Guidance voor het aanbevelen van anticonceptie voor vrouwen in de huisartsgeneeskunde: scoping review

Febe BIJNENS, KU Leuven

Myrthe CARLISI, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Goderis Geert, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2023 – 2026]

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract (Nederlands)

Context: Als startende huisarts is het moeilijk is om een overzicht te krijgen in het landschap van de anticonceptie. We zochten naar een beslishulp om op basis van shared decision making een keuze te maken met de patiënt en zo geen contra-indicaties te missen. Maar deze ontbreekt momenteel in het huisartsenlandschap. Daarom werd in deze scoping review op zoek gegaan naar het huidige bewijslandschap rond keuze van anticonceptie voor vrouwen in de huisartsenpraktijk, gebaseerd op patiënt-gerelateerde factoren en hun normen en waarden. Specifiek worden contra-indicaties en ongewenste effecten van de verschillende anticonceptiemethoden gezocht. Daarnaast wordt nagegaan welke indicaties er zijn die de keuze van dosis en soort progestageen of oestrogeen beïnvloeden.

Methode: Er werd een uitgebreid literatuurnazicht uitgevoerd via verschillende databases zijnde Pubmed, Cochrane, Web of Science en Embase, maar ook via Google Scholar. Er werd gezocht naar richtlijnen rond anticonceptie bij vrouwen gepubliceerd tussen 2015 en 2025. Noodanticonceptie of hormoongebruik perimenopauzaal alsook anticonceptie voor mannen behoort niet tot de scope van deze review. De kwaliteit van de gevonden richtlijnen werd door de 2 onderzoekers onafhankelijk beoordeeld aan de hand van het AGREE II instrument.

Resultaten: In totaal werden uit de 1 622 artikels 9 richtlijnen geïncludeerd waaruit de antwoorden op de onderzoeksvragen geëxtraheerd konden worden.

Conclusie: Het is duidelijk dat de kennis rond factoren die de keuze van anticonceptie voor vrouwen in de huisartsenpraktijk bepalen reeds erg uitgebreid is. Helaas mist er nog een concreet overzicht en toont de review dat hoewel er veel overeenstemming is tussen de richtlijnen, er ook verschillen bestaan, met name op vlak van contra-indicaties. Omdat anticonceptiekeuze in de huisartsenpraktijk een complex proces is waarbij medische factoren, patiëntvoorkeuren en contextuele elementen samenkomen in gedeelde besluitvorming, is het van belang dat op basis van de informatie uit deze review een decision support tool ontwikkeld wordt. Zo zullen patiënten meer betrokken kunnen worden in de keuze van anticonceptie waardoor therapietrouw verbeterd wordt. Ook zal op deze manier de meest veilige keuze bevordert worden.

Abstract (Engels)

Context: As a general practitioner (in training), it is difficult to get a clear overview of the contraceptive landscape. We sought a decision aid to help us make a choice with the patient based on shared decision-making, thereby ensuring that no contraindications are overlooked. However, such a tool is currently lacking in general practice. Therefore, this scoping review sought to explore the current evidence regarding contraceptive choice for women in general practice, based on patient-related factors and their norms and values. Specifically, the review examines contraindications and adverse effects of the various contraceptive methods. In addition, it investigates which indications influence the choice of dose and type of progestin or estrogen.

Methods: A scoping review was conducted using various databases, including PubMed, Cochrane, Web of Science and Embase, as well as Google Scholar. The search focused on guidelines concerning contraception in women published between 2015 and 2025. Emergency contraception, hormone use during perimenopause, and contraception for men were excluded from the scope of this review. The quality of the identified guidelines was independently assessed by the two researchers using the AGREE II tool.

Results: In total, 9 guidelines were included from the 1 622 articles, from which the answers to the research questions could be extracted.

Conclusion: It is clear that the body of knowledge regarding the factors that influence women's choice of contraception in general practice is already very extensive. Unfortunately, a comprehensive overview is still lacking. The review shows that although there is considerable agreement between the guidelines, differences do exist, particularly with regard to contraindications. As the choice of contraception in general practice is a complex process in which medical factors, patient preferences and contextual elements come together in shared decision-making, it is important that a decision support tool can be developed based on the information from this review. This will enable patients to be more involved in the choice of contraception, thereby improving adherence to treatment. This approach will also promote the safest choice.

Inhoudstafel

Abstract (Nederlands) 2

Abstract (Engels) 3

Inhoudstafel 4

1. Inleiding 6

2. Methode 7

3. Resultaten 9

A. Gecombineerde preparaten 12

I. Gecombineerde orale preparaten 13

II. Vaginale ring 14

III. Pleister 15

B. Anticonceptiemethoden met alleen progestageen 15

I. Progesteron-only pill (POP) 15

II. Prikpil 16

III. Implantatiestaafje 16

C. Intra-uteriene devices 16

I. Hormoonspiraal 17

II. Koperspiraal 17

D. Niet-hormonale anticonceptiemethoden 18

E. Borstvoeding en postpartum 18

4. Discussie 19

Limitaties en sterktes 20

Praktische implicatie in de huisartsenpraktijk 21

5. Besluit 24

6. Voorstel flowchart 25

7. Referenties literatuur 27

8. Bijlagen 29
Bijlage 1: Zoektermen databases 29
Bijlage 2: Beoordeling geselecteerde richtlijnen middels AGREE II.(9) 30
Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité 46
9. Persoonlijke inbreng 47

1. Inleiding

Reeds in de zestiende eeuw ontstond het condoom, initieel gemaakt van linnen, later van schapen- of varkensdarm. Een verandering in de maatschappelijke moraal rond anticonceptie kwam er door Thomas Maltus in 1803. Door de toename van het bevolkingsaantal dreigde er een voedseltekort te komen en kindersterfte toe te nemen, hiervoor vond hij een oplossing in het principe van geboortebeperking. In 1882 werd door een vrouwelijke arts in Nederland het pessarium bedacht. Vervolgens volgde in 1962 de eerste anticonceptiepil, dit was een grote doorbraak in de keuzevrijheid van de vrouwen. Echter heerst er tegenwoordig vaak een negatieve connotatie aan hormonale anticonceptie, waardoor natuurlijke alternatieven steeds meer naar de voorgrond dringen.(1)

Anticonceptie heeft doorheen de geschiedenis van de vrouw een grote rol gespeeld in de autonomie en vrijheid van vrouwen. Door de komst van de anticonceptiepil eind jaren vijftig werd het aantal ongewenste zwangerschappen verminderd en hadden vrouwen voortaan eigen controle over gezinsplanning. Hierdoor konden vrouwen een hoger opleidingsniveau bereiken en kregen ze meer kansen op de arbeidsmarkt.(2) De komst van anticonceptie heeft dus zowel op gezondheids- als op maatschappelijk niveau voor een grote revolutie gezorgd.

