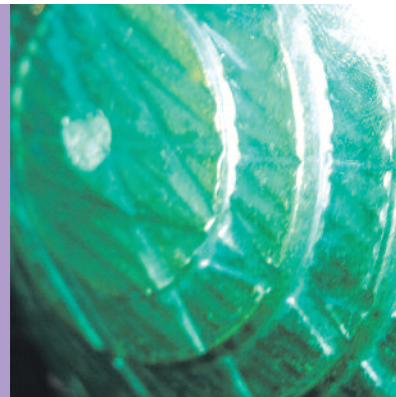
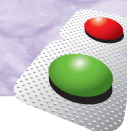


FTO-module



Hormonale anticonceptie

Werkmateriaal voor een FTO-bijeenkomst



Instituut voor
Verantwoord Medicijngebruik

Colofon

Auteur

dr. Marjorie Nelissen-Vrancken, apotheker, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Met dank aan

Florijn Jacobi, huisarts, NHG

Atty Hielema, apotheker, KNMP

Miranda Kurver, huisarts, NHG

drs. Henriëtte van der Kwaak-van Hout, Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik

Karin de Leest, apotheker, KNMP

Vroon Pigmans, huisarts, NHG

Illustratie

Len Munnik

Herziene versie, 2014

Deze FTO-module is ontwikkeld door het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik in samenwerking met KNMP en NHG.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik
Postbus 3089, 3502 GB Utrecht
Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht
tel 0888 800 400 fax 030 296 29 12
info@medicijngebruik.nl www.medicijngebruik.nl





Materiaal voor een FTO over hormonale anticonceptie

- 4 Inleiding
- 5 Doel
- 5 Toelichting
- 5 Programma
- 6 Uitvoering

Bijlagen

- 8 1 Handleiding prescriptiecijfers
- 13 2A Kennistoets
- 14 2B Antwoorden kennistoets
- 19 3A Casuïstiek voor de huisarts
- 21 3B Casuïstiek voor de apotheker
- 23 3C Toelichting casuïstiek
- 26 4 Voorbeeldafspraken
- 27 Literatuur

Materiaal voor een FTO over hormonale anticonceptie

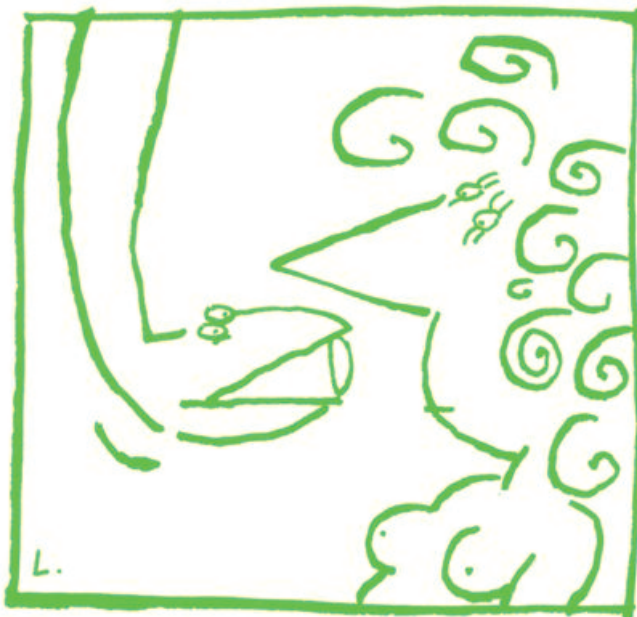
Wij hopen dat deze FTO-module aan uw wensen voldoet. Wij horen het echter graag als u suggesties heeft voor verbetering. Zo kunnen wij onze materialen verbeteren en u de hoogste kwaliteit leveren. Mail uw reactie naar helpdeskfto@medicijngebruik.nl.

Inleiding

De werkvormen in deze module zijn bedoeld voor huisartsen en apothekers die een FTO-bijeenkomst over hormonale anticonceptie voorbereiden. De module bevat werkvormen voor een bijeenkomst van circa anderhalf uur.

Aan de hand van een kennistoets komen algemene aspecten over het gebruik van hormonale anticonceptie en de morning-afterpil aan bod. Met behulp van prescriptiecijfers bespreekt u vervolgens het huidige voorschrijfbeleid. In de casuïstiek bespreekt u het beleid van de huisartsen en apothekers bij vragen van vrouwen over hormonale anticonceptie met een verhoogd tromboserisico. Tot slot maakt u afspraken over het keuzebeleid en de voorlichting rondom hormonale anticonceptie.

Voor meer inhoudelijke achtergrondinformatie verwijzen wij u naar de literatuur zoals die vermeld staat in de literatuurlijst achter in deze uitgave.



Een FTO-bijeenkomst over hormonale anticonceptie

Doel

De deelnemers

- ▶ kennen het hormonale anticonceptiebeleid in de NHG-standaard *Anticonceptie* (2011)
- ▶ kennen het tromboserisico van hormonale anticonceptiva
- ▶ hebben inzicht in hun voorschrijfbeleid bij hormonale anticonceptiva
- ▶ maken afspraken over het keuzebeleid bij vrouwen met een anticonceptiewens
- ▶ maken afspraken over de voorlichting aan nieuwe en bestaande gebruiksters van hormonale anticonceptie

Toelichting

Begin 2013 was er grote ophef over het tromboserisico van cyproteron/ethinylestradiol (o.a. Diane-35®), een middel dat geïndiceerd is bij acne maar veelvuldig off-label gebruikt wordt als anticonceptivum. Deze ophef was voor het Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) - de adviescommissie van het Europees geneesmiddelenbureau EMA - aanleiding voor een (nieuwe) herbeoordeling van het middel. De indicatie bij acne is verder aangescherpt: cyproteron/ethinylestradiol is nog alleen voor de behandeling van acne geïndiceerd als lokale therapie of systemische antibioticabehandeling heeft gefaald. Dit was eind 2013 voor het ministerie van VWS aanleiding het middel niet langer meer voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking te laten komen, ook niet bij acne. Daarmee vervalt ook het financiële voordeel van gebruiksters van cyproteron/ethinylestradiol als anticonceptivum,

dat vanwege een andere officiële indicatie niet valt onder de vergoedingssystematiek van de andere anticonceptiva.

Niet alleen cyproteron/ethinylestradiol heeft een grotere kans op trombose en longembolie, maar ook de (andere) hormonale anticonceptiva. Dit risico is groter bij hormonale anticonceptiva van de nieuwere generaties - waaronder ook de pleisters en vaginale ring - dan bij hormonale anticonceptiva van de oudere generaties. Dit verhoogde risico - dat zich met name in het eerste jaar van gebruik voordoet - is al jaren bekend. Desondanks gebruikte in 2012 ongeveer een kwart van de twee miljoen gebruiksters een anticonceptiepil van de nieuwere generaties. Van de jonge vrouwen die voor het eerst startten met een anticonceptiepil, kreeg nog 14 procent zo'n nieuwere pil (SFK, 2013).

Vanwege het verhoogde tromboserisico is het belangrijk dat huisartsen hormonale anticonceptiva van de nieuwere generaties zo weinig mogelijk voorschrijven bij nieuwe gebruiksters. Ook kan een heroverweging van bestaand gebruik soms zinvol zijn. Doordat gebruiksters hormonale anticonceptiva zonder herhaalrecept bij de apotheek kunnen krijgen, is het belangrijk dat huisarts en apotheker samenwerkingsafspraken maken over het omgaan met bestaand gebruik en voorlichting aan gebruiksters.

