dus af naarmate er meer tijd verstrijkt tussen het onbeschermd contact en inname, afhankelijk van het moment van vaginaal contact en of ovulatie al heeft plaatsgevonden.

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 2021). 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 (Glasier 2010, Beerhuizen 2019).

Bijwerkingen van Norlevo en EllaOne zijn o.a. hoofdpijn en gastro-intestinale bijwerkingen zoals misselijkheid. Het eerstvolgende menstruatietijdstip kan enkele dagen later zijn. Contra-indicatie voor de EllaOne is ernstige astma. Beide medicaties worden afgeraden bij gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen tegen epilepsie, tuberculose, hiv of het gebruik van sint-janskruid.

Er zijn aanwijzingen dat Norlevo en EllaOne minder werkzaam zouden zijn bij een hoger gewicht (>70 en >85 kilo) en BMI (>26 en >30), 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 (Fok 2016).

Na inname van de Ulipristal is hormonale anticonceptie onbetrouwbaar. Daarom worden condooms als extra maatregel geadviseerd tot de volgende menstruatie.

Tabel 10.9 Opties noodanticonceptie.

	Maximum aantal uur te gebruiken na onbeschermd seksueel contact	Hoe te verkrijgen?	Hoe te gebruiken?	Overweeg ander middel bij...	Kosten
Levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo, Isteranda, Postinor, levonorgestrel 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 €17 (op recept voor jongeren <21 jaar vergoed, recept via anticonceptie-online)
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 condoms	ernstige astma, ernstige leverfunctiestoornissen, vermoeden op bestaande zwangerschap, gebruik van geneesmiddelen tegen epilepsie, tuberculose of hiv, of het gebruik van sint-janskruid*	circa €21,50
Koper IUD	tot 120 uur	op recept	door arts (huisarts, SENSE-arts, gynaecoloog) of verloskundige te plaatsen+ antibiotica profylaxe	zie kader 10.8	Vanaf €60 – 100
Hormoon IUD	tot 120 uur	op recept (off-label gebruik)	door arts (huisarts, SENSE-arts, gynaecoloog) of verloskundige te plaatsen+ antibiotica profylaxe	Zie kader 10.8	Vanaf €130

* Het gelijktijdig gebruik of gebruik in de afgelopen 4 weken van geneesmiddelen met CYP3A4-inductoren (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. Gebruik van ulipristal wordt in deze situatie ontraden. Een koperspiraal biedt echter meer zekerheid in dat geval (Farmacotherapeutisch Kompas). Na een maagverkleining worden bij Norlevo lagere spiegels gemeten. Voor EllaOne is dit niet bekend. Daarom is het advies in dit geval een koperspiraal. Het gelijktijdig gebruik van maagzuurremmers kan de biologische beschikbaarheid van EllaOne verminderen. Voor advies bij gelijktijdig gebruik: zie bijsluiter van EllaOne. Na gebruik van EllaOne moet 5 dagen gewacht worden met hormonale anticonceptie. Omdat de werking van de hormonale anticonceptie gedempt/geblokkeerd kan worden. In de tussentijd is het advies condoms te gebruiken als aanvullende anticonceptie, tot de hormonale anticonceptie 14 achtereenvolgende dagen gebruikt is of tot de menstruatie. Na Norlevo hoeft niet gewacht te worden met hormonale anticonceptie. De combinatie levonorgestrel met EllaOne wordt ontraden (NHG-Standaard Anticonceptie, details noodanticonceptie en WHO 2021).

Een plaatsing van een koperspiraal is echter de meest betrouwbare methode. Daarmee worden fertilisatie en innesteling van het bevruchte ei voorkomen. De hormoonspiraal lijkt als noodanticonceptie gelijkwaardig aan de koperspiraal (Turok 2021). Deze toepassing staat alleen nog niet in de SmPC, dus gebruik wordt dan off-label. Expert-opinion wisselt over gebruik van hormoonspiraal als noodanticonceptie. Bij welk spiraal ook, controleer wel of cliënte >5 dagen voor plaatsing ook al onbeschermd coïtus heeft gehad, zodat er niet een spiraal bij een al zwangere uterus ingebracht wordt.