In de laatste jaren blijft anticonceptiegebruik stijgen bij alle vrouwen, meer specifiek ook bij jongeren. Zo gebruiken nu 8 op 10 vruchtbare vrouwen in België anticonceptie. De anticonceptiepil is voorlopig nog steeds het frequentst gebruikt, vooral bij jongeren. Bij volwassenen is er dan weer meer verschuiving naar spiraalgebruik.(3)

Het blijkt dat meer dan 60% van alle anticonceptie door huisartsen voorgeschreven wordt, echter is het als startende huisarts in opleiding (HAIO) moeilijk om een overzicht te krijgen in het uitgebreide landschap van anticonceptie.(4) Vandaag de dag zijn de anticonceptiemogelijkheden zeer uitgebreid. Het is dan ook van belang om de medisch meest geschikte keuze te maken in overeenstemming met de wensen en noden van de patiënte. Dit is geen evidente opdracht. Hoewel er in de literatuur vele nationale en internationale richtlijnen omtrent anticonceptie bestaan, zijn deze informatiebronnen versnipperd en niet altijd congruent in aanbevelingen. Vaak zijn ze onvoldoende toepasbaar in de huisartsenpraktijk.

Momenteel ontbreekt er een overzicht dat de voornaamste patiënt-gerelateerde factoren, contra-indicaties en praktische overwegingen bundelt vanuit een eerstelijnsperspectief. Een beslishulp zou eveneens ondersteuning bieden in het shared decisionmaking proces dat de huisarts samen met de patiënt kan overlopen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat na één jaar gebruik van een anticonceptiemethode 30% van de patiënten hiermee is gestopt.(5, 6) Het is dus van belang dat de patiënt zich betrokken voelt bij het maken van deze keuze om zo de effectiviteit in gebruik te optimaliseren. Er wordt hiervoor vanuit de literatuur aangeraden om gebruik te maken van een decision support tool.(6) Deze gestructureerde aanpak zorgt ervoor dat vrouwen kiezen voor een anticonceptiemethode die is afgestemd op hun eigen noden en wensen.(5) De keuze van anticonceptie is immers niet enkel een technische beslissing omtrent zwangerschapspreventie, maar ook een proces waarin medische veiligheid, voorkeuren van de patiënte en contextuele factoren samenkomen. Huisartsen blijken namelijk te weinig aandacht te hebben voor het bevragen van contra-indicaties.(4) Ook kan er zo ingegaan worden op eventuele misinformatie die tegenwoordig

online circuleert en zo de beslissing van vrouwen rond anticonceptie beïnvloedt.(7) Verder wordt gezien, in onder andere een Zweeds onderzoek, dat ondanks het advies in de huidige richtlijnen nog veel vrouwen met obesitas toch gecombineerde hormonale anticonceptie gebruiken.(5)

Omdat het landschap van verschillende anticonceptie-mogelijkheden erg uitgebreid is, werd gekozen om een scoping review uit te voeren. Het doel is dan ook om breed en verkennend in kaart te brengen wat in deze context allemaal gekend is en een rol speelt. Het gaat niet om het kwantificeren of beoordelen van de kwaliteit of de effectiviteit van het artikel of de anticonceptiemethode, maar het in kaart brengen welke aanbevelingen, contra-indicaties en praktijkrelevante aandachtspunten in het huidige richtlijnenlandschap worden beschreven. Deze review focust op vrouwelijke anticonceptiemethoden, aangezien de klinische besluitvorming in de huisartsenpraktijk voornamelijk betrekking heeft op methoden die door de vrouw worden gebruikt en opgevolgd. Bovendien is het aanbod aan vrouwelijke anticonceptie aanzienlijk breder en complexer dan dat voor mannen, waardoor de nood aan gestructureerde besluitvorming en ondersteunende hulpmiddelen, zoals een decision aid, hier het grootst is.

In deze scoping review wordt gezocht naar een antwoord op de vraag: “Welke richtlijnen en aanbevelingen bestaan er in het huidige bewijslandschap voor het voorschrijven van anticonceptie voor vrouwen in de huisartsenpraktijk, rekening houdend met patiënt-gerelateerde factoren en hun normen en waarden?”. Hierbij wordt specifiek gezocht naar guidance voor het aanbevelen van anticonceptie voor vrouwen op vruchtbare leeftijd. Er wordt getracht om dit in een huisartsencontext (eerstelijnsgeneeskunde) te concretiseren. Zo wordt gezocht naar de patiënt-gerelateerde factoren die een invloed hebben op de keuze van anticonceptie; zijnde specifieke contra-indicaties voor de orale anticonceptiepil alsook de spiralen. Verder wordt gezocht naar de ongewenste effecten van de verschillende anticonceptiemethoden. Bovendien wordt nagegaan welke indicaties er zijn die de keuze van dosis en soort progestageen of oestrogeen beïnvloeden. Aan de hand hiervan wordt nagegaan wat concreet allemaal bekend is rond guidance van anticonceptie voor vruchtbare vrouwen in de huisartsencontext. We hopen dan ook dat er in de toekomst een flowchart opgesteld wordt op basis van deze scoping review. Zo zal er een meer gestructureerde en uniforme beslissing gemaakt worden en kunnen we meer houvast creëren voor artsen in de eerstelijnsgeneeskunde.

2. Methode

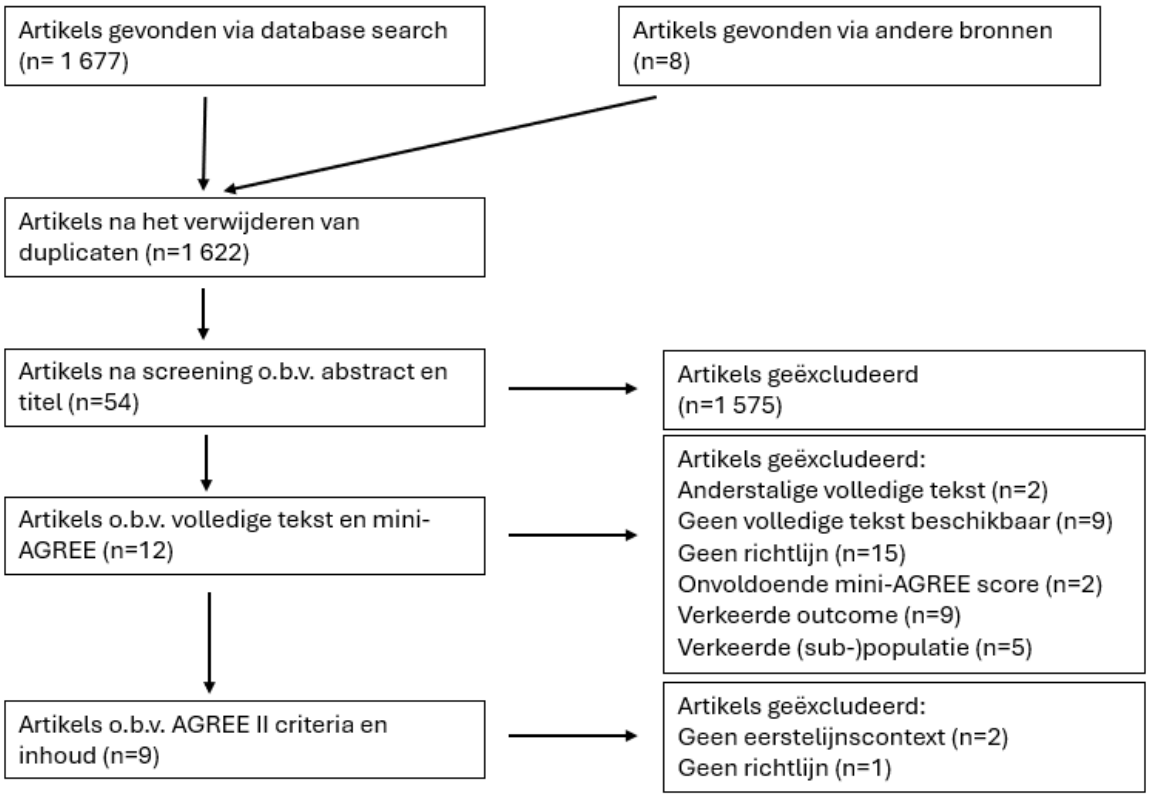
Voor deze studie werd een uitgebreide scoping review uitgevoerd over de periode van september 2024 tot en met 1 maart 2025. Deze scoping review werd gerapporteerd conform de PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) richtlijnen.(8) Voorafgaand werd voor deze review geen protocol geregistreerd, dit wordt als beperking erkend.