TIP

Maak gebruik van het Medicijnjournaal in het FTO. Het audiovisuele Medicijnjournaal praat u in ongeveer 10 minuten bij over de laatste ontwikkelingen op het gebied van nieuwe geneesmiddelen. Aan de journaals werken onder andere het NHG, CBG en Zorginstituut Nederland mee. Bekijk de journaals op www.medicijnbalans.nl/video.



Programma

- 5 minuten Inleiding
- 25 minuten Kennistoets
- 15 minuten Eigen beleid
- 25 minuten Casuïstiek
- 15 minuten Afspraken
- 5 minuten Afsluiting

Uitvoering

Apothekers en huisartsen die meer werk willen maken van professionalisering van het FTO, kunnen hierbij ondersteuning krijgen van het IVM. Voor meer informatie zie www.medicijngebruik.nl. U vindt hier onder andere informatie over de FTO-nieuwsbrief en het handboek FTO, met tips over de agenda, voorbereiding, taakverdeling, voorzittertips en een verslagformulier.

TIP

Wilt u andere casuïstiek in uw FTO gebruiken? Kijk dan op de website van het IVM (www.medicijngebruik.nl) voor FTO-casuïstiek 'Hormonale anticonceptie'.

Voor de bijeenkomst

- ▶ Bereid de bijeenkomst drie tot vier weken van tevoren voor (huisarts en apotheker samen). Bekijk het programma en de werkwijze van de bijeenkomst en maak afspraken over de taakverdeling voorafgaand en tijdens de bijeenkomst.
- ▶ Bestudeer de materie. Maak hierbij gebruik van bijlage 2B, 3C en de literatuurlijst, de NHG-standaard *Anticonceptie* (2011) en de LESA *Orale anticonceptie en morning-afterpil* (2008).
- ▶ Stuur drie weken voor de FTO-bijeenkomst bijlage 1 naar de apothekers met het verzoek om de te genereren voorschrijfgegevens uiterlijk een week voor de bijeenkomst bij u in te leveren.
- ▶ Maak grafieken van de verzamelde voorschrijfgegevens. Zie bijlage 1 voor nadere instructies.
- ▶ Stuur uiterlijk een week voor de bijeenkomst een uitnodiging voor het FTO met de agenda. Vraag de deelnemers zich voor te bereiden op het FTO door de NHG-standaard *Anticonceptie* (2011) te bestuderen.
- ▶ Bekijk de PowerPoint-presentatie behorend bij deze FTO en pas deze zo nodig aan.
- ▶ Kopieer de grafieken en bijlage 3A (huisartsen), 3B (apothekers) en 2A, 2B en 3C (alle deelnemers).



Tijdens de bijeenkomst

Inleiding (5 min)

- Leid de bijeenkomst in met behulp van de tekst onder 'Doel' en 'Toelichting'.

Kennistoets (25 min)

- Deel de kennistoets van bijlage 2A uit. Laat de deelnemers individueel de vragen beantwoorden in vijf minuten.
- Bespreek de antwoorden van de kennistoets. Gebruik de informatie van bijlage 2B bij onjuiste antwoorden of meningsverschillen tussen deelnemers. U kunt deze bijlage - bij voorkeur aan het eind van de bijeenkomst - uitdelen aan alle deelnemers.
- Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussie verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Eigen beleid (15 minuten)

- Laat de deelnemers eerst inschatten welke hormonale anticonceptiva zij het vaakst voorschrijven en in welke mate zij hormonale anticonceptiva van de nieuwere generaties voorschrijven. Deel daarna pas de grafieken uit.

- Bespreek de resultaten. Laat daarbij aan bod komen in welke mate het beleid van de huisartsen overeenkomt met de adviezen rondom hormonale anticonceptie in de NHG-standaard *Anticonceptie* (2011). Laat ze aangeven waarom zij (eventueel) afwijken en welke problemen zij ervaren met het volgen van het beleid in de NHG-standaard.
- Laat de deelnemers verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Casuïstiek (25 min)

- Deel de casuïstiek van bijlage 3A (huisartsen) en 3B (apothekers) uit en laat de deelnemers individueel de vragen beantwoorden in vijf tot tien minuten.
- Bespreek de antwoorden van de deelnemers. Hoe gaan de deelnemers om met vragen over anticonceptiva met een verhoogd tromboserisico? Komt dit overeen met de aanbevelingen in de NHG-standaard? Zijn er verschillen tussen huisartsen en apothekers? Is onderlinge afstemming over de voorlichting noodzakelijk? Gebruik bij de discussie de informatie van bijlage 3C.

- Laat de deelnemers naar aanleiding van de discussie verbeterpunten benoemen. Noteer deze op flap-over.

Afspraken (15 min)

- Herhaal kort de genoteerde verbeterpunten. Laat de deelnemers aangeven welke verbeterpunten zij (als eerste) willen aanpakken en welke resultaten zij hiermee willen bereiken.
- Formuleer de beoogde resultaten volgens de SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) principes. Zie bijlage 4 voor voorbeelden van afspraken en resultaatdoelstellingen.

Bedenk dat afspraken de meeste kans van slagen hebben als ze behapbaar zijn en relatief eenvoudig praktisch uitvoerbaar. Maak niet te veel afspraken en houd ze concreet.

Afsluiting (5 min)

- Laat alle deelnemers hun leermomenten en persoonlijke voornemens benoemen.
- Spreek af hoe u de gemaakte afspraken gaat evalueren.
- Neem de gezamenlijke afspraken en persoonlijke voornemens op in het verslag.
- Stel een datum vast voor de evaluatie van de afspraken. Een voorbeeldprogramma voor de evaluatie vindt u terug in het kader 'Voorbeeld evaluatieprogramma'.
- Deel bijlage 2B en 3C uit.
- Sluit de bijeenkomst af.

Voorbeeld evaluatieprogramma

Gemaakte afspraken (10 min)

- Presenteer de gemaakte afspraken kort.
- Vraag de deelnemers naar hun ervaringen (succesfactoren en knelpunten).
- Controleer of de resultaatdoelstellingen zijn behaald.

Knelpunten (10 min)

- Inventariseer de knelpunten bij niet nagekomen resultaatdoelstellingen.
- Bedenk oplossingen voor de gevonden knelpunten.
- Bepaal of de afspraken moeten worden bijgesteld.

Vaststellen nieuwe afspraken (5 min)

- Formuleer nieuwe afspraken en resultaatdoelstellingen.

Afsluiting (5 min)

- Stel een datum vast voor de evaluatie van de nieuwe afspraken.
- Neem alle afspraken op in het verslag.

Bijlage 1

Handleiding prescriptiecijfers

Bij het genereren van gegevens uit HIS of AIS kunt u gebruik maken van standaardscripts of een rapport-generator, bijvoorbeeld MuSQLe, Crystal Reports of Q-module. Ook is het mogelijk gebruik te maken van een applicatieprogramma, zoals AFTO4Win (Paracletos) of ADA4Care (IMS).

Instructies voor de voorbereiders

Voor een FTO over hormonale anticonceptie zijn prescriptiecijfers die antwoord geven op de volgende vragen relevant:

1. Welke hormonale anticonceptiva schrijven de huisartsen voor aan nieuwe gebruikers?
2. In welke mate gebruiken vrouwen middelen van de nieuwere generaties?