Bespreek tijdens het consult over noodanticonceptie het volgende:

- Heeft iemand eerder noodanticonceptie gebruikt en had die persoon toen last van eventuele bijwerkingen?
- Na gebruik van noodanticonceptie kan de menstruatie soms enkele dagen eerder of later komen dan verwacht.
- Noodanticonceptie met ulipristal kan de werking van progestageen-houdende anticonceptiemiddelen verstoren. Daarom wordt geadviseerd na de ulipristal aanvullend condooms te gebruiken tot 14 dagen de hormoonhoudende anticonceptie is gebruikt of tot aan de menstruatie. (Dag 1 t/m 5 van ulipristal werkt hormonale anticonceptie niet. Dag 6 t/m 14 komt hormonale anticonceptie wel op receptoren aan. Na 7 dagen onafgebroken gebruik is cliënt(e) weer beschermd. Daarom aanvullende anticonceptie nodig.) Na gebruik van de MAP met levonorgestrel volstaat gebruik van een condoom tot de pil gedurende 7 opeenvolgende dagen is ingenomen (Barnhoorn 2023; WHO 2021).
- Het wordt niet aangeraden om de noodanticonceptie meer dan 1 keer per cyclus in te nemen. Dit omdat het de cyclus (ovulatie- en menstruatiemoment) verstoort en omdat de tabletten niet net zo goed werken als gewone anticonceptiemethodes. Eventuele schade voor het lichaam is niet aangetoond ([SmPc levonorgestrel](#), [SmPc ulipristal](#)).
- Het is altijd van belang de cliënt(e) te adviseren een zwangerschapstest te doen, minimaal 2 weken na het onbeschermd contact of als menstruatie langer dan 5 dagen uitblijft, om zeker te kunnen zijn dat er geen zwangerschap is ontstaan. Bedenk dat door de morning-afterpil een uitstel van ovulatie mogelijk is, dat zaadcellen 5 dagen intact kunnen blijven, en dat innesteling van een bevrucht eitje gemiddeld 6-8 dagen duurt alvorens na innesteling in de baarmoeder zwangerschapshormoon te produceren. Vandaar dat 2-3 weken na het onbeschermd seksuele contact in acht genomen moeten worden alvorens een zwangerschapstest betrouwbaar kan worden ingezet.
- Bespreek het soa-risico.
- 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.

Na keuze voor het plaatsen van een koper- of hormoonspiraal kunnen cliënten terecht bij hun eigen huisarts en anders bij abortusklinieken, gynaecologen of bij enkele GGD'en of verloskundigen.

10.12 Medicatie op recept

Zoals eerder gerefereerd zijn er situaties waarbij de arts medicatie op recept uitschrijft. Dit gebeurt als de medicatie niet binnen de regeling aanvullende seksuele gezondheid (ASG) valt en waarvoor het klantvriendelijk is om een behandeling direct voor te schrijven. Zo ook bij de (nood)anticonceptie. Voor

de eigen regio kunnen afspraken gemaakt worden tussen apotheker en GGD-arts en (zo mogelijk) het Nu Niet Zwanger-team. Controleer welke apotheker in jouw regio geselecteerd is door de zorgverzekeraar om voor ongedocumenteerde medicatie tegen reductie of zelfs gratis aan de cliënten aan te bieden. Bij samenwerking tussen Nu Niet Zwanger en de apotheker kan bij de betreffende apotheker soms (nood)anticonceptie op budget van het Nu Niet Zwanger-project aan de cliënt(e) aangeboden worden. (Denk bijvoorbeeld aan minderjarigen die niet willen dat hun ouders weten van het anticonceptiegebruik. Geboortedatum en naam zijn dan bij apotheker, en het Nu Niet Zwanger-team, bekend, maar voor de zorgverzekeraar is dit anoniem.) Cliënten kunnen zo mogelijk ook door het Nu Niet Zwanger-team bij verstrijken van de (nood)anticonceptie opnieuw benaderd worden om de (nood)anticonceptie te hernieuwen. Kijk hiervoor wat er beschikbaar is in samenwerking met het Nu Niet Zwanger-team en de apotheker in je eigen regio. Voor sommige GGD'en is het ook mogelijk in overeenstemming met de apotheker in de regio (terhandstelling) om (nood)anticonceptie bij de GGD op voorraad beschikbaar te hebben. Hiervoor kunnen mogelijk lokale financiële middelen (gemeente) of het Nu Niet Zwanger-budget aangesproken worden.

