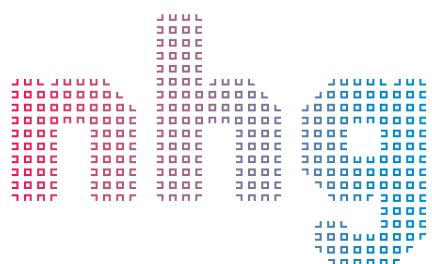




Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Anticonceptie (M02)



Nederlands
Huisartsen
Genootschap



Inhoud

1. Samenstelling werkgroep	4
2. Inleiding	5
2.1 Doel van de standaard	5
2.2 Afbakening van het onderwerp	5
2.3 Werkwijze	5
2.4 Gebruikers van de richtlijn	5
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties	5
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers	5
2.7 Implementatie	6
2.8 Juridische status van richtlijnen	6
2.9 Delegeren van taken	6
2.10 Belangenverstrengeling	6
2.11 Financiering	6
3. Methoden	7
3.1 Ontwikkelproces	7
3.1.1 Knelpuntenanalyse	7
3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen	7
3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur	7
3.1.4 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs	7
3.1.5 Doelmatigheid	7
3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen	7
3.2 Commentaar- en autorisatiefase	8
3.3 Procedure voor herziening en herzieningen	8
4. Zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag	9
4.1 Ernstige bijwerkingen combinatiepreparaten	9
4.2 Ernstige bijwerkingen methodes met alleen progestageen	9
4.3 Stemmingklachten en verminderd seksueel verlangen door hormonale anticonceptie	10
4.4 Wat is de meest betrouwbare noodanticonceptie?	11
4.5 Kan soadiagnostiek en plaatsing van een spiraal veilig plaatsvinden in hetzelfde consult?	11
4.6 Wat is de meest betrouwbare anticonceptiemethode?	12
4.7 Welke anticonceptiepil kan het beste worden gegeven als de tweedegeneratiepil van eerste keus te veel bijwerkingen geeft?	12
4.8 Wat is het beste beleid bij spotting bij gebruik van een combinatiepil, hormoonspiraal en implantatiestaafje?	x12
4.9 Welke koperspiraal heeft de voorkeur?	12
4.10 Wanneer kan het beste een spiraal geplaatst worden postpartum?	12
4.11 Zijn NSAID's effectief voor pijnbestrijding in de eerste uren na plaatsing van een spiraal?	13
4.12 Wat is het effect (bijvoorbeeld aantal voedingen per dag bij voeden op verzoek) van het gebruik van hormonale anticonceptie postpartum op de hoeveelheid borstvoeding?	13
4.13 Is het nodig om controles af te spreken?	14
4.14 Wanneer is er een indicatie voor consultatie/verwijzing naar de gynaecoloog?	14



4.15 Leidt gebruik van combinatiepreparaten tot meer hart- en vaatziekten bij vrouwen > 40 jaar?	14
4.16 Is er een ondergrens, wat betreft leeftijd, voor de verschillende anticonceptiemethoden?	14
4.17 Wat is de plaats van de prikpil ten opzichte van andere methoden met alleen progestageen?	14
4.18 In hoeverre zijn aanvullende maatregelen (bijvoorbeeld condoom) nodig als van anticonceptiemethode wordt gewisseld (bijvoorbeeld van spiraal naar hormonale combinatiepreparaat)?	14
5. Totstandkoming en methoden versie 2.3	15
5.1 Samenstelling werkgroep	15
5.2 Werkwijze	15
5.3 Commentaar en autorisatie	15
6. Referenties	16
Bijlagen	17
Bijlage 1 Uitgangsvragen	17
Bijlage 2 Zoekstrategieën	18



1. Samenstelling werkgroep

Werkgroeplid	Affiliatie/instelling
Pieter Barnhoorn	Huisarts, seksuoloog, Leiden
Anita Bruinsma	Huisarts, Beverwijk
Kitty van Groeningen	Huisarts, Hattem
Meryl Koetsier	Verloskundige, Gouda
Renske van der Sande	Huisarts, Vleuten
Suzy de Swart	Huisarts, 's-Hertogenbosch
Dr. Carla van der Wijden	Gynaecoloog, Amsterdam
Miranda Kurver	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Zamire Damen-van Beek	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.
Dr. Margriet Bouma	Senior wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.



Adviseur

Lidewij Korf en Daniëlle Kuijpers, beiden derdejaars aios huisartsgeneeskunde in Nijmegen, leverden een bijdrage aan het detail 'het tijdstip van soadiagnostiek voor het plaatsen van een spiraal'.

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist
- Femke Schoo, secretaresse
- Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Dr. Maureen van den Donk, epidemioloog, wetenschappelijk medewerker, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap
- Vroon Pigmans, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker, afdeling Implementatie
- Dr. Hèlen Woutersen-Koch, wetenschappelijk medewerker, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap



2. Inleiding

2.1 Doel van de standaard

Deze standaard beoogt aanbevelingen te geven voor de huisarts om patiënten voorlichting te geven over de diverse anticonceptiemethoden, hen te adviseren bij het maken van een keuze en te begeleiden bij de toepassing.