Voor het inzichtelijk maken van de keuze van hormonale anticonceptie kunt u gebruik maken van gegevens uit het apotheekinformatiesysteem (AIS) of het huisartsinformatiesysteem (HIS). Het inzichtelijk maken van het beleid bij nieuwe gebruiker is mogelijk zowel in het HIS als in het AIS. Een zo compleet mogelijk overzicht van de mate van gebruik van middelen van de nieuwere generaties (bij nieuwe en bestaande gebruikers) is alleen mogelijk door gebruik te maken van het AIS, aangezien een herhaalrecept van de huisarts niet nodig is. Afhankelijk van de mogelijkheden in uw FTO beslist u welke gegevensbron u gebruikt voor het verzamelen van de gegevens bij nieuwe gebruikers.

SFK Select

De Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) werkt aan kant-en-klare selecties in SFK Select, het programma waarmee apothekers eigen apotheekcijfers kunnen opvragen en vergelijken met regionale en landelijke kengetallen. De SFK zal in de loop van 2014 - indien mogelijk - ook kant-en-klare selecties ontwikkelen die aansluiten op de benodigde voorschrijfgegevens voor dit FTO over hormonale anticonceptie.

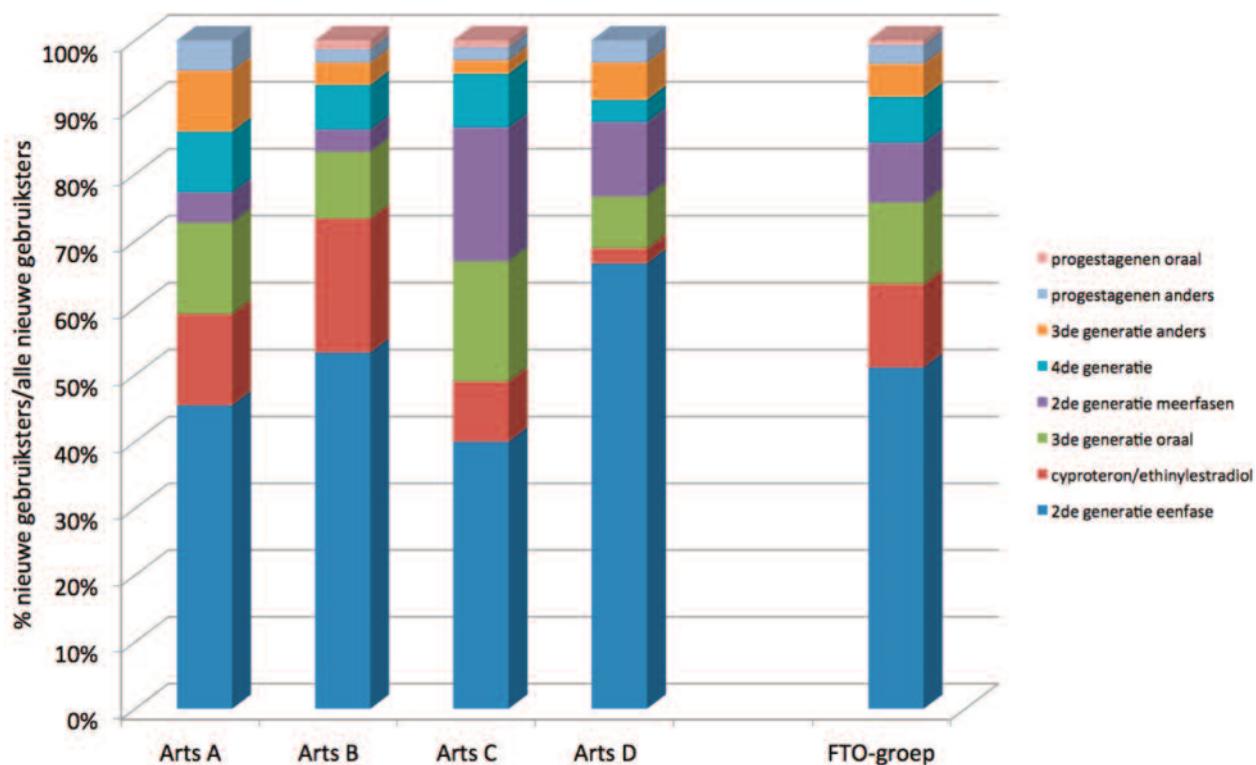
Na het verzamelen van de afzonderlijke gegevens maakt u de bijbehorende grafieken, bijvoorbeeld in Excel. Hieronder vindt u voorbeeldgrafieken. Indien de gegevens afkomstig zijn van meerdere apotheken, dan dient u de afzonderlijke gegevens per huisarts te combineren.

Wanneer u een vraag heeft over het verkrijgen van gegevens en het maken van de grafieken kunt u contact opnemen met de helpdesk 'cijfers' van het IVM via helpdeskcijfers@medicijngebruik.nl.

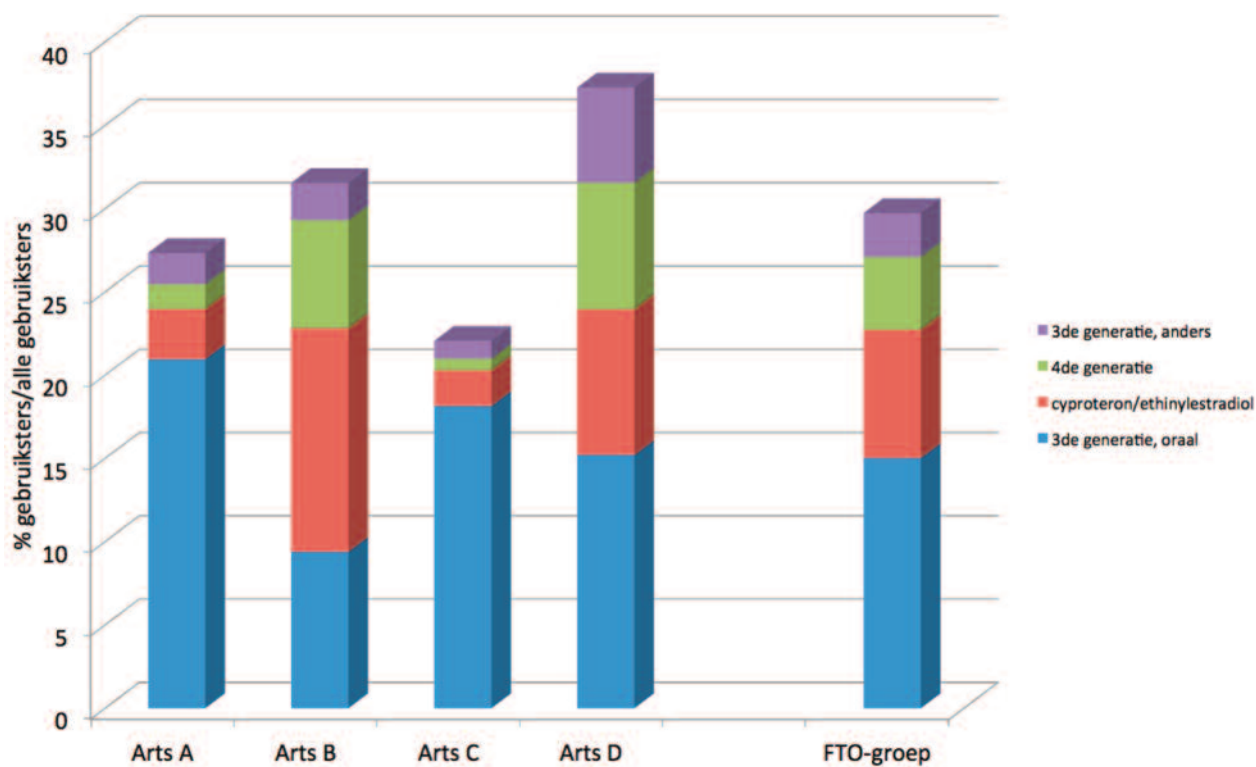
Maak in grafiek 1 en 2 goed inzichtelijk welke middelen de artsen het vaakst voorschrijven. Dit kunt u doen door de meest voorkomende middelen van de FTO-groep onderaan de balken te plaatsen, gevolgd (aflopend) door minder voorkomende middelen.