Er werd gezocht via verschillende relevante databases; zijnde Pubmed, Cochrane, Web of Science en Embase. Er werd eveneens zogenaamde grijze literatuur geraadpleegd via Google Scholar. De uitgebreide zoektermen werden beschreven in bijlage 1. Er werd nog nagegaan of er richtlijnen van de autoriteiten op vlak van gynaecologie en eerstelijnsgeneeskunde ontbraken in de uitgevoerde

search. Zo werden bijkomend de Belgische huisartsenrichtlijn van Domus Medica en de Nederlandse richtlijn voor anticonceptie van NHG toegevoegd. Als laatste werden de referenties van de geselecteerde artikels nagekeken om ook daar eventueel gemiste richtlijnen te kunnen vinden. Er werd gezocht naar Engels- of Nederlandstalige richtlijnen en reviews van richtlijnen gepubliceerd tussen 2015 en 2025. Deze studie betreft het gebruik van anticonceptie bij vrouwen, artikels over anticonceptie bij mannen werden dan ook uitgesloten. Artikels omtrent noodanticonceptie werden uitgesloten. Andere specifieke groepen, bijvoorbeeld patiënten met lupus, werden omwille van hun lage prevalentie in de huisartsenpraktijk in België eveneens geëxcludeerd. Ook hormoongebruik door vrouwen in de (peri-)menopauze behoort niet tot de scope van deze studie. Vrouwen na bariatrische heelkunde, vrouwen met hypertensie of postpartum werden wel in het literatuuronderzoek opgenomen.

Om te beginnen werden de 1.622 gevonden artikels gescreend via titel en abstract, op basis van in- en exclusiecriteria en type studie. Dit gebeurde via Rayyan door beide onderzoekers met blindering. De 54 overgebleven artikels werden eerst aan de hand van de tekstinhoud gescreend door beide onderzoekers afzonderlijk en getoetst aan drie belangrijke criteria binnen AGREE II. Deze drie criteria betroffen items 7, 9 en 23 van het AGREE II instrument.(9) De 12 artikels die hieraan voldeden werden vervolgens door beide onderzoekers aan een volledige screening onderworpen op basis van de volledige AGREE II-criteria. Het AGREE II-instrument werd gebruikt om de methodologische kwaliteit en algemene bruikbaarheid van de geselecteerde richtlijnen te beoordelen. Deze beoordeling diende niet om effectgroottes of evidentieniveaus te vergelijken, maar om de geïncludeerde richtlijnen op een gestructureerde wijze kritisch te beoordelen. Op basis hiervan werden nog drie artikels geëxcludeerd omwille van hun niet relevante inhoud of beperkte toegevoegde waarde in de eerstelijnsgeneeskunde. Bij elke tussenstap werd bij discrepanties door middel van consensus door beide onderzoekers tezamen een besluit genomen om het artikel al dan niet te includeren. Hieronder wordt in figuur 1 de PRISMA-flowchart betreffende de selectie van artikels uit de geraadpleegde bronnen weergegeven.

Hierna werd de relevante data uit de geïncludeerde artikels gebundeld in een tekstdocument. Voor elke geïncludeerde richtlijn werden vooraf vastgelegde gegevens systematisch geëxtraheerd. Het betrof onder meer: type anticonceptiemethode, beschreven contra-indicaties, relatieve en absolute risicofactoren, ongewenste effecten, indicaties voor specifieke keuze van type of dosis en relevante praktische aanbevelingen voor de klinische besluitvorming. Deze data-extractie gebeurde door beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Nadien werden de geëxtraheerde gegevens vergeleken en bij discrepanties in consensus besproken. De resultaten werden vervolgens narratief samengevat en thematisch geordend per anticonceptiemethode, met focus op de vooraf bepaalde extractiecategorieën. Ook werd nagegaan of voor elke anticonceptiemethode de nodige informatie aanwezig was. Bij nood aan aanvullende details werden de geselecteerde artikels doorzocht. Maar ook werd de website van het Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie (BCFI) geraadpleegd voor verdere details en specifieke preparaten met hun dosering op de Belgische markt.



Figuur 1: PRISMA-flowchart geselecteerde artikels

3. Resultaten

Om te beginnen worden in tabel 1 hieronder de geïncludeerde artikels weergegeven.

Tabel 1: Geïncludeerde artikels.

Artikel	Publicatiejaar- auteurs	Land van herkomst	Doelpopulatie, focus	Globaal oordeel AGREE II	Inclusie/exclusie
Combined hormonal contraception and the risk of venous tromboembolism: a guideline	2016- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine	Verenigde Staten	Gebruik van combinatie-preparaten en VTE risico	5- aanbevolen	Inclusie
ACOG Practice Bulletin No. 206: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions.	2019- Committee on Practice Bulletins—Gynecology	Verenigde Staten	Vrouwen met medische aandoeningen	5,5- aanbevolen	Inclusie
Combined oral contraceptives: update recommendations of the Latin American contraceptive association.	2023- Palacios S., Ayala G., González G. et al.	Latijns Amerika	Aanbevelingen voor combinatie-preparaten	5,5- aanbevolen	Inclusie
Clinical practice guidelines for contraception by the French National College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)	2019- Chabbert-Buffet N., Marret H., Agostini A. et al.	Frankrijk	Anticonceptie begeleiding bij vrouwen	4.5- aanbevolen	Inclusie
Medical Eligibility for Contraception in Women at Increased Risk.	2019- Römer T.	Duitsland	Anticonceptiekeuze bij vrouwen met verhoogd risico	5- aanbevolen	Inclusie
U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024	2024- Nguyen A. T., Curtis K. M., Tepper N. K. et al.	Verenigde Staten	Anticonceptiekeuze bij bepaalde karakteristieken en medische aandoeningen	6- aanbevolen	Inclusie
NHG standaard Anticonceptie	2023- Barnhoorn PC, Bruinsma ACA, Bouma M et al.	Nederland	Huisartsenrichtlijn.	5- aanbevolen	Inclusie