2.2 Afbakening van het onderwerp

De wens voor anticonceptie bij vrouwen of mannen wordt in deze standaard als uitgangspunt genomen. De standaard bevat aanbevelingen voor voorlichting over en toepassing van alle gangbare anticonceptiemethodes, met focus op hormonale anticonceptie en spiralen.

2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van deze standaard is gestart in maart 2017. De werkgroep heeft in negen werkgroepvergaderingen een concept-standaard opgesteld. Daarbij vatten de betrokken NHG-medewerkers (MK en ZD) het bewijs systematisch samen en werden door de werkgroepleden de conceptaanbevelingen voorbereid ter bespreking tijdens de vergaderingen. De NHG-medewerkers (MK en ZD) leidden de vergaderingen, zonder dat er sprake was van een formeel voorzitterschap.

2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen die bij de keuze en toepassing van anticonceptie door patiënten betrokken zijn.

2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

In de werkgroep had een gynaecoloog (CW) zitting namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en een verloskundige (MK) namens de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). In de externe commentaarronde is tevens commentaar gevraagd van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU), Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) en Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVvS) en Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP).

2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

Voor het achterhalen van waarden en voorkeuren van patiënten is een systematische zoekactie in de literatuur uitgevoerd. Hierbij werden geen relevante onderzoeken gevonden. Vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap is de Patiëntenfederatie Nederland gevraagd om inbreng van het patiëntenperspectief voor de herziening van de NHG-Standaard Anticonceptie. Gezamenlijk is besloten dat een vragenlijst aan het Zorgpanel van de Patiëntenfederatie Nederland een geschikt middel is om te achterhalen wat belangrijk is in de zorg voor deze groep patiënten. Ook is gebruikgemaakt van een oproep via Twitter van @thuisarts. De Patiëntenfederatie Nederland en het Nederlands Huisartsen Genootschap hebben in overleg met de richtlijnwerkgroep de vragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst is op 26 september 2016 verstuurd naar een groep panelleden van het Zorgpanel van Patiëntenfederatie Nederland. In de vragenlijst zijn vragen gesteld over anticonceptie. De vragenlijst is ingevuld door 206 respondenten. In de externe commentaarronde is commentaar gevraagd van de Patiëntenfederatie Nederland.



2.7 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren.



2.8 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer van deze richtlijn wordt afgeweken, wordt het aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd, waar relevant in overleg met de patiënt, te doen.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie kan beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.



2.9 Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, -ondersteuner of -verpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken, waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.



2.10 Belangenverstrengeling

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling ingevuld. Door geen van de leden van de werkgroep werd belangenverstrengeling gemeld. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien bij de webversie van de standaard op www.nhg.org.



2.11 Financiering

Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de totstandkoming van deze richtlijn gefinancierd.



3. Methoden

3.1 Ontwikkelproces

Het proces van het ontwikkelen van de standaard heeft plaatsgevonden volgens de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

3.1.1 Knelpuntenanalyse

Bij de start van het traject zijn knelpunten geïnventariseerd door de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS), Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), KNMP, werkgroepleden van de vorige standaard en de leden van de huidige werkgroep. Er is ook een enquête uitgezet via HAweb (respons n = 2) om factoren voor acceptatie en invoering van de vorige standaard te achterhalen die mogelijk een belemmerende rol spelen bij de toekomstige implementatie van de herziene standaard.

3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patient, intervention, control, outcome*). Bij elke uitgangsvraag werd een inhoudelijk expert vanuit de werkgroep aangewezen. Een overzicht van de uitgangsvragen is opgenomen in bijlage 1.

Aan het begin van het richtlijntraject werden door de werkgroep per uitgangsvraag de patiëntrelevante uitkomstmaten vastgesteld. Deze werden onderverdeeld in cruciale, belangrijke en niet-belangrijke uitkomstmaten aan de hand van een scoresysteem. In bijlage 1 zijn per uitgangsvraag de cruciale uitkomstmaten gepresenteerd. Voor meer informatie over de procedure wordt verwezen naar de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Voor elke uitgangsvraag werd een literatuursearch uitgevoerd door een literatuurspecialist (LH) van het NHG. Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR's) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. Indien er voor een uitgangsvraag een geschikte SR werd gevonden, werd een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR. Er werd door het NHG een nieuwe zoekactie uitgevoerd naar primaire onderzoeken indien er geen geschikte SR's werden gevonden. De gevonden literatuur werd door een werkgroep lid en een epidemioloog (MvdD) onafhankelijk van elkaar gescreend op basis van titel en abstract. Op basis van consensus werd de meest relevante literatuur geselecteerd en de volledige tekst van het artikel aangevraagd.

Zie hoofdstuk 4 voor een specifieke toelichting op de gehanteerde aanpak per uitgangsvraag en een specifieke beschrijving van de zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag. De zoekstrategieën per uitgangsvraag zijn te vinden in bijlage 2. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is (ook) te vinden bij de webversie van deze standaard (zie www.nhg.org).

3.1.4 Beoordeling en gradering van het wetenschappelijke bewijs

Het beoordelen en graderen van het bewijs heeft plaatsgevonden met de GRADE-methode. Zie de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#) voor een uitvoerigere beschrijving van het beoordelen en graderen van het wetenschappelijke bewijs.