Voorbeeldgrafieken

Voorbeeldgrafiek 1 Hormonale anticonceptiva bij nieuwe gebruikers



Voorbeeldgrafiek 2 Mate van gebruik middelen van de nieuwere generaties



Instructies voor huisartsen en apothekers

Via het AIS

Vraag 1. Welke hormonale anticonceptiva schrijven de huisartsen voor aan nieuwe gebruikers?

- ▶ Selecteer per huisarts alle nieuwe gebruikers van hormonale anticonceptiva in het afgelopen jaar.
- ▶ Bepaal het totaal aantal nieuwe gebruikers.
- ▶ Bepaal het aantal nieuwe gebruikers per geneesmiddelgroep:
 - eerste generatie
 - tweede generatie, eenfase
 - tweede generatie, meerfasen
 - derde generatie, oraal
 - derde generatie, anders
 - vierde generatie
 - cyproteron/ethinylestradiol
 - progestagenen, oraal
 - progestagenen, anders
- ▶ Stuur de informatie op naar de voorbereiders van het FTO.

Nieuwe gebruiker = gebruiker aan wie in de voorafgaande 5 jaar geen intra-uteriene anticonceptie, in de voorafgaande 3 jaar geen implantatiestaafje en in de voorafgaande 12 maanden geen orale, intramusculaire, transdermale of intravaginale hormonale anticonceptie is afgeleverd.

Vraag 2. In welke mate gebruiken vrouwen middelen van de nieuwere generaties?

- ▶ Selecteer per huisarts alle gebruikers van hormonale anticonceptiva.
- ▶ Bepaal het totaal aantal gebruikers.
- ▶ Bepaal het aantal gebruikers per geneesmiddelgroep:
 - derde generatie, oraal
 - vierde generatie
 - cyproteron/ethinylestradiol
 - derde generatie, anders
- ▶ Stuur de informatie op naar de voorbereiders van het FTO.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Via het HIS**Vraag 1. Welke hormonale anticonceptiva schrijven de huisartsen voor aan nieuwe gebruikers?**

- ▶ Selecteer alle nieuwe gebruikers van hormonale anticonceptiva.
- ▶ Bepaal het totaal aantal nieuwe gebruikers.
- ▶ Bepaal het aantal nieuwe gebruikers per geneesmiddelgroep:
 - eerste generatie
 - tweede generatie, eenfase
 - tweede generatie, meerfasen
 - derde generatie, oraal
 - derde generatie, anders
 - vierde generatie
 - cyproteron/ethinylestradiol
 - progestagenen, oraal
 - progestagenen, anders
- ▶ Stuur de informatie op naar de voorbereiders van het FTO.

Nieuwe gebruiker = gebruiker aan wie u in de voorafgaande 5 jaar geen intra-uteriene anticonceptie, in de voorafgaande 3 jaar geen implantatiestaafje en in de voorafgaande 12 maanden geen orale, intramusculaire, transdermale of intravaginale hormonale anticonceptie heeft voorgeschreven.

Zie tabel 1 voor relevante ATC- en GPK-codes.

Tabel 1 Hormonale anticonceptiva			
Hormonale anticonceptiva	Merknaam	ATC-code	GPK-code*
Hormonale anticonceptiva		G03AA + G03AB + G03AC + G03HB + G02BA03 + G02BB	
Eerste generatie			
Ethinylestradiol + levonorgestrel	Microgynon 50	G03AA07	127299
Tweede generatie, eenfase			
Ethinylestradiol + lynestrenol	Ministat	G03AA03	
Ethinylestradiol + norethisteron	Modicon, Neocon	G03AA05	
Ethinylestradiol + levonorgestrel	Lovette (sub-30), Microgynon 20, Microgynon 30, Stediril 30, generiek	G03AA07	127280 + 127302
Ethinylestradiol + norgestimaat**	Cilest	G03AA11	
Tweede generatie, meelfasen			
Ethinylestradiol + levonorgestrel	Trigynon, Trinordiol	G03AB03	
Ethinylestradiol + norethisteron	Trinovum	G03AB04	
Derde generatie, oraal			
Ethinylestradiol + desogestrel	Marvelon, Mercilon, generiek	G03AA09	
Ethinylestradiol + gestodeen	Femodeen, Minulet, generiek	G03AA10	
Derde generatie, anders			
Ethinylestradiol + norelgestromine (pleister)	Evra	G03AA13	
Ethinylestradiol + etonogestrel (intravaginaal)	NuvaRing	G02BB01	
Vierde generatie			
Ethinylestradiol + drospirenon	Daylette, Rosal, Volina, Yasmin, Yaz, generiek	G03AA12	
Estradiol + nomegestrol	Zoely	G03AA14	
Estradiol + dienogest	Qlaira	G03AB08	
Cyproteron/ethinylestradiol			
Ethinylestradiol + cyproteron	Diane-35, Minerva, generiek	G03HB01	
Progestagenen, oraal			
Desogestrel	Cerazette, Solgest, generiek	G03AC09	
Progestagenen, anders			
Levonorgestrel (intra-uterien)	Mirena	G02BA03	
Medroxyprogesteron (prikpil)	Depo-Provera, Megestron, Sayana	G03AC06	
Etonogestrel (implantatiestaafje)	Implanon	G03AC08	

De indeling is gebaseerd op de indeling in de KNMP Kennisbank

* Let op: GPK-codes worden soms gewijzigd. De vermelde codes zijn de gebruikte codes in april 2014.

** Wordt in lever omgezet in levonorgestrel en heeft vergelijkbaar tromboserisico als levonorgestrel; valt daardoor onder hormonale anticonceptiva van de tweede generatie



Kennistoets

1. Bij de keuze voor een combinatiepreparaat gaat de voorkeur uit naar een pil met 30 µg oestrogeen en 150 µg levonorgestrel. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
2. De anticonceptiepil met drospirenon heeft een aangetoond positief effect op premenstruele klachten. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
3. De pil met cyproteron heeft meer effect op acne dan andere combinatiepillen. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
4. Er is geen medisch-farmaceutische reden om een anticonceptiepil met 20 µg oestrogeen te verkiezen boven een anticonceptiepil met 30 µg oestrogeen. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
5. De meeste anti-epileptica geven een klinisch relevante interactie met de anticonceptiepil. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
6. Bij het voorschrijven van antibiotica in combinatie met de anticonceptiepil is het noodzakelijk aanvullende anticonceptie te adviseren. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
7. Een vrouw mag binnen een week na de bevalling het gebruik van de combinatiepil hervatten. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
8. Een familiair verhoogd risico op borstkanker is een contra-indicatie voor het gebruik van hormonale anticonceptie. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
9. Rokende gebruiksters van 35 jaar of ouder met een combinatiepreparaat hebben een verhoogd cardiovasculair risico. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
10. Bij het vergeten van één combinatiepil in de eerste week van de strip bestaat in principe geen indicatie voor noodanticonceptie. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
11. Bij een onbeschermd seksueel contact langer dan 72 uur, maar korter dan 5 dagen geleden, heeft het plaatsen van een koperspiraal de voorkeur boven gebruik van ulipristalacetaat om zwangerschap te voorkomen. ☐ *juist*
☐ *onjuist*
12. Het lichaamsgewicht van de vrouw heeft geen invloed op de werking van de morning-afterpil met levonorgestrel. ☐ *juist*
☐ *onjuist*

Bijlage 2B

Antwoorden kennistoets

De antwoorden in deze kennistoets zijn vooral gebaseerd op de NHG-standaard *Anticonceptie* (2011) en de KNMP Kennisbank. Waar een andere bron is gebruikt, is dat aangegeven.