			Voorlichting en advies rond anticonceptiemethodes		
Domus medica richtlijn Hormonale Anticonceptie	2012- L. Peremans, E. van Leeuwen, N . Delvaux et al.	België	Huisartsenrichtlijn. Vrouwen die anticonceptie wensen vanaf de vruchtbare leeftijd tot aan de menopauze	5.5- aanbevolen	Inclusie
Hormonal Contraception. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG	2021- Franik S., Bauersachs R., Beyer-Westendorf J. et al.	Duitstalig (Duitsland, Oostenrijk, Zwitserland)	Vrouwen in vruchtbare leeftijd	5- aanbevolen	Inclusie
Gecommentarieerd Geneesmiddelen repertorium-chapter 6.2 anticonceptie	2025- Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie (BCFI)	België	Anticonceptie bij vrouwen	N.v.t.	Aanvullende bron

Verder zullen hieronder de resultaten gebundeld worden. Er werd hiervoor gekozen om elke anticonceptiemethode apart te bespreken. Dit werd intuïtief gekozen zodat de gezochte categorieën (contra-indicaties, neveneffecten, dosiskeuze) overzichtelijk en gebruiksvriendelijk weergegeven kunnen worden.

A. Gecombineerde preparaten

Gecombineerde hormonale preparaten bestaan steeds uit, zoals de naam het zelf zegt, een combinatie van hormonen. Namelijk progestageen en oestrogeen. De aanwezigheid van het oestrogeen zorgt voor een cycluscontrole, terwijl de progestagenen zorgen voor de anticonceptieve-werking.(4) Deze oestroprogestagene associaties worden dan ook, naast hun contraceptieve werking, gebruikt om cyclusstoornissen te controleren en menstruatie uit te stellen.(10) Bijkomend zijn er enkele niet-contraceptieve voordelen van gecombineerde hormonale contraceptiva. Zo ziet men een gedaald risico op het ontwikkelen van kankers zoals endometriale, ovariële en colonkanker. Verder kan het voordelig zijn bij een premenstrueel syndroom en verbetert het dysmenorroe. Combinatiepreparaten zijn eveneens een eerstelijnsbehandeling voor endometriose.(6)

Er bestaan verschillende toedieningsmanieren. Zo bestaat de orale combinatiepil, de vaginale ring en transdermale pleister. Al deze varianten zullen hieronder beschreven worden.

Door de combinatie van de twee hormonen is er bij al deze varianten een verhoogd risico op veneuze trombo-embolieën (VTE). Echter is er onvoldoende evidentie voor een verschil op VTE-risico bij de verschillende toedieningsvarianten.(11) Het risico op trombose neemt toe met de leeftijd, diabetes, roken, familiale voorgeschiedenis van trombose, hypertensie en hypercholesterolemie. Omdat dit risico op trombo-embolie multifactorieel bepaald is, is het moeilijk om de graad van het risico-effect voor elk individu te bepalen.(11, 12) Er wordt eveneens niet geadviseerd om routinematig onderzoek uit te voeren naar het screenen van familiale trombotische ziekten.(13)

Om te beginnen zijn er dan ook verschillende medische aandoeningen waarbij het gebruik van combinatiepreparaten niet geadviseerd wordt. In tabel 2 worden de absolute en relatieve contra-indicaties voor het gebruik van hormonale combinatiepreparaten weergegeven.

Tabel 2: Absolute en relatieve contra-indicaties voor combinatiepreparaten.(4, 6, 12, 14)

Absolute contra-indicaties	**Relatieve contra-indicaties**
Persoonlijke voorgeschiedenis van VTE, gekende stollingsstoornissen	1e graad verwant met VTE
Persoonlijke voorgeschiedenis van cardiovasculaire aandoeningen (CVA, myocardinfarct)	
Migraine met aura in combinatie met roken	Migraine met aura zonder roken
Gebruik van anti-epileptica	

Bariatrie (volgens (14))	Bariatrie type Roux-en-Y bypass of biliopancreatische derivatie (volgens (12-14))
	BMI >35 kg/m²
Leverfunctiestoornissen, cirrose, levertumoren	
Voorgeschiedenis van borstcarcinoom of drager van het BRCA-gen	
Eerste 21 dagen postpartum of bij borstvoeding de eerste 42 dagen	
> 35 jaar + roken (> 15 sigaretten/dag)	> 35 jaar + meer dan 1 jaar gestopt met roken < 35 jaar + roken
Hypertensie: systolisch ≥160 mm Hg diastolisch ≥95 mm Hg	Hypertensie: systolisch 140-159 mm Hg diastolisch 90-95 mm Hg
Diabetes met nefropathie, retinopathie, neuropathie of ander vasculaire aandoening	
Majeure chirurgie met langdurige immobilisatie	
Chronische nierziekten met nefrotisch syndroom of dialysenood	

I. Gecombineerde orale preparaten

Er bestaan verschillende varianten gecombineerde orale preparaten. Allereerst is er het monofasische preparaat. Dit heeft een vaste combinatie progestageen en oestrogeen (dosis tussen 15µg en 50 µg). Deze combinatie wordt uit gebruiksgemak het meest frequent gebruikt. Er bestaan inmiddels verschillende generaties monofasische preparaten.(10) Zo bestaan er de eerste generatie-anticonceptiva, deze bevatten 50 µg ethinyl-oestradiol (EE), maar worden sinds 2023 niet meer gecommercialiseerd, omwille van hun hoge risico op VTE. Vervolgens zijn er de tweede generatie-anticonceptiva, deze bevatten een lagere dosis estradiol (20, 30 of 35 µg) en levonorgestrel. De derde generatie-anticonceptie bevatten een lage dosis ethinyl-oestradiol (15 of 30 µg) en desogestrel of gestodeen (minder androgene werking). Als laatste is er nog de vierde generatie-anticonceptiva met als progestageen drospirenone, deze heeft een antiandrogene werking.(10, 15) Hoewel bekend is dat er een hoger VTE risico is bij drospirenone en gestodeen, ten opzichte van levonorgestrel, wordt niet geadviseerd om de keuze van een combinatiepreparaat hierop te baseren.(11, 15)