3.1.5 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan de doelmatigheid van de verschillende interventies. Kosten weegt de werkgroep bij het proces van bewijs naar aanbeveling mee door aannames hierover te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.

3.1.6 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door een wetenschappelijk medewerker (ZD/MK) in samenwerking met een epidemioloog (MvdD) samengevat en beoordeeld. Vervolgens werd in samenwerking met een of twee inhoudelijk deskundige werkgroepleden een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die uit de literatuur werden getrokken vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Op basis van discussies binnen de werkgroep werden aanpassingen gemaakt in de tekst en aanbevelingen. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van (informele) consensus binnen de werkgroep.



3.2 Commentaar- en autorisatiefase

In juni 2018 werd de ontwerpstandaard voor commentaar aan relevante beroepsorganisaties, huisartsen- en specialistenreferenten gestuurd.

Commentaar werd ontvangen van de volgende verenigingen:

- Landelijke Coördinatie Infectieziektenbestrijding (LCI)
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)
- NVOG Werkgroep Kinder- en Adolescenten Gynaecologie (WKAG)
- Instituut Verantwoord Medicijngebruik (IVM)
- College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)
- Patiëntenfederatie Nederland
- Domus Medica België
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Pharos
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA)
- Stichting Anticonceptie Nederland (SAN)
- GGD programma Nu Niet Zwanger
- Rutgers
- Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
- SeksHAG
- UgynHAG
- Zorginstituut Nederland (ZiNL)
- Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIC)

Persoonlijke titel:

- Prof. dr. F.M. Helmerhorst, dr. K. Kapiteijn, gynaecologen
- Dr. J. van Ditzhuijzen, psycholoog/onderzoeker
- Dr. P. Leusink, huisarts-seksuoloog
- P. Vonk, huisarts, studentenarts

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

Daarnaast vond in juni 2019 een focusgroep plaats met als doel het verzamelen van commentaar op de ontwerpstandaard, en aanbevelingen voor de implementatie daarvan door het NHG. Aan deze focusgroep namen achttien huisartsen deel.

Mw. A.D. de Vries en mw. R.L.S. Weersma, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel.

Na de externe commentaarronde heeft overleg en afstemming plaatsgevonden van de adviezen bij vergeten anticonceptie. Hierbij waren de volgende organisaties betrokken: NVOG, KNMP, CBG en LCI/RIVM.

Op 18 december 2019 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).



3.3 Procedure voor herziening en herzieningen

Deze standaard wordt periodiek herzien. Uiterlijk in 2025 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.



4. Zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag

In dit hoofdstuk wordt per uitgangsvraag een specifieke toelichting op de gehanteerde aanpak voor de beantwoording gegeven, waaronder een beschrijving van de zoekstrategie en selectiecriteria per uitgangsvraag. De zoekstrategieën per uitgangsvraag zijn te vinden in bijlage 2.

4.1 Ernstige bijwerkingen combinatiepreparaten

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een search uitgevoerd in PubMed waarbij is gezocht naar SR's, RCT's en observationeel onderzoek. Zie bijlage 2 voor de zoekstrategie. In tabel 1 zijn de criteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur. De systematische review van Stegeman over het risico op veneuze trombo-embolieën bij gebruik van combinatiepreparaten leek sterk op de cochrane review van De Bastos en wordt daarom niet apart beschreven [De Bastos 2014, Stegeman 2013]. De bevindingen in het retrospectieve cohortonderzoek van Samson, over het risico op hart-vaatziekten bij gebruik van combinatiepreparaten, waren in lijn met de bevindingen van Roach en worden daarom in niet apart beschreven [Samson 2016].

Tabel 1. Selectiecriteria

Type onderzoeken	■ SR's ■ RCT's ■ Observationeel onderzoek (prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek)
Type patiënten	■ Vrouwen die ooit/recent/nu combinatiepreparaten gebruik(t)en (als groep, en uitgesplitst per combinatiepreparaat)
Type controles	■ Vrouwen die geen/nooit/niet-recent hormonale anticonceptie gebruik(t)en
Type uitkomstmaten	■ Incidentie/mortaliteit veneuze trombo-embolieën, myocardinfarct/ischemisch CVA, of maligniteiten (voornamelijk mammacarcinoom, cervixcarcinoom, ovariumcarcinoom)
Type setting	■ Alle settings

4.2 Ernstige bijwerkingen methodes met alleen progestageen

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een search uitgevoerd in PubMed waarbij is gezocht naar SR's, RCT's en observationeel onderzoek. Zie bijlage 2 voor de zoekstrategie. In tabel 2 zijn de criteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur. Een systematische review en meta-analyse van Glisic et al. over het risico op veneuze en arteriële trombo-embolieën bij gebruik van methodes met alleen progestageen, is niet gebruikt, omdat daarin minder duidelijk onderscheid werd gemaakt tussen onderzoeken naar het risico bij vrouwen in de algemene populatie en onderzoeken naar het risico bij vrouwen met specifieke aandoeningen [Glisic 2018].