WEETJE

De anticonceptiepil met 50 microgram ethinylestradiol is de enige anticonceptiepil van de eerste generatie (Microgynon '50®). De indeling van anticonceptiepillen van de andere generaties is op basis van het soort progestageen.

1. Bij de keuze voor een combinatiepreparaat gaat de voorkeur uit naar een pil met 30 µg oestrogeen en 150 µg levonorgestrel.

Juist

Als de vrouw kiest voor een combinatiepreparaat, dan gaat inderdaad de voorkeur uit naar een pil met 30 µg oestrogeen en 150 µg levonorgestrel. Andere pillen hebben geen voordelen wat betreft betrouwbaarheid en bijwerkingen.

Anticonceptiepillen met levonorgestrel behoren tot de anticonceptiepillen van de tweede generatie. Anticonceptiepillen van deze generatie geven het minste risico op veneuze trombo-embolieën. Het risico bij pillen van de derde generatie is ongeveer twee keer hoger dan bij pillen van de tweede generatie. Ook de anticonceptiepleister (met norelgestromine) en de vaginale ring (met etonogestrel) behoren tot de derde generatie en hebben een hoger risico. Anticonceptiemethoden met alleen progestageen geven geen verhoogd risico. In tabel 2 vindt u een overzicht van de risico's op veneuze trombo-embolie bij combinatiepreparaten.

Tabel 2 Risico op veneuze trombo-embolie (bron: CBG, 2014)

Conditie	Incidentie*
Geen gebruikster, niet-zwanger	2
Zwangerschap of periode net na de bevalling	10-30
Gebruikster van progestageen met ethinylestradiol**	
Levonorgestrel, norgestimaat, norethisteron	5-7
Etonogestrel, norelgestromine	6-12
Gestodeen, desogestrel, drospirenon	9-12
Dienogest, nomegestrol (i.c.m. oestradiol)	onbekend

* aantal per 10.000 vrouwen per jaar of gebruiksjaar

** tenzij anders vermeld

2. De anticonceptiepil met drospirenon heeft een aangetoond positief effect op premenstruele klachten.

Onjuist

Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs om te concluderen dat de pil met drospirenon positief effect heeft op premenstruele klachten. Ook is er geen bewijs voor positieve effecten op acne of lichaamsgewicht. Wel is aangetoond dat drospirenon een verhoogd risico op veneuze trombo-embolie heeft.

3. De pil met cyproteron heeft meer effect op acne dan andere combinatiepillen.

Onjuist

Alle combinatiepreparaten hebben een positief effect op zowel inflammatoire als niet-inflammatoire acnelaesies en kunt u dus inzetten bij vrouwen met acne en een anticonceptiewens. Er is echter geen overtuigend bewijs dat cyproteron bij acne superieur is ten opzichte van andere combinatiepillen. In veertien gerandomiseerde onderzoeken is de effectiviteit van diverse orale anticonceptiva onderling vergeleken (waaronder preparaten met cyproteron, levonorgestrel, drospirenolone of desogestrel). De resultaten waren niet altijd eenduidig, waardoor er geen overtuigend bewijs is dat cyproteron effectiever is dan de andere combinatiepillen. Wel is het risico op veneuze trombo-embolieën bij deze pil twee- tot viermaal groter dan bij gebruik van een pil van de tweede generatie met levonorgestrel, norethisteron of lynestrenol. De NHG-standaard *Anticonceptie* (2011) raadt het gebruik van de pil met cyproteron dan ook af. Dit komt overeen met het advies in de NHG-standaard *Acne* (2007).

4. Er is geen medisch-farmaceutische reden om een anticonceptiepil met 20 µg oestrogeen te verkiezen boven een anticonceptiepil met 30 µg oestrogeen.

Juist

Er zijn onvoldoende gegevens om met zekerheid te zeggen dat anticonceptiepillen met 20 µg even betrouwbaar zijn als anticonceptiepillen met 30 µg oestrogeen. Ook zijn er te weinig gegevens over ernstige bijwerkingen, zoals trombose. Er zijn wel aanwijzingen dat anticonceptiepillen met 20 µg oestrogenen meer onregelmatig bloedverlies geven, zeker de eerste maanden. Al met al is er geen medisch-farmaceutische reden om de voorkeur te geven aan anticonceptiepillen met 20 µg (zoals Lovette® en Microgynon 20®).

5. De meeste anti-epileptica geven een klinisch relevante interactie met de anticonceptiepil.

Juist

De meeste anti-epileptica veroorzaken leverenzyminductie en geven daardoor een klinisch relevante interactie met de combinatiepillen. De combinatiepil is minder betrouwbaar doordat lagere hormoonspiegels worden bereikt.

Voor gebruiksters van anti-epileptica met een anticonceptiewens zijn de volgende adviezen mogelijk:

- ▶ Omzetten anti-epilepticum
Het enzyminducerend anti-epilepticum omzetten naar een anti-epilepticum dat geen enzyminductie geeft (zoals gabapentine of valproïnezuur).
- ▶ Andere anticonceptiemethode
De anticonceptiepil vervangen door een koperhoudend spiraal, hormoonspiraal, prikpil of condoms tijdens gebruik en tot ten minste 4 weken na staken van het anti-epilepticum. Na staken van het anti-epilepticum kan het effect namelijk tot enkele weken aanhouden.

► Verhogen dosering anticonceptiepil

Starten met ten minste 50 µg ethinylestradiol (en een progestageen-dosering die hoger is dan van de corresponderende sub-50 pillen). De hormoon dosering zo nodig verhogen op geleide van het wegblijven van doorbraakbloedingen. Bij aanhoudende doorbraakbloedingen is overwegen van een andere vorm van anticonceptie zinvol. De afwezigheid van doorbraakbloedingen geeft geen garantie dat de hormoonspiegels hoog genoeg zijn voor de anticonceptieve werking. Een andere methode ter vermindering van doorbraakbloedingen en ter verbetering van de betrouwbaarheid van de pil is het gebruik van meerdere strips achter elkaar (vier strips achter elkaar en vervolgens een stopperiodes van 5 dagen).

6. Bij het voorschrijven van antibiotica in combinatie met de anticonceptiepil is het noodzakelijk aanvullende anticonceptie te adviseren.