Algemeen stellen NHG en Domus Medica een combinatiepil met levonorgestrel 150µq/ethinyl-oestradiol 30µg voor als eerste keuze. Levonorgestrel geeft het laagste risico op VTE. Preparaten met 20 of 30µg EE zijn even werkzaam, maar zoals hogerop vermeld, zal een combinatiepreparaat met 30µg EE minder doorbraakbloedingen geven.(4, 14) Hieruit volgt dan ook de aanbeveling om bij adolescenten, bij voorkeur, te starten met een dosis van 30 µg EE. Deze dosis zorgt voor een adequaat behoud van de botdensiteit.(15) Mogelijkheden voor een tweede keus zijn combinatiepreparaten met levonorgestrel 100µg/EE 20µg, gestodeen 75µg/EE 20µg of nogestimaat 250 µg/EE 35µg.(14) Bij de opstart van een combinatiepil is het risico op VTE in de eerste drie maanden gebruik het hoogst.(11, 15)

Er worden in de literatuur enkele frequente klinische problemen gerapporteerd, deze verdienen ook een vermelding. Zo ziet men tijdens de eerste drie maanden van het gebruik van een combinatiepil frequent intermenstruele bloedingen/spotting. Deze verbeteren na de eerste drie maanden, of er kan geswitcht worden naar een hogere dosis EE (30µg).(4, 14, 15) Bij het optreden van amenorroe is er geen verandering van pilgebruik nodig.(15)

Indien er sprake is van forse gewichtstoename en glucose-intolerantie wordt er best geswitcht naar een drospirenone-variant vanwege de verminderde waterretentie.(15) Hoewel de misvattingen online, heeft de combinatiepil geen invloed op gewichtstoename.(6, 14) Obesitas is dan ook geen contra-indicatie voor het gebruik van combinatiepreparaten.(12, 13) Bij obesitas wordt gezien dat een pil met 30-35µg EE waarschijnlijk effectiever is dan een lagere dosis. Eveneens zal continu gebruik van de combinatiepil meer effectief zijn.(13)

Soms wordt er door de vrouwen een verandering in het libido waargenomen, er wordt dan aangeraden om een levonorgestrel-preparaat aan te bieden. Bepaalde vrouwen kunnen ook last ervaren van een premenstrueel syndroom, hierbij wordt continue gebruik van de combinatiepil geadviseerd.(15) De novo migraine bij een vrouw onder anticonceptie is altijd een reden om die vorm van anticonceptie stop te zetten.(6)

Eveneens is het zeer belangrijk dat men tijdens het anticonceptieconsult in de eerstelijnsgeneeskunde aandacht heeft voor de screening naar baarmoederhalskanker, aangezien het risico hierop toeneemt bij meer dan 5 jaar gebruik van een combinatiepil.(6) Op lange termijn wordt een lichte toename van het risico op mammacarcinoom gezien, ook dit vergt dus in de toekomst enige aandacht.(14) Aan de keerzijde wordt er net een afname van het risico op ovarium-, endometrium en colorectale kankers gezien.(6, 14) Ook belangrijk om te vermelden is dat er geen bloedtesten met hormoonbepalingen, met betrekking tot menopauze, uitgevoerd mogen worden wanneer er nog anticonceptie ingenomen wordt.(6)

II. Vaginale ring

De vaginale ring is een vorm van anticonceptie waarbij een ring door de vrouw zelf wordt ingebracht, deze blijft vervolgens gedurende drie weken ter plekke. Daarna is er een hormoonvrije periode van één week, waarna een nieuwe ring ingebracht kan worden. De vaginale ring mag ook gedurende meerdere cycli continu gebruikt worden. Voorbeelden van de vaginale ring zijn IzzyRing, Nuvaring, Ringafema en Circlet, deze bevatten allen etonogestrel 120 µg/24u + EE 15 µg/24u.(4, 10, 14)

Er is geen specifieke indicatie voor het starten van de vaginale ring, dit is voornamelijk op basis van de voorkeur van de patiënte.
De effectiviteit van een vaginale ring bij vrouwen met obesitas is vermoedelijk wel beperkter, doch is hier weinig evidentie in, wel is het effectiever dan condoomgebruik.(13) De ring geeft vaker klachten van vaginitis en genitale jeuk. Patiënten ervaren veelal minder vaak acne, stemmingswisselingen en misselijkheid.(14)

III. Pleister

De transdermale patch wordt één keer per week aangebracht op de huid en tijdens de vierde week wordt een stopweek geadviseerd. Dit betekent dat de patiënte om de zeven dagen een nieuwe pleister moet aanbrengen, telkens op dezelfde dag van de week. Op dag 22 begint de stopweek. Er wordt geadviseerd om de pleister aan te brengen op een schone, droge, onbehaarde en intacte huid op de bil, het abdomen of de buitenkant van de bovenarm. In België bestaat er momenteel één soort pleister, dit is de Evra (Norelgestromin 203 µg/24u + EE 34 µg/24u).(10)

De keuze voor deze variant is afhankelijk van de voorkeur van de patiënte. Indien een pleister correct gebruikt wordt, is deze even werkzaam als een combinatiepil, maar het risico op VTE is tweemaal verhoogd. Ook stelt Domus Medica dat gebruiksters van de pleister hun anticonceptie eerder lijken te stoppen. De pleister kan meer klachten van mastopathie en dysmenorroe geven. Ook is er het risico op lokale huidirritatie en loslaten van de pleister.(4, 14) Voor vrouwen met een BMI>30 kg/m² is er risico op verminderde betrouwbaarheid van anticonceptie.(12, 14)

B. Anticonceptiemethoden met alleen progestageen

Als tweede grote categorie bestaan er de progesteron-only preparaten. Deze bevatten enkel progestagenen. Ook hierin zijn er verschillende toedieningsvormen, die hieronder uitgediept worden. Progesteron-only anticonceptie is een goede keuze bij vrouwen met een verhoogd risico op veneuze trombose. Ook bij vrouwen die borstvoeding geven is een progesteron-only preparaat een goede anticonceptieve keuze.

Bij de progesteron-only preparaten zijn meer frequente nevenwerkingen beschreven. Zo is er een hoger risico op vaginale bloedingen of spotting, acne, hoofdpijn, misselijkheid, gewichtsstijging en verminderd libido.(6, 14) Klachten van spotting, hoofdpijn en misselijkheid gaan veelal binnen de eerste 3 maanden spontaan voorbij.(14)

Een progesteron-only preparaat heeft eveneens de voorkeur bij vrouwen met een leeftijd boven de 40 jaar omwille van ontbrekend effect op hart- en vaatstatus, metabole status en kwaliteit van beenderen. Uitgezonderd depot injectiepreparaten, deze worden net afgeraden.(6)

I. Progesteron-only pill (POP)

Als orale variant van de progesteron-only preparaten bestaat er de minipil. Deze worden dagelijks ingenomen zonder onderbreking.(6, 10) Er zijn twee verschillende hormonen beschikbaar. Desogestrel 75µg is een eerste mogelijkheid. Enkele voorbeelden hiervan zijn Desopop, Lueva, Nacrez, Cerazette, Desirett, ... (10)
Een andere mogelijkheid is drospirenone, deze moet ook zonder onderbreking ingenomen worden, maar bevat op het einde van de cyclus vier placebopillen, een voorbeeld hiervan in België is Slinda.