Tabel 2. Selectiecriteria

Type onderzoeken	▪ SR's ▪ RCT's ▪ Observationeel onderzoek (prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek)
Type patiënten	▪ Vrouwen die ooit/recent/nu een methode met alleen progestageen gebruik(t)en ▪ Vrouwen die geen/nooit hormonale anticonceptie gebruik(t)en
Type controles	▪ Vrouwen die geen/nooit/niet-recent hormonale anticonceptie gebruik(t)en
Type uitkomstmaten	▪ Incidentie/mortaliteit veneuze trombo-embolieën, myocardinfarct/ischemisch CVA, of mammacarcinoom
Type setting	▪ Alle settings

4.3 Stemningsklachten en verminderd seksueel verlangen door hormonale anticonceptie

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een search uitgevoerd in PubMed waarbij is gezocht naar SR's, RCT's en observationeel onderzoek. Zie bijlage 2 voor de zoekstrategie. In tabel 3 zijn de criteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur.

Tabel 3. Selectiecriteria

Type onderzoeken	▪ SR's ▪ RCT's ▪ Observationeel onderzoek (prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek)
Type patiënten	▪ Vrouwen die combinatiepreparaten gebruiken en vrouwen die een methode met alleen progestageen gebruiken (apart onderzocht)
Type controles	▪ Vrouwen die geen hormonale anticonceptie gebruiken
Type uitkomstmaten	▪ Depressieve klachten /diagnose depressie (via screeningsinstrument of zelfrapportage) ▪ Eerste diagnose depressie ▪ Gebruik antidepressiva ▪ Beloop van een bestaande depressie ▪ Suicide(poging) ▪ Seksueel verlangen (subjectief)
Type setting	▪ Alle settings



4.4 Wat is de meest betrouwbare noodanticonceptie?

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een search uitgevoerd in PubMed waarbij is gezocht naar SR's, RCT's en observationeel onderzoek. Zie bijlage 2 voor de zoekstrategie. In tabel 4 zijn de criteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur.

Tabel 4. Selectiecriteria

Type onderzoeken	▪ SR's ▪ RCT's ▪ Observationeel onderzoek (prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek)
Type patiënten	▪ Vrouwen die een morning-aftermethode gebruiken (koperspiraal, morning-afterpil met levonorgestrel of met ulipristal)
Type controles	▪ Vrouwen die een andere morning-aftermethode gebruiken, of een ander doseringsregime, of geen controles (observationeel onderzoek)
Type uitkomstmaten	▪ Kans op zwangerschap ▪ Bijwerkingen
Type setting	▪ Alle settings



4.5 Kan soadiagnostiek en plaatsing van een spiraal veilig plaatsvinden in hetzelfde consult?

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een search uitgevoerd in PubMed waarbij is gezocht naar SR's, RCT's en observationeel onderzoek. Zie bijlage 2 voor de zoekstrategie. In tabel 5 zijn de criteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur.

Tabel 5. Selectiecriteria

Type onderzoeken	▪ SR's ▪ RCT's ▪ Observationeel onderzoek (prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek)
Type patiënten	▪ Vrouwen die een spiraal krijgen en soadiagnostiek in hetzelfde consult, met onderscheid tussen wel of geen soa gevonden
Type controles	▪ Vrouwen die een spiraal krijgen en soadiagnostiek in een eerder consult
Type uitkomstmaten	▪ Kans op PID
Type setting	▪ Alle settings



4.6 Wat is de meest betrouwbare anticonceptiemethode?

Er is een systematische search uitgevoerd naar de betrouwbaarheid van anticonceptiemethoden bijlage 2. De opbrengst was beperkt en leende zich niet voor systematische beschrijving in een detail, behalve in het geval van de lactatie-amenorroe methode. Een in eerste instantie in de details (kritisch) besproken onderzoek van Koch, over temperatuurmethode Daysy® in combinatie met bijbehorende app, werd alsnog verwijderd, omdat het artikel officieel is teruggetrokken vanwege grote methodologische beperkingen [Koch 2018, Koch 2019].

4.7 Welke anticonceptiepil kan het beste worden gegeven als de tweedegeneratiepil van eerste keus te veel bijwerkingen geeft?

Op basis van gegevens over onder meer betrouwbaarheid, veiligheid en bijwerkingen (deels beschreven in andere details) is met behulp van de NHG-Werkwijze keuze geneesmiddelen een afweging gemaakt en een aantal tweedekeuspreparaten geselecteerd.

4.8 Wat is het beste beleid bij spotting bij gebruik van een combinatiepil, hormoonspiraal en implantatiestaafje?

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een search uitgevoerd in PubMed waarbij is gezocht naar SR's en RCT's. Zie bijlage 2 voor de zoekstrategie. In tabel 6 zijn de criteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur.

Tabel 6. Selectiecriteria

Type onderzoeken	▪ SR's ▪ RCT's
Type patiënten	▪ Vrouwen die een hormonale anticonceptiemethode gebruiken en daarbij spotting of onregelmatig bloedverlies ervaren
Interventie	▪ NSAID, oestrogeen, antiprogestageen, tranexaminezuur
Controles	▪ Placebo, of andere interventie
Type uitkomstmaten	▪ Aantal dagen met spotting/onregelmatig bloedverlies
Type setting	▪ Alle settings

4.9 Welke koperspiraal heeft de voorkeur?

Op basis van gegevens over onder meer betrouwbaarheid, veiligheid en bijwerkingen is met behulp van de NHG-Werkwijze keuze geneesmiddelen een voorkeur uitgesproken voor specifieke koperspiralen.