Onjuist

Er bestaat geen klinisch relevante interactie tussen de anticonceptiepil en antibiotica, tenzij er sprake is van een antibioticum dat leverenzyminductie geeft (rifampicine en rifabutine). Het gebruik van aanvullende anticonceptie is dan ook niet nodig.

Voorheen was het gebruikelijk in de apotheek bij aflevering van diverse antibiotica te waarschuwen voor een mogelijke interactie met de anticonceptiepil. Dit blijkt echter niet terecht te zijn. Alleen braken of het niet goed kunnen gebruiken van hormonale anticonceptie door ziekte zijn factoren die kunnen leiden tot een verminderde betrouwbaarheid.

7. Een vrouw mag binnen een week na de bevalling het gebruik van de combinatiepil hervatten.

Onjuist

Vanwege het toch al verhoogde risico op trombose na de zwangerschap (zie tabel 2) is het advies om bij vrouwen die flesvoeding geven, niet eerder dan drie weken na de bevalling (opnieuw) te starten met de combinatiepil. Met een methode met alleen progestagenen (minipil) is starten al na twee weken mogelijk. Bij vrouwen die borstvoeding geven, is starten met een combinatiepreparaat bij voorkeur pas na zes weken aan te raden.

Het gebruik van een combinatiepil kan enige invloed hebben op de hoeveelheid borstvoeding, maar het is onduidelijk welke invloed dit heeft op voedingsfrequentie en vraag van het kind. Er is geen invloed op gewichtstoename of groei van het kind en schadelijke effecten voor het kind op de lange termijn zijn niet bekend.

8. Een familiair verhoogd risico op borstkanker is een contra-indicatie voor het gebruik van hormonale anticonceptie.

Onjuist

Er is geen verhoogd risico gevonden op borstkanker door hormonale anticonceptie bij vrouwen met borstkanker in de familie (bijvoorbeeld moeder, zus, dochter, oma, tante, nicht) waarbij onduidelijk is of er sprake is van een genmutatie. Vrouwen met een genmutatie hebben een licht verhoogd risico, maar dit is niet zondermeer aanleiding om hormonale anticonceptie bij deze vrouwen af te raden. Wel kunt u bij deze vrouwen overwegen het gebruik bij een hogere leeftijd af te raden als alternatieven voorhanden zijn.

Hormoonafhankelijke tumoren, zoals mamma- of endometriumcarcinoom, bij de vrouw zelf zijn wel een contra-indicatie voor het gebruik van een combinatiepil.

9. Rokende gebruiksters van 35 jaar of ouder met een combinatiepreparaat hebben een verhoogd cardiovasculair risico.

Juist

Rokende gebruiksters van combinatiepreparaten hebben inderdaad een verhoogd risico op hart- en vaataandoeningen als zij 35 jaar of ouder zijn. Het is belangrijk dat zowel huisarts als apotheker naar het rookgedrag vragen bij deze vrouwen. Rokende vrouwen moeten het advies krijgen te stoppen met roken (desgewenst met ondersteuning). Als dit niet lukt, krijgt de vrouw het advies over te stappen op een andere anticonceptiemethode, bijvoorbeeld een niet-hormonale methode zoals het koperhoudend spiraal of hormonale methoden met alleen progestageen (hormoonspiraal, prikpil, implantatiestaafje, pil met alleen progestageen).

10. Bij het vergeten van één combinatiepil in de eerste week van de strip bestaat in principe geen indicatie voor noodanticonceptie.

Juist

Alleen bij het vergeten van **twee of meer** pillen in de **eerste** week van de strip is noodanticonceptie geïndiceerd. Onderzoek heeft aangetoond dat bij het vergeten van een of twee pillen in de eerste week de zwangerschapskans minimaal is. Ondanks dat ook de kans klein is bij het vergeten van twee pillen in de eerste week, adviseert de NHG-standaard *Anticonceptie* (2011) noodanticonceptie al bij het vergeten van minimaal twee pillen in de eerste week (en met name aan het begin van de strip). Bij vergeten van een of meer pillen in de tweede of derde week van de pilstrip is de zwangerschapskans echt minimaal en bestaat dus geen indicatie voor de morning-afterpil.

Andere indicaties voor noodanticonceptie kunnen zijn:

- ▶ vaginale ring: langer dan drie uur niet dragen van de ring of te laat starten met een nieuwe ring na een stopweek
- ▶ hormoonpleister: meer dan 48 uur te laat plaatsen van de pleister of te laat starten met een pleister na een stopweek
- ▶ pil met alleen progestageen/meerfasenpil: inname langer dan 12 uur na gebruikelijke tijdstip

Met deze methoden is minder ervaring en onderzoek hierover ontbreekt. Raadpleeg hiervoor de bijsluiter.

11. Bij een onbeschermd seksueel contact langer dan 72 uur, maar korter dan 5 dagen geleden, heeft het plaatsen van een koperspiraal de voorkeur boven gebruik van ulipristalacetaat om zwangerschap te voorkomen.

Juist

Als het onbeschermd contact langer dan 72 uur geleden heeft plaatsgevonden, is de morning-afterpil niet meer betrouwbaar toe te passen. Tot 5 dagen na het onbeschermd contact is plaatsing van een koperspiraal een betrouwbare en effectieve methode om zwangerschap te voorkomen. Ulipristal is ook geregistreerd voor noodanticonceptie binnen 5 dagen na de onbeschermd coïtus. Er zijn echter onvoldoende gegevens bekend over de effectiviteit bij inname 3 tot 5 dagen na de onbeschermd coïtus. In de NHG-standaard *Anticonceptie* (2011) is er geen plaats voor dit middel.

Let op! Het spiraaltje met levonorgestrel is **niet** geschikt als noodanticonceptie.

12. Het lichaamsgewicht van de vrouw heeft geen invloed op de werking van de morning-afterpil met levonorgestrel.**Onjuist**

Er zijn in 2013 nieuwe wetenschappelijke gegevens verschenen waaruit blijkt dat een lichaamsgewicht boven de 75 kg van invloed is op de werking van de morning-afterpil NorLevo® (met levonorgestrel). Op basis daarvan heeft begin 2014 het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) aangekondigd dat er op Europees niveau een herbeoordeling zal plaats vinden van alle noodanticonceptiemiddelen (met levonorgestrel of ulipristalacetaat). Daarbij wordt beoordeeld in hoeverre een hoger lichaamsgewicht en body mass index (BMI) invloed hebben op de werkzaamheid en mogelijk falen van noodanticonceptie.

Totdat de herbeoordeling heeft plaats gevonden, is het advies van het CBG voor vrouwen die meer wegen dan 75 kilogram om - wanneer nodig - wel een morning-afterpil te gebruiken, ondanks het mogelijke risico dat deze onvoldoende werkt. Bij gebruik van NorLevo® moet de vrouw deze noodanticonceptie wel zo snel mogelijk innemen - het liefst binnen 12 uur en niet later dan 72 uur - na de onbeschermd coïtus of bij het mislukken van de anticonceptie. De bijsluiter van NorLevo® is daar op aangepast. Attendeer de vrouw in ieder geval op het risico van falen van de noodanticonceptie. Mogelijk is dit dan voor de vrouw aanleiding om te kiezen voor de koperspiraal.



Bijlage 3A

Casuïstiek voor de huisarts

Casus 1 Nieuwe gebruikster

Maaïke van Wel, 21 jaar, komt op het spreekuur. Zij heeft sinds kort een vriend en wil de anticonceptiepil gebruiken. Ze heeft op internet informatie gevonden over een anticonceptiepil die ook helpt tegen haar acne. Die pil lijkt haar wel wat.