Een belangrijke contra-indicatie voor drospirenone is ernstige nierinsufficiëntie of acuut nierfalen.(10)

Als ongewenst effect bij deze minipil wordt onregelmatig bloedverlies of spotting regelmatig beschreven in de literatuur.(6, 10)

In tegenstelling tot de combinatiepil mag deze minipil wel meteen na de bevalling opgestart worden, ook tijdens het geven van borstvoeding.(13) Ernstig arterieel lijden, actieve veneuze trombo-embolie, ernstige leverinsufficiëntie en borstkanker of gynaecologische kanker zijn allen contra-indicaties voor het starten van POP.(10, 12)

II. Prikpil

Een andere variant van progestagene anticonceptie is de prikpil. Hierbij wordt medroxyprogesteron intramusculair of subcutaan toegediend. De anticonceptieve werking is hoog maar ongewenste effecten zijn frequent aanwezig, zoals gewichtstoename of spotting.(6, 14) Bij stopzetten van deze anticonceptie is frequent een lange periode van amenorroe aanwezig.(10)

Ten opzichte van andere progesteron-only preparaten, geeft dit preparaat een licht verhoogd risico op VTE. Daarom is deze minder geïndiceerd bij vrouwen met een vooraf bestaand verhoogd risico op VTE of cardiovasculaire aandoeningen. Volgens de NHG-richtlijn is er sprake van een relatieve contra-indicatie bij vrouwen met VTE of trombofilie in de voorgeschiedenis. Vrouwen met twee of meer risicofactoren voor arteriële ischemische events zijn ook een relatieve contra-indicatie.(10, 12, 14) In andere richtlijnen wordt dit als absolute contra-indicatie beschreven.(6) Ook bij aanwezigheid van nefrotisch syndroom of nood aan nierdialyse alsook levertumoren of -cirrose wegen de risico's op tegenover de voordelen.(12)

Er bestaat maar één variant subcutane prikpil, dit is Sayana. Als intramusculaire variant is er de Depo-Provera. De NHG-richtlijn geeft hierbij de voorkeur aan de intramusculaire vorm van medroxyprogesteron 150 mg/ml omwille van het feit dat dit minder kans geeft op huidirritatie en er het meeste ervaring mee is. Wanneer de patiënt liever zelf de prikpil wenst te plaatsen, kan een subcutane variant gekozen worden.(14)

III. Implantatiestaafje

Het subdermaal implantaat, ook wel staafje, is een vorm van langdurige anticonceptie. Het bevat etonogestrel en wordt onderhuids ingebracht door een arts. Het gaat hierbij om Implanon (etonogestrel 68mg). Dit staafje kan dan gedurende drie jaar ter plekke gelaten worden en geeft gedurende deze periode een betrouwbare anticonceptieve werking. Onregelmatig bloedverlies wordt wel als neveneffect vermeld.(6, 10, 14)

Het staafje is een zeer effectieve vorm van anticonceptie bij obese dames. Het staafje hoeft bij de obese populatie niet vervroegd vernieuwd te worden. Er is een maximaal BMI van 50 kg/m².(6)

C. Intra-uteriene devices

Intra-uteriene devices (IUD) worden hier beschreven als een aparte categorie. Het is een variant van anticonceptie die langdurig werkt. Deze devices kunnen geplaatst worden bij zowel nullipara als

dames die reeds zwanger zijn geweest.(6, 10) Ze zorgen ervoor dat de bevruchte eicel door ontstekingsreactie in het endometrium niet kan innestelen.(10)

Er wordt niet geadviseerd om voorafgaand aan de plaatsing een screenend SOA-onderzoek uit te voeren, enkel op indicatie bij vrouwen met een seksueel risicogedrag. Een IUD kan op ieder moment in de cyclus geplaatst worden, maar men moet zeker zijn dat de patiënte niet zwanger is.(6) De IUD's worden gezien als een veilige keuze bij vrouwen met een verhoogd risico op VTE.(10) Een zeer groot voordeel aan de intra-uteriene devices is dat zij niet interageren met andere geneesmiddelen.(10) Er zijn weinig contra-indicaties voor intra-uteriene devices maar een gynaecologische infectie, afwijking of tumor (zoals bijvoorbeeld baarmoederhalskanker), alsook onverklaard vaginaal bloedverlies zijn belangrijke contra-indicaties.(10, 12, 14)

Een perforatie van de baarmoeder is het belangrijkste risico bij het plaatsen van een spiraal, dit gebeurt tijdens de plaatsing.(6) Verder zijn er weinig bijwerkingen bekend bij spiralen.(14)

I. Hormoonspiraal

Een levonorgestrel-IUD voorkomt innesteling van de bevruchte eicel en zorgt voor endometriumatrofie, remming van migratie van sperma en verdikking van het cervixslijm, waardoor deze moeilijk doordringbaar wordt voor de spermatozoa.(10)

De eerste keuze voor een hormoonspiraal bevat 52µg levonorgestrel. Deze dosis is eveneens aan te raden bij hypermenorroe of dysmenorroe.(14) Voorbeelden hiervan in België zijn Mirena of Levosert. Deze hebben een werkingsduur van acht jaar. Er bestaan eveneens varianten met een werkingsduur van vijf jaar zoals Kyleena-spiraal, deze bevat 19,5mg levonorgestrel.(10) Voorlopig is er geen bewijs dat deze lagere dosering voordeliger zou zijn.(14)

Een groot voordeel aan het hormoonspiraal is dat de hevigheid van de menstruatie bij veel vrouwen vermindert en er zelfs amenorroe kan optreden, daarom is een levonorgestrel-bevattend IUD ook een zeer goede optie bij idiopathische menorragie.(6, 10)

Borstkanker is een absolute contra-indicatie alsook antecedenten ervan gezien er mogelijk een verhoogd risico op mammacarcinoom is bij de hormoonspiraal evenals leverinsufficiëntie, levertumoren en acuut leverfalen.(10, 14)

Het belangrijkste neveneffect bij een hormoonspiraal is net zoals de andere progesteron-only preparaten spotting of onregelmatig bloedverlies maar ook hoofdpijn. Deze klachten verdwijnen vaak spontaan binnen de drie maanden.(14)

II. Koperspiraal

Het koper in een koperspiraal zorgt voor een versterkte ontstekingsreactie in het endometrium en voor een cytotoxisch effect op de zaadcellen. De gemiddelde werkingsduur van een koperspiraal is vijf jaar.(10) Er wordt aangeraden om op basis van ervaring met de desbetreffende inbrengtechniek een keuze te maken tussen verschillende varianten.(14) Er kan bij de aanwezigheid van een koperspiraal een toename zijn van de menstruele flow, dit is dan ook vaak één van de vervelendste nevenwerkingen aan dit soort spiraal.(6, 14) Door de afwezigheid van hormonen is het

tromboserisico bij koperspiralen laag. Dit maakt dat het een veilige keuze is bij een BMI >35 kg/m², alsook bij migraine met aura.(14, 16)

Een belangrijke vermelding is dat het koperspiraal ook een zeer goede optie is als noodanticonceptie. Het moet geplaatst worden binnen de 120 uur na onbeschermd seksueel contact en biedt onmiddellijke en langdurige bescherming.(6, 10) Verder zal in deze scoping review niet ingegaan worden op andere varianten van noodanticonceptie.