4.10 Wanneer kan het beste een spiraal geplaatst worden postpartum?

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een search uitgevoerd in PubMed, waarbij is gezocht naar SR's, RCT's en observationele onderzoeken naar het risico op uterusperforatie bij plaatsing van een spiraal postpartum. In [tabel 7] zijn de criteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur.



Tabel 7. Selectiecriteria

Type onderzoeken	▪ SR's ▪ RCT's ▪ Observatieel onderzoek (prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek)
Type patiënten	▪ Vrouwen die een spiraal krijgen 4-6 weken postpartum
Type controles	▪ Vrouwen die een spiraal krijgen > 12 weken postpartum
Type uitkomstmaten	▪ Kans op uterusperforatie, kans op expulsie
Type setting	▪ Alle settings

4.11 Zijn NSAID's effectief voor pijnbestrijding in de eerste uren na plaatsing van een spiraal?

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een search uitgevoerd in PubMed waarbij is gezocht naar SR's en RCT's. Zie bijlage 2 voor de zoekstrategie. In tabel 8 zijn de criteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur. Een systematische review van Zapata et al. had bevindingen die grotendeels overlappen met Lopez en wordt daarom niet apart besproken [Zapata 2016, Lopez 2015a]. In een laat stadium van de herziening van deze standaard werd een systematische review en netwerkmeta-analyse van Samy et al. gevonden. Hierin werden dertien aanvullende onderzoeken ingesloten met lokaal lidocaïne, en een onderzoek met het combinatiepreparaat met lidocaïne 2,5% en prilocaïne 2,5% [Samy 2019]. De bevindingen in deze review vormden geen aanleiding de aanbevelingen te herzien. Mede vanwege de lage kwaliteit van de review (onvoldoende transparantie over de opzet, grootte en kwaliteit van ingesloten onderzoeken) is ervoor gekozen om deze niet te bespreken, maar uit te blijven gaan van de cochrane review.

Tabel 8. Selectiecriteria

Type onderzoeken	▪ SR's ▪ RCT's
Type patiënten	▪ Vrouwen die een spiraal krijgen
Interventie	▪ Paracetamol, NSAID, tramadol, lokale anesthetica, misoprostol
Controles	▪ Placebo, of andere interventie
Type uitkomstmaten	▪ Pijn tijdens aanhaken portio, pijn tijdens inbrengen, pijn tijdens de eerste uren na inbrengen
Type setting	▪ Alle settings

4.12 Wat is het effect (bijvoorbeeld aantal voedingen per dag bij voeden op verzoek) van het gebruik van hormonale anticonceptie postpartum op de hoeveelheid borstvoeding?

Zoekstrategie en selectiecriteria

Er is een search uitgevoerd in PubMed waarbij is gezocht naar SR's, RCT's en observationeel onderzoek. Zie bijlage 2 voor de zoekstrategie. In tabel 9 zijn de criteria gepresenteerd voor de selectie van de literatuur.



Tabel 9. Selectiecriteria

Type onderzoeken	▪ SR's ▪ RCT's ▪ Observationeel onderzoek (prospectief of retrospectief cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek)
Type patiënten	▪ Vrouwen die borstvoeding geven
Interventie	▪ Starten met een combinatiepreparaat of methode met alleen progestageen
Controles	▪ Geen gebruik hormonale anticonceptie
Type uitkomstmaten	▪ Hoeveelheid borstvoeding ▪ Groei van het kind
Type setting	▪ Alle settings

4.13 Is het nodig om controles af te spreken?

Deze vraag is beantwoord op basis van consensus.

4.14 Wanneer is er een indicatie voor consultatie/verwijzing naar de gynaecoloog?

Deze vraag is beantwoord op basis van consensus.

4.15 Leidt gebruik van combinatiepreparaten tot meer hart- en vaatziekten bij vrouwen > 40 jaar?

In de opbrengst van vraag 4.1 zijn geen bruikbare gegevens ter beantwoording van deze vraag gevonden.

4.16 Is er een ondergrens, wat betreft leeftijd, voor de verschillende anticonceptiemethoden?

Deze vraag is beantwoord op basis van consensus.

4.17 Wat is de plaats van de prikpil ten opzichte van andere methoden met alleen progestageen?

In de standaard wordt in een keuzetabel een overzicht gegeven van de belangrijkste kenmerken van alle methodes, zo ook van de prikpil. De huisarts kan op basis van deze informatie samen met de vrouw een geïnformeerde keuze maken voor de methode die het best bij haar past.

4.18 In hoeverre zijn aanvullende maatregelen (bijvoorbeeld condoom) nodig als van anticonceptiemethode wordt gewisseld (bijvoorbeeld van spiraal naar hormonale combinatiepreparaat)?

De standaard biedt in een tabel een overzicht van de manier waarop de vrouw veilig kan overstappen van de ene naar de andere methode, en het beleid bij overstappen op een ander moment. Bij het opstellen van deze tabel is gebruikgemaakt van informatie en aanbevelingen uit het Farmacotherapeutisch Kompas.