Hoe gaat u hiermee om? Wat bespreekt u met Maaïke?

Welk schriftelijk voorlichtingsmateriaal geeft u mee en/of naar welke websites verwijst u?

Casus 2 Bestaande gebruiker

Angelique Vaassen, 28 jaar, belt op het telefonisch spreekuur. Zij gebruikt al vier jaar de Nuvaring® als anticonceptivum. Zij is er heel tevreden over, maar nu heeft ze allerlei berichten in de media gelezen over anticonceptiva - waaronder de Nuvaring® - die meer kans op trombose geven. U heeft dit risico wel een keer bij de start met de Nuvaring® besproken, maar ze realiseert zich nu pas goed dat hierdoor ook vrouwen kunnen overlijden. Dat heeft haar bang gemaakt. Zij vraagt u nu of het verstandig is om naar een ander anticonceptiemiddel of een andere methode over te stappen.

Wat is uw advies?

En wat is uw advies als Angelique de Nuvaring® pas zes maanden gebruikt?



Bijlage 3B

Casuïstiek voor de apotheker

Casus 1 Nieuwe gebruikster

Maaïke van Wel, 21 jaar, komt bij u aan de balie met een eerste recept voor levonorgestrel/ethinylestradiol. Zij vertelt u dat ze de huisarts eigenlijk gevraagd had om cyproteron/ethinylestradiol voor te schrijven, omdat die volgens informatie op internet ook helpt tegen haar acne. De huisarts wil haar die pil echter niet voorschrijven.

Wat verwacht u dat de huisarts al besproken heeft met Maaïke?

Welke (aanvullende) adviezen en informatie geeft u?

Welk schriftelijk voorlichtingsmateriaal geeft u mee en/of naar welke websites verwijst u?

Casus 2 Bestaande gebruiker

Angelique Vaassen, 28 jaar, komt bij u aan de balie. Zij gebruikt al vier jaar de Nuvaring® als anticonceptivum. Zij is er heel tevreden over, maar nu heeft ze allerlei berichten in de media gelezen over anticonceptiva - waaronder de Nuvaring® - die meer kans op trombose geven. De huisarts heeft dit risico wel een keer bij de start met de Nuvaring® besproken, maar ze realiseert zich nu pas goed dat hierdoor ook vrouwen kunnen overlijden. Dat heeft haar bang gemaakt. Zij vraagt u nu of het verstandig is om naar een ander anticonceptiemiddel of een andere methode over te stappen.

Wat is uw advies?

En wat is uw advies als Angelique de Nuvaring® pas zes maanden gebruikt?

Bijlage 3C

Toelichting casuïstiek

De toelichting op de casuïstiek is vooral gebaseerd op de NHG-standaard *Anticonceptie* (2011). Waar een andere bron is gebruikt, is dat aangegeven.

Casus 1

Hoe gaat u hiermee om? Wat bespreekt u met Maaïke? *Huisarts*
Wat verwacht u dat de huisarts al besproken heeft met Maaïke? Welke (aanvullende) adviezen en informatie geeft u? *Apotheker*

De keuze voor een anticonceptiemethode is een individuele keuze van de vrouw, die gebaseerd is op goede voorlichting en advies van de huisarts. Realiseer u echter dat vrouwen - voordat ze bij u komen - steeds meer gebruik maken van het internet voor informatie over anticonceptie. Er is een groot aantal fora, waarin vrouwen vragen stellen en tips van andere vrouwen krijgen. Ook zijn er voorlichtingssites van diverse fabrikanten. Hierdoor komen vrouwen ook steeds vaker met een gerichte vraag voor een bepaalde anticonceptiepil of anticonceptiemethode bij u op het spreekuur. Bij deze vrouwen is het belangrijk dat u de achtergronden en motivering voor deze gerichte vraag goed achterhaalt en dat u (extra) aandacht besteedt aan eventuele onvolkomenheden in de informatie waarop de vraag is gebaseerd.

TIP

Wilt u een indruk krijgen van het type informatie, vragen, tips en filmpjes over anticonceptie op internet en internetfora? Zoek dan eens op het internet met zoektermen zoals anticonceptie, anticonceptiepil, trombose en forum.

Verder bespreekt u als huisarts met Maaïke onder andere de volgende aspecten:

- ▶ relatievorm
- ▶ reden voor wens van gebruik anticonceptie
- ▶ eventueel eerder gebruik van anticonceptie en wat ze al eerder gebruikt heeft voor de acne
- ▶ wat ze verwacht van de gevraagde anticonceptie
- ▶ ideeën over eventuele bijwerkingen van deze anticonceptie (en of ze de commotie over de bijwerkingen in de media gezien en gevolgd heeft)
- ▶ haar cyclus
- ▶ de aanwezigheid van relevante aandoeningen in de voorgeschiedenis (en in de familie), relevante cardiovasculaire risicofactoren en geneesmiddelgebruik

Vooraf bij jonge starters is het belangrijk dat u als huisarts zich in het eerste gesprek ook richt op motivatie, kennis van zaken (ook van andere anticonceptiemethoden), soa-preventie, ambivalentie en onzekerheid.

U als huisarts besteedt uiteraard ook aandacht aan de acneklachten en beoordeelt de ernst ervan. Als op basis van bovenstaande aspecten hormonale anticonceptie een logische keuze is voor Maaïke, dan adviseert u een pil met levonorgestrel (met 30 µg ethinylestradiol). U legt uit dat cyproteron/ethinylestradiol en anticonceptiepillen van de nieuwere generaties een hoger of nog onbekend risico op trombose hebben en daarom niet adviseert. Verder legt u uit dat dat andere pillen even goed werken tegen puistjes als cyproteron/ethinylestradiol en cyproteron/ethinylestradiol alleen nog voorgeschreven mag worden bij acne als lokale therapie of systemische antibioticabehandeling heeft gefaald. Bovendien valt dit middel sinds januari 2014 niet meer onder de basisverzekering. Zie www.medicijnkosten.nl voor de actuele kosten.

Verder geeft u als huisarts en/of apotheker informatie over:

- het juiste gebruik van de anticonceptie
- het moment van starten
- tips voor inname op vast tijdstip
- beleid bij vergeten van een pil
- noodzaak tot het nemen van aanvullende anticonceptieve maatregelen bij hevig braken of waterdunne diarree
- de mogelijkheid om de pil eventueel door te slikken (bijvoorbeeld bij klachten in stopweek)
- ernstige bijwerkingen (licht verhoogde kans op mammacarcinoom, cervixcarcinoom, trombose, bij rooksters ouder dan 35 jaar het risico op hart- en vaatziekten)

Daarnaast is het van belang dat gebruiksters praktische informatie krijgen over wat te doen als de pilstrips op zijn en wat ze moeten doen bij vragen. De apotheker controleert verder op contra-indicaties of interacties in verband met mogelijke problemen door het gelijktijdig gebruik van overige medicatie.

Het is belangrijk dat de informatie van de huisarts en apotheker op elkaar aansluiten. Stem daarom onderling af wie welke informatie geeft en bespreek eventuele knelpunten.