D. Niet-hormonale anticonceptiemethoden

Als laatste categorie worden ook enkele niet-hormonale anticonceptiemethoden aangehaald. Als eerste is er het pessarium. Dit is een siliconen kapje dat tegen de baarmoederhals aangebracht wordt en steeds in combinatie met zaaddodende gel gebruikt dient te worden.(6, 14) Deze methode wordt weinig toegepast en kent een lage betrouwbaarheid met een hoog risico op foutief gebruik.(14) Wel kan deze methode een goede keuze zijn bij contra-indicaties voor alle hormonale anticonceptie of bij weinig therapietrouw aan andere methoden.(6, 16) De enige contra-indicaties zijn allergie aan het materiaal, vaginale prolaps en toxic shock syndrome.(12) Een mogelijk nadelig effect is het verhoogd risico op urineweginfecties.(12)

Overige niet-hormonale methodes zoals coitus interruptus, de kalendermethode of symptoom-gerelateerde methodes zijn over het algemeen weinig opgenomen in de richtlijnen, vermoedelijk vanwege de beperkte betrouwbaarheid van deze methodes.(12, 14). Coïtus interruptus wordt afgeraden in de Franse richtlijn.(6) Omwille van deze redenen wordt er in deze review niet verder op ingegaan.

E. Borstvoeding en postpartum

Hieronder wordt borstvoeding en postpartum besproken aangezien deze groep specifieke aandacht vergt. De eerste 21 dagen na een bevalling is er een absolute contra-indicatie voor de combinatiepil omwille van het hoge trombose-risico. Er wordt zelfs geadviseerd om idealiter de eerste 42 dagen postpartum geen combinatiepil in te nemen.(12, 13) Een minipil daarentegen mag onmiddellijk na de bevalling opgestart worden. Wanneer er geen borstvoeding wordt gegeven en de dame is de 42 dagen postpartum gepasseerd, mag er zonder complicaties een combinatiepil gestart worden.(13)

Gedurende de borstvoedingsperiode is een combinatiepil eveneens gecontra-indiceerd.(4, 13) Opstart van de minipil en staafje zijn steeds veilig, ook tijdens de borstvoeding, en zijn een goed alternatief om meteen op te starten met anticonceptie. Een prikpil daarentegen wordt bij borstvoedende vrouwen de eerste zes weken niet aangeraden.(4) Indien er exclusief borstvoeding gegeven wordt, is er tot 6 maanden postpartum voldoende anticonceptiewerking.(13, 14) Bij de meeste vrouwen zal de eerste ovulatie rond 6 weken postpartum opnieuw optreden.(13)

Het plaatsen van een spiraal wordt door de Belgische richtlijn pas vier weken postpartum geadviseerd, terwijl de Nederlandse richtlijn deze periode zelfs uitbreidt tot zes weken postpartum.(4, 14) Wel belangrijk te vermelden is dat zolang de moeder borstvoeding geeft, er een verhoogd risico op uterusperforatie is.(14)

4. Discussie

In deze scoping review werd nagegaan welke richtlijnen en aanbevelingen er bestaan in het huidige bewijslandschap voor het voorschrijven van anticonceptie voor vrouwen in de huisartsenpraktijk. Daarbij werd rekening gehouden met patiënt-gerelateerde factoren zoals hun normen en waarden. Hierbij werd duidelijk dat er reeds een uitgebreid aanbod aan wetenschappelijke informatie beschikbaar is rond de guidance van anticonceptie voor vruchtbare vrouwen, maar dat dit aanbod niet volledig congruent is. Bij het nazicht van de richtlijnen is te zien dat er enkele verschillen zijn tussen de aanbevelingen, in het bijzonder op vlak van relatieve en absolute contra-indicaties. De aanbevelingen betreffende keuze van dosis oestrogeen of type progesteron komen veelal overeen in de opgenomen richtlijnen. De ongewenste effecten van verschillende anticonceptiemethoden werden eveneens nagegaan, echter worden deze niet in elke richtlijn even uitgebreid of even systematisch besproken.

Wanneer de in deze studie geïncludeerde richtlijnen langs elkaar bekeken worden, is op te merken dat de verschillen zich voornamelijk situeren in de manier waarop richtlijnen omgaan met contextafhankelijke risico's en de classificatie van relatieve versus absolute contra-indicaties. Deze verschillen weerspiegelen waarschijnlijk variaties in interpretatie van het beschikbare bewijs, maar ook verschillen in nationale context, risicotolerantie en richtlijnmethodologie. Sommige richtlijnen hanteren een meer voorzichtige benadering, terwijl andere meer ruimte laten voor klinische afweging. Dit onderstreept dat richtlijnen niet louter als vaste voorschriften beschouwd kunnen worden, maar steeds geïnterpreteerd moeten worden binnen de context van individuele patiëntkenmerken en klinische inschatting.

Bij een risico op veneuze trombo-embolie wordt door Domus Medica en CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) absoluut afgeraden om een prikpil te gebruiken, terwijl NHG (Nederlands Huisartsengenootschap) en de CDC (Centers for Disease Contol and Prevention) dit slechts als relatieve contra-indicatie zien. Echter zijn alle richtlijnen het eens over de absolute contra-indicatie voor het gebruik van combinatiepreparaten. Het gebruik van de prikpil bij twee of meer risicofactoren op arteriële ischemische events toont ook verschillen. De meeste richtlijnen stellen dat een prikpil vanaf dan absoluut gecontra-indiceerd is, terwijl CNGOF dit eerder relatief ziet. Daarbovenop raadt ook BCFI het gebruik van de prikpil af bij patiënten met eerdere risicofactoren, maar spreekt men niet expliciet van een contra-indicatie. Over roken, als belangrijke cardiovasculaire risicofactor, zijn de richtlijnen het veelal eens.

Alle richtlijnen zijn het eens over de contra-indicatie voor combinatiepreparaten bij migraine met aura. Enkel NHG voegt een kleine nuance toe en ziet dit als relatieve contra-indicatie, tenzij de patiënt ook rookt; dan is het absoluut gecontra-indiceerd. De CNGOF-richtlijn is nog uitgebreider en raadt ook gebruik van combinatiepreparaten af bij migraine in combinatie met andere cardiovasculaire risicofactoren.