5. Totstandkoming en methoden versie 2.3

In 2022 is de standaard beperkt herzien. De aanleiding voor de herziening was een publicatie in *Medisch Contact* over het risico op een expulsie van de spiraal bij gebruik van menstruatiecups, en vragen naar aanleiding daarvan van huisartsen. Gezien de mogelijke grote gevolgen en het feit dat de cups steeds vaker gebruikt worden, hebben we besloten om hierover een aanbeveling op te nemen in de standaard. Daarnaast is het beleid over condoomgebruik na gebruik van morning-afterpil tekstueel verduidelijkt, omdat we hier ook vragen over kregen van huisartsen.

5.1 Samenstelling werkgroep

Werkgroeplid	Affiliatie/instelling
Anita Bruinsma	Huisarts, Beverwijk
Kitty van Groeningen	Huisarts, Hattem
Wendy Wielenga	Verloskundige, Paterswolde
Renske van der Sande	Huisarts, Vleuten
Suzy de Swart	Huisarts, 's-Hertogenbosch
Dr. Carla van der Wijden	Gynaecoloog, Amsterdam
Miranda Kurver	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts
Zamire Damen-van Beek	Wetenschappelijk medewerker NHG, huisarts n.p.

5.2 Werkwijze

De werkgroep is voor deze herziening 1 keer bij elkaar gekomen. De betrokken NHG-medewerkers (MK en ZD) stelden voorafgaand aan de vergadering conceptteksten op, op basis van literatuuronderzoek. De tekstuele verduidelijking over condoomgebruik na noodanticonceptie is ook afgestemd met de KNMP.

5.3 Commentaar en autorisatie

Vanwege de beperkte omvang van de herziening, en de pragmatische aanpak, is in plaats van een formele commentaarronde de concepttekst ter commentaar voorgelegd aan 4 praktiserende huisartsen binnen het NHG, met affiniteit met het onderwerp.

Op 19 oktober 2022 werden de herziene delen van de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).



6. Referenties

De Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined oral contraceptives: Venous thrombosis. Cochrane Database Syst Rev 2014:Cd010813.

Clisic M, Shahzad S, Tsoli S, Chadni M, Asllanaj E, Rojas LZ, et al. Association between progestin-only contraceptive use and cardiometabolic outcomes: A systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol 2018;25:1042-52.

Koch MC, Lermann J, Van de Roemer N, Renner SK, Burghaus S, Hackl J, et al. Improving usability and pregnancy rates of a fertility monitor by an additional mobile application: Results of a retrospective efficacy study of Daysy and DaysyView app. Reprod Health 2018;15:37.

Koch MC, Lermann J, Van de Roemer N, Renner SK, Burghaus S, Hackl J, et al. Retraction note: Improving usability and pregnancy rates of a fertility monitor by an additional mobile application: Results of a retrospective efficacy study of Daysy and DaysyView app. Reprod Health 2019;16:54.

Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database Syst Rev 2015:Cd007373.

Samson ME, Adams SA, Merchant AT, Maxwell WD, Zhang J, Bennett CL, et al. Cardiovascular disease incidence among females in south carolina by type of oral contraceptives, 2000-2013: A retrospective cohort study. Arch Gynecol Obstet 2016;294:991-7.

Samy A, Abbas AM, Mahmoud M, Taher A, Awad MH, El Hussein T, et al. Evaluating different pain lowering medications during intrauterine device insertion: a systematic review and network meta-analysis. Fertil Steril 2019;111:553-61.e4.

Stegeman BH, De Bastos M, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: Systematic review and network meta-analysis. BMJ 2013;347:f5298.

Zapata LB, Jatlaoui TC, Marchbanks PA, Curtis KM. Medications to ease intrauterine device insertion: A systematic review. Contraception 2016;94:739-59.



Bijlagen

Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag		Cruciale uitkomstmaten (O)
<i>Diagnostiek</i>		
1a	Heeft een vrouw die hormonale anticonceptie gebruikt een verhoogd risico op trombose?	Incidentie en mortaliteit veneuze trombo-embolie (DVT, longembolie)
1b	Heeft een vrouw die hormonale anticonceptie gebruikt een verhoogd risico op hart- en vaatziekten?	Incidentie en mortaliteit myocardinfarct, ischemisch herseninfarct
1c	Heeft een vrouw die hormonale anticonceptie gebruikt een verhoogd risico op mammacarcinoom?	Incidentie en mortaliteit mammacarcinoom
1d	Heeft een vrouw die hormonale anticonceptie gebruikt een verhoogd risico op cervixcarcinoom?	Incidentie en mortaliteit cervixcarcinoom
1e	Heeft een vrouw die een hormoonspiraal gebruikt een verhoogd risico op mammacarcinoom?	Incidentie en mortaliteit mammacarcinoom
2	Leidt het gebruik van hormonale anticonceptie tot stemmingsklachten en verminderd seksueel verlangen?	Incidentie depressie, antidepressivagebruik, suicide, score op subjectieve vragenlijst stemming, subjectieve klachten over seksueel verlangen
3	Wat is de invloed van hormonale anticonceptie postpartum op borstvoeding?	Hoeveelheid borstvoeding, groei van het kind, verandering voedingspatroon
4	Wat is de meest betrouwbare anticonceptiemethode?	Kans op zwangerschap per 100 vrouwen
5	Kan soadiagnostiek en plaatsing van een spiraal veilig plaatsvinden in hetzelfde consult?	Kans op PID
<i>Beleid</i>		
6	Welke koperspiraal heeft de voorkeur?	Effectiviteit, bijwerkingen, veiligheid
7	Wanneer kan het beste een spiraal geplaatst worden postpartum?	Kans op uterusperforatie, kans op expulsie
8	Zijn NSAID's effectief voor pijnbestrijding in de eerste uren na plaatsing van een spiraal?	Pijn tijdens en kort na het inbrengen
9	Wat is het beste beleid bij spotting bij gebruik van een combinatiepil, hormoonspiraal en implantatiestaafje?	Aantal dagen met spotting
10	Wat is de meest betrouwbare noodanticonceptie?	Kans op zwangerschap