10.13 Anticonceptie voorschrijven aan minderjarige cliënten (juridische aspecten)

Bij de huisartsen, Centra Seksuele Gezondheid en abortusklinieken komen jaarlijks geregeld minderjarige cliënten. Deze cliënten kan ook anticonceptie voorgeschreven worden, mits aan een aantal regels voldaan wordt (Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming 2020, KNMG 2020). Hier volgt een aantal handreikingen.

Minderjarigen tot 12 jaar of wilsonbekwaam: De ouder(s) of voogd hebben recht op informatie en beslissen in deze situatie of de cliënt(e) anticonceptie mag gebruiken. Het kind heeft wel recht op informatie en de hulpverlener moet de voorlichting afstemmen op het bevattingsvermogen van het kind. Weigeren ouders toestemming te geven voor een dringend noodzakelijke ingreep of behandeling (zoals anticonceptie), dan kan via de Raad voor de Kinderbescherming bewerkstelligd worden dat de beslisbevoegdheid van de ouder(s) of voogd tijdelijk overruled wordt door een kinderschermingsmaatregel. Afwegingen en gevolgde stappen moeten genoteerd worden in het dossier. Een arts zal altijd in dit consult betrokken moeten worden.

Leeftijd 12 t/m 15 jaar en wilsbekwaam: In principe is dubbele toestemming vereist, zowel van de ouder(s) of voogd als van de cliënt(e) zelf. Uitgangssituatie moet zijn: ouder(s)/voogd op de hoogte brengen van eventuele start anticonceptie en toestemming verkrijgen. Een uitzonderingssituatie (ouders niet op de hoogte brengen) is als de cliënt(e) mogelijk nadeel ondervindt voor haar verdere ontwikkeling of veiligheid of bij eerwraak. Uitzonderingssituatie om anticonceptie voor te schrijven zonder toestemming van ouders is als er ernstig nadeel voor de patiënt voorkomen kan worden (i.e. zwangerschap) en indien de minderjarige de anticonceptie weloverwogen blijft wensen. In het dossier moeten de overwegingen goed genoteerd worden. Schriftelijke verklaring van cliënt(e) is niet nodig. Mondelinge verklaring is genoeg.

Leeftijd 16 t/m 18 jaar en wilsbekwaam: Cliënten vanaf 16 jaar zijn juridisch zelfstandig en mogen, na adequaat informeren, zelf bepalen welke anticonceptie zij willen krijgen of niet. Noteer in het dossier opnieuw en duidelijk de mondelinge toestemming.

10.14 Anticonceptie voor non-binaire of transgender personen

Ook bij non-binaire of transgender personen is noodzaak om het gesprek over fertiliteit en eventuele kinderwens tijdens een consult seksuele gezondheid te kunnen voeren. Zowel gebruik van cross-seksehormonen als gebruik van puberteitsremmende hormonen heeft invloed op de fertiliteit. Maar ook bij (nog) geen gebruik van deze hormonen kunnen vragen over uitingen van het geboortegeslacht op consult naar voren komen. Zo kan een trans man bijvoorbeeld discomfort ervaren bij menstruaties en vragen om anticonceptie om deze te stoppen. Maar ook bijvoorbeeld om niet zwanger te worden kan anticonceptie gevraagd worden. Verdergaande vragen als een gonadectomie of hysterectomie kunnen ook gesteld worden.

De lichamelijke veranderingen bij gebruik van cross-seksehormonen (bij testosteron) beperken zich niet alleen tot toename van lichaamsbehaarings, clitorale groei, verandering van lubricatie en het stoppen van de maandelijkse cyclus. Juist ook op seksueel gebied kan er veel veranderen. Zie hiervoor deeldraaiboek Seksuele oriëntatie en genderidentiteit.