Welk schriftelijk voorlichtingsmateriaal geeft u mee en/of naar welke websites verwijst u? *Huisarts/apotheker*

Huisartsen kunnen de NHG-patiëntenbrief 'De anticonceptiepil' en/of een NHG-patiëntenbrief over een andere anticonceptiemethode meegeven (deze vindt u in het HIS). De apotheker kan de KNMP-publieksfolder 'Anticonceptiepil' meegeven. U kunt ook verwijzen naar de patiëntenwebsite www.thuisarts.nl (NHG) of www.apotheek.nl (KNMP).

Casus 2

Wat is uw advies? *Huisarts/apotheker*

Het verhoogde risico op veneuze trombo-embolieën bij hormonale anticonceptie van de nieuwere generaties treedt vooral op in het eerste jaar van gebruik. Het is daarom niet nodig om vrouwen die al enkele jaren hormonale anticonceptie van een nieuwere generatie gebruiken over te laten stappen op hormonale anticonceptie van de tweede generatie. Het opnieuw starten van hormonale anticonceptie - bijvoorbeeld na een bevalling - is echter wel een geschikt moment om over te stappen.

Uiteraard is de vraag van Angelique een geschikt moment om de anticonceptiemethode en ervaringen opnieuw te bespreken. Wat was de reden voor keuze van de vaginale ring? Wat zijn haar ervaringen? Wat zou ze nu willen? Ook is dit een moment om roken en andere mogelijke contra-indicaties te bespreken. Als de vrouw dit wenst, dan is overstappen naar een andere methode uiteraard mogelijk.

Het is belangrijk dat de adviezen van de huisarts en van apotheker op elkaar aansluiten. Stem daarom onderling af welk advies u geeft.

En wat is uw advies als Angelique de Nuvaring® pas zes maanden gebruikt?

Huisarts/apotheker

U geeft aan dat de vaginale ring met etonogestrel tot de hormonale anticonceptiva van een nieuwere generatie behoort en een ongeveer twee maal hoger risico heeft op veneuze trombo-embolieën dan hormonale anticonceptiva van de tweede generatie. Daarbij kunt u aangeven dat alle hormonale anticonceptiva een verhoogd risico hebben, maar dat het absolute risico voor alle hormonale anticonceptie laag is, namelijk variërend van 5 tot 12 vrouwen per 10.000 gebruikster per gebruiksjaar. Verder vertelt u dat dit risico vooral tijdens de eerste jaar van gebruik verhoogd is.

Op basis hiervan is overstappen op een hormonale anticonceptivum van de tweede generatie of andere anticonceptiemethode ook binnen het jaar niet nodig. Bespreek wel of haar wensen rondom anticonceptie nog steeds hetzelfde zijn of dat een veranderde persoonlijke situatie aanleiding is om alsnog voor een andere methode te kiezen. Bespreek wat de oorspronkelijke reden was voor het kiezen van de vaginale ring. Vaak denken vrouwen namelijk onterecht dat een vaginale ring minder hormonen bevat. Dit kan invloed hebben op de uiteindelijke keuze van Angelique over het al dan niet blijven gebruiken van de vaginale ring. Laat - indien gewenst - (nogmaals) de andere anticonceptiemethoden en de voor- en nadelen (ook prijs) daarvan aan bod komen. De uiteindelijke keuze is aan Angelique.

Het is belangrijk dat de adviezen van de huisarts en van apotheker op elkaar aansluiten. Stem daarom onderling af welk advies u geeft.



Voorbeeldafspraken

Let op! Dit zijn voorbeeldafspraken. Het is de bedoeling dat elke FTO-groep naar aanleiding van de discussie tijdens de bijeenkomst eigen afspraken maakt en resultaatdoelstellingen formuleert.

Afspraak	Actie	Resultaatdoelstelling
Eerste keus hormonale anticonceptie is de combinatiepil met 30 µg oestrogeen en 150 µg levonorgestrel.	HA Schrijft bij het starten met hormonale anticonceptie de sub-50 combinatiepil met levonorgestrel voor.	Over zes maanden heeft 90% van de nieuwe gebruikers van hormonale anticonceptiva de sub-50 combinatiepil met levonorgestrel voorgeschreven gekregen.
Bij het starten met hormonale anticonceptie krijgt de patiënte adequate mondelinge voorlichting.	HA en APO ▶ Geven adequate voorlichting over o.a. juist gebruik en mogelijk doorslikken van pil, maatregelen bij vergeten van pil of braken/diarree en ernstige bijwerkingen. ▶ Stemmen onderling af wie welke informatie geeft.	Over zes maanden krijgt elke nieuwe gebruiker adequate voorlichting bij huisarts en apotheker.
Bij het starten met hormonale anticonceptiva krijgt de patiënte standaard schriftelijk voorlichtingsmateriaal.	HA en APO Stemmen af welk schriftelijk voorlichtingsmateriaal zij geven.	Over zes maanden krijgt elke nieuwe gebruiker schriftelijk voorlichtingsmateriaal van huisarts en/of apotheker.
Bij vrouwen met acne en een anticonceptiewens is de combinatie cyproteron/ethinylestradiol niet geïndiceerd.	HA Schrijft de combinatie cyproteron/ethinylestradiol niet voor aan vrouwen met acne en een anticonceptiewens.	Over zes maanden is geen enkele vrouw met acne en een anticonceptiewens bij de huisarts gestart met de combinatie cyproteron/ethinylestradiol.
Bij bestaande gebruikers van een anticonceptivum van een nieuwere generatie adviseren huisarts en apotheker dat overstappen naar een middel van de tweede generatie vanwege het tromboserisico niet nodig is.	HA en APO Geven adequate voorlichting over het tromboserisico en de zin en onzin van overstappen bij vragen van gebruikers van een anticonceptivum van een nieuwere generatie.	Over zes maanden zijn gebruikers van een anticonceptivum van een nieuwere generatie met vragen over het tromboserisico adequaat geïnformeerd over de zin en onzin van overstappen naar een ander middel.

Literatuur

- ▶ Brand A, Bruinsma A, Groeningen van K, et al. NHG-standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54(12):652-76. Zie www.nhg.org.
- ▶ CBG. Gecombineerde hormonale anticonceptiemiddelen. Zie www.cbg-meb.nl (geraadpleegd 25 maart 2014).
- ▶ CBG. Start herbeoordeling noodanticonceptiemiddelen. Zie www.cbg-meb.nl (geraadpleegd 25 maart 2014).
- ▶ Farmacotherapeutisch Kompas. Zie www.farmacotherapeutischkompas.nl.
- ▶ KNMP Kennisbank. Anticonceptie Vraag en Antwoord. Den Haag: KNMP. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- ▶ KNMP Stroomschema's Noodanticonceptie. Den Haag: KNMP, 2007. Zie www.knmp.nl.
- ▶ KNMP Zelfzorgstandaard Noodanticonceptie. In: Standaarden voor Zelfzorg. Den Haag: KNMP, 2011. Zie www.kennisbank.knmp.nl (alleen voor abonnees).
- ▶ Puijenbroek van E, Verduijn M, Kurver M, Kant A. Leren van Diane-35. Artsen en Lareb moeten samen alert zijn. Medisch Contact 2013;68(43):2202-4.
- ▶ SFK. Kwart pilgebruiksters loopt meer risico. Pharm Weekbl 2013;148(3):9.
- ▶ Verstappen WHJM, De Leest K, Kardolus GJ, et al. LESA Orale anticonceptie en morning-afterpil. Huisarts Wet 2008;51(12):S11-4. Zie www.nhg.org.
- ▶ Wetten van NIM. Www.zoely.nl. Geneesmiddelenbull 2013;47(2):25.