Bijlage 2 Zoekstrategieën

Relevante artikelen die verschenen na de oorspronkelijke searches zijn in voorkomende gevallen uiteraard ook meegenomen. Nieuwe artikelen (systematic reviews, meta-analyses en RCT's) werden getraceerd door middel van een 'eind'-search na afloop van de externe commentaarronde over de conceptstandaard. Het selectie- en beoordelingsproces bij de nieuw gevonden artikelen was hetzelfde als bij de initieel gevonden artikelen. De eindsearch besloeg de periode 1 juli 2017 tot 11 juni 2019.

Uitgangsvraag 1	Ernstige bijwerkingen hormonale anticonceptie
Zoekdatum	Januari/juli 2017, herhaald september/oktober 2018
Database	PUBMED
Zoektermen	1a: ((oral contraceptive*[ti]) AND (venous thromboembolism[mh] OR thromboembolism[tiab] OR thrombosis[tiab] OR pulmonary embolism[tiab]) AND (risk*[tiab] OR adverse effects[sh]) AND (hasabstract[text])) OR ((Contraceptives, oral, combined[mh] OR combined oral contracept*[tiab] OR combined hormonal contracept*[tiab] OR contraceptive devices, female[mh] OR vaginal ring[tiab] OR intrauterine devices[mh] OR IUD[tiab] OR hormonal patch*[tiab] OR hormone patch*[tiab]) AND (venous thromboembolism[mh] OR thromboembolism[tiab] OR thrombosis[tiab] OR pulmonary embolism[tiab]) AND (risk*[tiab] OR adverse effects[sh]) AND (hasabstract[text])) 1b: ((oral contraceptive*[ti]) AND (heart diseases[mh] OR heart disease*[tiab] OR cardiovascular[tiab] OR myocardial infarction[tiab] OR myocardial ischemia[tiab]) AND (risk*[tiab] OR adverse effects[sh]) AND (hasabstract[text])) OR ((Contraceptives, oral, combined[mh] OR combined oral contracept*[tiab] OR combined hormonal contracept*[tiab] OR contraceptive devices, female[mh] OR vaginal ring[tiab] OR intrauterine devices[mh] OR IUD[tiab] OR hormonal patch*[tiab] OR hormone patch*[tiab]) AND (heart diseases[mh] OR heart disease*[tiab] OR cardiovascular[tiab] OR myocardial infarction[tiab] OR myocardial ischemia[tiab]) AND (risk*[tiab] OR adverse effects[sh]) AND (hasabstract[text])) 1c: (oral contraceptive*[ti]) AND (breast neoplasms[mh] OR breast cancer[tiab]) AND (risk*[tiab] OR adverse effects[sh]) 1d: ((oral contraceptive*[ti]) AND (uterine cervical neoplasms[mh] OR cervical cancer[tiab] OR cervical neoplas*[tiab] OR pre-cancer[tiab] OR precancer[tiab] OR cervical intraepithelial neoplasia[mh] OR cervical intraepithelial[tiab] OR cervical intra-epithelial[tiab]) AND (hasabstract[text])) OR ((Contraceptives, oral, combined[mh] OR combined oral contracept*[tiab] OR combined hormonal contracept*[tiab] OR contraceptive devices, female[mh] OR vaginal ring[tiab] OR intrauterine devices[mh] OR IUD[tiab] OR hormonal patch*[tiab] OR hormone patch*[tiab]) AND (uterine cervical neoplasms[mh] OR cervical cancer[tiab] OR cervical neoplas*[tiab] OR pre-cancer[tiab] OR precancer[tiab] OR cervical intraepithelial neoplasia[mh] OR cervical intraepithelial[tiab] OR cervical intra-epithelial[tiab]) AND (hasabstract[text])) 1e: (intrauterine devices, medicated[mh] OR IUD[tiab] OR mirena[tiab] OR levonorgestrel*[tiab] OR intrauterine device*[tiab] OR intrauterine system[tiab]) AND (breast neoplasms[mh] OR breast cancer[tiab]) AND (risk*[tiab] OR adverse effects[sh])