Ten aanzien van fertiliteit is de bevinding in het algemeen dat testosteroongebruik bij een trans man niet tot volledige infertiliteit leidt, maar gebruik van oestrogeen bij een trans vrouw wel (al zijn er wel uitzonderingen bij gebruik van oestrogeen op het aanmaken van zaadcellen beschreven.) Wanneer de maandelijkse cyclus is gestopt gaan sommige trans mannen ervan uit dat zij zich geen zorgen hoeven te maken over zwangerschap. Toch is deze mogelijkheid er wel. Van de trans mannen die testosteron gebruiken (en niet meer menstrueren), heeft 80% na 1 jaar geen ovulatie meer. Bij 20% is de ovulatie nog niet gestopt en is er dus nog wel een zwangerschapsmogelijkheid. Het advies is om goed uit te vragen of de trans man receptieve penis-in-vagina-seks heeft. Vraag naar handelingen en rollen en doe geen aannames wat er op basis van anatomie vanuit een heteronormatief perspectief verwacht wordt. Is er sprake van receptieve penis-in-vagina-seks, dan zal de kans op zwangerschap en mogelijke anticonceptie besproken moeten worden.

Bij de keus voor anticonceptie kunnen dezelfde middelen geadviseerd worden als bij cisvrouwen. Weet dat bij een spiraal de plaatsing, eventueel bloedverlies en krampen voor genderdysfore gevoelens kunnen zorgen. Zo ook irregulair vaginaal bloedverlies bij het gebruik van implantaat, prikpil of hormoonspiraal. Gebruik van orale anticonceptiecombinatiepil, pleister of vaginale ring kan mogelijk (her)groei van borstweefsel veroorzaken. Gebruik van vaginale ring kan tevens een toename van vaginale afscheiding, maar ook afname van vaginale droogheid, veroorzaken. Zie ook de informatiefolder [Anticonceptie bij trans mannen of non-binaire personen](#).

Gebruik van noodanticonceptie wordt geadviseerd wanneer een anticonceptiemethode vergeten wordt, of als er iets misgegaan is tijdens het gebruik ervan. Ook dit advies is gelijk aan het advies bij cisvrouwen.

Mocht een non-binair persoon of trans man toch zwanger zijn, dan kunnen er specifieke vragen naar voren komen. Zie op fiom.nl voor meer informatie [Ongewenste zwangerschap bij trans-masculiene personen](#).

Referenties

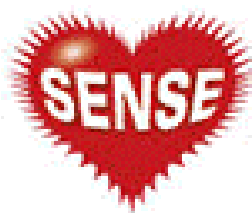
- Beerthuisen RJCM 2019. Anticonceptie op maat: van pubertijd tot overgang. 5e druk. Houten: Springer Healthcare benelux.
- Barnhoorn PC, Bruinsma ACA, Bouma M et al. 2023. [NHG-Standaard Anticonceptie](#) [Versie 2.4, april 2023]. Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Bull JR, Rowland SP, Scherwitzl EB et al. 2019. [Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles](#). Npj Digit Med 2:83.
- CBS 2022. [Leefstijl: persoonskenmerken](#). Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd juli 2023.
- van Ditzhuijzen J, Olofsen S, Knibbeler R et al. 2021. [Het eerste anticonceptieconsult bij de huisarts: tevredenheid, verwachtingen, en ervaringen van jonge vrouwen](#). Utrecht: Rutgers.
- Fok WK, Blumenthal PD 2016. [Update on emergency contraception](#). Curr Opin Obstet Gynecol 28(6):522-529.
- García-Sáenz M, Ibarra-Salce R, Pozos-Varela FJ et al. 2023. [Understanding progestins: from basics to clinical applicability](#). J Clin Med 12(10):3388.
- Glasier AF, Cameron ST, Fine PM et al. 2010. [Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis](#). Lancet 375(9714):555-562.
- de Graaf H, Oldenhof A, Kraan Y et al. 2024. [Seks onder je 25e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2023](#). Rutgers/Soa Aids Nederland.
- KNMG 2020. [Mag een meisje van 14 jaar abortus laten uitvoeren zonder medeweten van haar ouders?](#) Praktijkdilemma 2 december 2020.
- van Lunsen HW, Roumen FJ 2012. Het anticonceptieconsult. In: Heineman MJ, Evers JLH, Massuger LFAG et al. Obstetrie en gynaecologie: de voortplanting van de mens. 7e druk. Amsterdam: Reed Business.
- NVOG 2002. [Richtlijn Anticonceptie: lactatie-amenorroemethode](#). Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn No. 45, januari 2002.
- Page ST, Blithe D, Wang C 2002. [Hormonal male contraception: getting to the market](#). Front Endocrinol (Lausanne) 2002:13: 891589.
- Picavet C, van der Leest L, Wijsen C 2011. Contraceptive decision making: backgrounds and outcomes of contraceptive methods. Utrecht: Rutgers.
- Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming 2020. [Toestemming voor behandeling](#). In: Seksuele ontwikkeling, 5: Wettelijke kaders. Geraadpleegd juli 2024.
- Roordink EM, Brouwer-Prusak AJ, Snijders BEP et al. 2024. Monitor Onbedoelde Zwangerschappen: Cijferoverzicht 2023. [RIVM rapportnummer 2024-0040](#). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Rutgers 2020. [Anticonceptie voor jou: voorlichting over anticonceptie](#). Utrecht: Rutgers.
- Rutgers 2024. [Informatie over natuurlijke methoden](#). Utrecht: Rutgers.
- SAN 2020. [Methoden van anticonceptie en hun betrouwbaarheid](#). Via: website Stichting Anticonceptie Nederland (geraadpleegd juli 2023, pagina laatst bijgewerkt: 24 februari 2020).
- SFK 2023. [Weer minder gebruiksters hormonale anticonceptie](#). Pharmaceutisch Weekblad 158(45).
- Soumilion A, van der Wouden H 2015. [Lidocainegel als pijnstilling bij inbrengen IUD](#). Huisarts en wetenschap 58(11):618.