Uitgangsvraag 2	Stemmingsklachten en verminderd seksueel verlangen bij hormonale anticonceptie
Zoekdatum	Juli 2017, herhaald oktober 2018
Database	PUBMED
Zoektermen	((oral contraceptive*[ti]) AND (mood disorders[mh] OR libido[mh] OR decreased libido[tiab] OR mood disorder*[tiab] OR mood[ti] OR depression[tiab] OR depressive[tiab]) AND (associated[tiab] OR association[tiab] OR risk*[tiab] OR adverse effects[sh] OR side effect*[tiab]) AND (hasabstract[text])) OR ((Contraceptives, oral, combined[mh] OR combined oral contracept*[tiab] OR combined hormonal contracept*[tiab] OR contraceptive devices, female[mh] OR vaginal ring[tiab] OR intrauterine devices[mh] OR IUD[tiab] OR hormonal patch*[tiab] OR hormone patch*[tiab] OR hormonal contraception[tiab]) AND (mood disorders[mh] OR libido[mh] OR decreased libido[tiab] OR mood disorder*[tiab] OR mood[ti] OR depression[tiab] OR depressive[tiab]) AND (associated[tiab] OR association[tiab] OR risk*[tiab] OR adverse effects[sh] OR side effect*[tiab]) AND (hasabstract[text]))



Uitgangsvraag 3	Invloed anticonceptie op borstvoeding
Zoekdatum	Februari 2017, herhaald maart 2019
Database	PUBMED
Zoektermen	(hormonal contraceptives[tiab] OR hormonal contraception[tiab]) AND ((breastfeeding[tiab] AND (postpartum[tiab] OR post-partum[tiab])) OR lactation[tiab] OR milk intake[tiab] OR milk production[tiab] OR milk ingestion[tiab])

Uitgangsvraag 4	Meest betrouwbare anticonceptie
Zoekdatum	Januari 2017, herhaald januari 2019
Database	PUBMED
Zoektermen	contraceptive efficacy[ti] OR contraceptive effectiveness[ti] OR pearl index[tiab]

Uitgangsvraag 5	Tijdstip soadiagnostiek bij plaatsing spiraal
Zoekdatum	Februari 2017, herhaald februari 2019
Database	PUBMED
Zoektermen	("Intrauterine Devices"[Mesh] OR intrauterine device*[tiab] OR IUD*[tiab] OR LNG-IUS[tiab] OR intrauterine contraception[tiab]) AND ("Sexually Transmitted Diseases"[Mesh] OR sexually transmitted infections[tiab] OR STI[tiab] OR STIs[tiab] OR chlamydia[tiab] OR gonorrhoeae[tiab]) AND (screening[tiab] OR insertion[tiab] OR inserting[tiab])

Uitgangsvraag 6	Voorkeurs koperspiraal
Zoekdatum	Maart 2017, herhaald februari 2018
Database	PUBMED
Zoektermen	("Intrauterine Devices, copper"[mj] OR copper intrauterine device*[tiab] OR copper-containing intrauterine device*[tiab]) AND (versus[tiab] OR compared[tiab] OR comparing[tiab] OR comparative[tiab])

Uitgangsvraag 7	Moment spiraalplaatsing postpartum
Zoekdatum	Februari 2017, herhaald maart 2019
Database	PUBMED
Zoektermen PubMed	(IUD[tiab] OR LNG-IUS[tiab] OR intrauterine device[tiab] OR intrauterine devices[mh] OR intrauterine contraception[tiab]) AND postpartum[tiab] AND (days[tiab] OR weeks[tiab] OR timing[tiab] OR versus[tiab]) NOT (africa*[all fields] OR implanon[tiab] OR nigeria[tiab] OR india[all fields])



Uitgangsvraag 8	Effectiviteit NSAID's bij spiraalplaatsing
Zoekdatum	Februari 2017, herhaald maart 2019
Database	PUBMED
Zoektermen PubMed	("Intrauterine Devices"[Mesh] OR intrauterine device*[tiab] OR IUD*[tiab] OR LNG-IUS[tiab] OR intrauterine contraception[tiab]) AND (anti-inflammatory agents, non-steroidal[mh] OR NSAID[tiab] OR NSAIDs[tiab] OR naproxen[all fields] OR diclofenac[all fields] OR ibuprofen[all fields] OR paracetamol[all fields] OR acetaminophen[all fields])

Uitgangsvraag 9	Beleid bij spotting
Zoekdatum	Februari 2017, herhaald februari 2019
Database	PUBMED
Zoektermen PubMed	(Contraceptives, oral, synthetic[mh] OR Contraceptives, oral, combined[mh] OR combined oral contracept*[tiab] OR combined hormonal contracept*[tiab] OR vaginal ring[tiab] OR intrauterine devices, medicated[mh] OR IUD[tiab] OR LNG-IUS[tiab] OR hormonal patch*[tiab] OR hormone patch*[tiab] OR hormonal contraception[tiab]) AND (spotting[tiab] OR irregular blood loss[tiab] OR bleeding irregularit*[tiab] OR bleeding disturbance*[tiab]) AND (treatment[tj] OR therapeutic[tiab] OR managment[tj] OR therapeutic use[sh] OR decreas*[tiab] OR regulating[tiab])

Uitgangsvraag 10	Meest betrouwbare noodanticonceptie
Zoekdatum	Januari 2017, herhaald januari 2019
Database	PUBMED
Zoektermen PubMed	(Contraceptives, post-coital[mh] OR emergency contracept*[tiab]) AND (effect[tiab] OR effects[tiab] OR effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab] OR RCT[tiab] OR systematic review[tiab] OR systematic[sb])