- Turok D, Gero A, Simmons R 2021. [Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception](#). N Engl J Med 384(4):335-344.
- Vilk Ayalon N, Segev L, Samson AO et al. 2022. [Norethisterone reduces vaginal bleeding caused by progesterone-only birth control pills](#). J Clin Med 11(12):3389.
- WHO 2015. [Medical eligibility criteria for contraceptive use](#). 5th Edition. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2021. [Emergency contraception](#). Factsheet. World Health Organization.
- van der Wijden C, Manion, [Lactational amenorrhoea method for family planning](#). Cochrane Database Syst Rev 2015(10):CD001329.
- Zigler RE, McNicholas C 2017. [Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use](#). Am J Obstet Gynecol 216(5):443-450.



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 CLIËNT(E)

Naam cliënt(e)		
Pinnummer		
Leeftijd/geboortedatum	/	
Tel.nr		
Naam huisarts		
Huisarts informeren?	Ja, d.d.	Nee (cliënte weigert)

AANDOENINGEN

Heeft cliënt(e) te maken (gehad) met één van de onderstaande aandoeningen?

	JA	NEE
hartaanval		
herseninfectie/-bloeding		
trombose of longembolie		
eerstegraads familielid met trombose of longembolie		
ernstige leverfunctiestoornis		
operaties aan de maag		
net bevallen of borstvoeding gevend		
borstkanker of BRCA-dragerschap of belaste familie		
endometriumcarcinoom		
migraine met aura		
diabetes		
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 de volgende schema's

RISICOFACTOREN

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

	JA	NEE
roken		
leeftijd ≥ 35 jaar		
hypertensie ($>140/90$ mmHg)		
verhoogd cholesterolgehalte		
diabetes mellitus		
BMI >30		

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

Adviseer verder:

- Stop met roken
- Stopt cliënt(e) 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 middelen tegen epilepsie, tuberculose (rifampicine of rifabutine), schimmel (griseofulvine), narcolepsie (modafinil), pulmonale hypertensie/systemische sclerose (bosentan) en sint janskruid en retrovirale middelen (ritonavir, efavirenz).
Bij twijfel over interacties: overleg met arts.

GYNAECOLOGISCHE KLACHTEN

	JA	NEE
contactbloedingen		
baarmoederhalskanker		
verklevingen van de baarmoeder		
vormafwijkingen van de baarmoeder of myomen (vleesbomen)		

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 10, paragraaf 10.4-10.5).
- Vraag cliënt(e) toestemming om de huisarts te informeren over start hormonale anticonceptie. Als cliënt(e) 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 cliënt(e) daarvoor géén toestemming geeft.

Hormonale anticonceptie voorgeschreven

☐ **NEE**

☐ **JA**

Naam middel:

Plaats:

Datum:

**Naam en handtekening
arts**

**Naam en handtekening
verpleegkundige**

.....

.....