Rond het gebruik van anticonceptie bij obesitas bestaan ook nog enkele tegenstrijdigheden. Zo beschouwt NHG een BMI > 30 kg/m² als relatieve contra-indicatie voor combinatiepreparaten, terwijl Domus Medica een BMI van 35 kg/m² als afkapwaarde hanteert. In deze review wordt dan ook de Belgische afkapwaarde gevolgd. De CDC en CNGOF zien obesitas dan weer niet als contra-indicatie op zichzelf, maar adviseren dit steeds samen met andere mogelijke risicofactoren in overweging te

nemen. Na een bariatrische ingreep (type Roux-en-Y bypass of biliopancreatische derivatie) stelt NHG dat er een absolute contra-indicatie is voor combinatiepillen en progesteron-only pillen, terwijl CDC dit eerder als relatieve contra-indicatie formuleert. BCFI raadt het gebruik van orale anticonceptie ook af, maar spreekt niet expliciet van een contra-indicatie. In de andere richtlijnen (Domus Medica en CNGOF) wordt hier geen duidelijke aanbeveling rond geformuleerd.

Bij het gebruik van anti-epileptica stelt Domus Medica de aanbeveling om een combinatiepil met minstens 50 µg EE op te starten. Deze zijn echter niet meer te verkrijgen op de Belgische markt, wat de praktische toepasbaarheid van deze aanbeveling beperkt. Het advies van de andere richtlijnen verschilt onderling. NHG en CNGOF adviseren om een niet-hormonale methode voor te stellen aan de patiënt bij gebruik van anti-epileptica. De CDC definieert enkel een relatieve contra-indicatie voor combinatiepreparaten en progesteron-only pillen, niet voor de prikpil of een staafje.

Bij leverfunctiestoornissen zijn enkele verschillen te beschrijven. Het gaat hierbij algemeen over acute en chronische hepatitis, transaminase-stijgingen of cirrose. Volgens NHG en CNGOF zijn namelijk alle hormonale preparaten gecontra-indiceerd, terwijl Domus Medica stelt dat progesteron-only methoden wel mogelijk zijn. De CDC maakt een onderscheid tussen hepatitis, waarbij enkel combinatiepreparaten relatief gecontra-indiceerd zijn, of gedecompenseerde levercirrose, waarbij alle hormoonpreparaten afgeraden worden. Het advies van BCFI is gelijkaardig hieraan en spreekt enkel over een contra-indicatie bij de progesteron-only preparaten indien er sprake is van ernstige leverinsufficiëntie (waaronder voor bepaalde preparaten ook levertumoren).

De literatuur is relatief eenduidig omtrent anticonceptie tijdens de postpartum- en borstvoedingsperiode, zoals hierboven reeds beschreven werd. Wel is er enige tegenstrijdigheid betreffende de wachttermijn postpartum voor het plaatsen van een spiraal. Domus Medica adviseert om minstens vier weken te wachten, terwijl NHG zes weken postpartum adviseert. Deze verschillen lijken vooral betrekking te hebben op nuance in klinische afweging eerder dan op fundamentele tegenstrijdigheden.

Bij verschillen in de absolute en relatieve contra-indicaties werd door middel van consensus tussen de onderzoekers besloten om voor een optimale veiligheid de strengste norm te volgen. Deze keuze is ingegeven door een focus op klinische veiligheid in de eerste lijn, maar blijft een pragmatische en interpretatieve beslissing binnen deze review.

Daarnaast dient opgemerkt te worden dat niet-hormonale anticonceptiemethoden, zoals het pessarium, in het bredere anticonceptiespectrum wel degelijk een plaats innemen, maar in de geïncludeerde richtlijnen slechts beperkt besproken worden. Hierdoor zijn zij in de synthese minder prominent aanwezig, ondanks hun klinische relevantie.

Limitaties en sterktes

Bij de interpretatie van de resultaten moeten enkele beperkingen van het onderzoek in acht genomen worden. Om te beginnen werd voor deze review vooraf geen protocol geregistreerd, wat de transparantie en reproduceerbaarheid van het onderzoeksproces beperkt.

Door het zeer brede aanbod aan artikels rond anticonceptiekeuze werd in deze scoping review gekozen om enkel gepubliceerde richtlijnen in het Engels of Nederlands te gebruiken. Dit

introduceert mogelijk een zekere taalbias, waardoor richtlijnen uit andere Westerse landen, zoals Spanje, Finland of Zweden, mogelijk gemist werden in het selectieproces, hoewel deze potentieel relevant kunnen zijn voor de Belgische context. Dit is des te belangrijker omdat de Belgische richtlijn laatst geüpdatet werd in 2012 en de nieuwe WHO-richtlijn pas eind 2025 werd gepubliceerd en dus niet meer opgenomen kon worden in deze scoping review.

Er werd ook gezocht naar grijze literatuur die niet werd gepubliceerd via de doorzochte databases. De richtlijnen van NHG, Domus Medica en BCFI werden in dit onderzoek meegenomen, waardoor de kans op database bias gedeeltelijk kon worden beperkt.

Verder is er mogelijk sprake van selectie bias. Door het grote initiële aantal beschikbare studies werd besloten enkel richtlijnen te gebruiken en geen primaire studies. Dit werd bewust zo gekozen om de klinische toepassing in de praktijk te maximaliseren, maar impliceert dat nieuwe inzichten uit RCT's, scoping reviews en andere studies die nog niet in richtlijnen opgenomen werden, mogelijk gemist worden.

Hoewel deze richtlijnen allen getoetst werden aan de AGREE II-criteria, wat de methodologische kwaliteit van de richtlijnen ondersteunt, garandeert dit niet noodzakelijk de klinische juistheid of actualiteit van alle aanbevelingen.

Ook de data-extractie en synthese zijn in zekere mate subjectieve processen. De synthese van aanbevelingen uit verschillende richtlijnen vereist interpretatie en vereenvoudiging, wat kan leiden tot verlies van nuance. Dit werd zo veel mogelijk beperkt doordat beide onderzoekers onafhankelijk alle artikels beoordeelden en doorzochten voordat tot een consensus werd gekomen, maar enige mate van subjectiviteit blijft onvermijdelijk.

Praktische implicatie in de huisartsenpraktijk

Uit deze scoping review blijkt dat er doorheen de jaren veel wetenschappelijke informatie is verzameld omtrent de verschillende vormen van anticonceptie. Echter is er ondertussen zo veel informatie dat het voor de eerstelijnsgeneeskunde moeilijk wordt om deze informatie op een consistente en overzichtelijke manier toe te passen. Bovendien omvat anticonceptiezorg in de huisartsenpraktijk meer dan louter voorschrijven en speelt gedeelde besluitvorming, met aandacht voor patiëntvoorkeuren en contextuele factoren, een belangrijke rol.

Daarom is het van belang dat er hulpmiddelen ontwikkeld worden die zorgverleners ondersteunen bij het structureren van deze besluitvorming. Decision support tools kunnen huisartsen ondersteunen bij het integreren van medische factoren, patiëntvoorkeuren en contextuele elementen, en kunnen bijdragen aan meer gedeelde besluitvorming en therapietrouw. Wanneer patiënten zich betrokken voelen bij deze keuzes, kan dit de correctheid en continuïteit van anticonceptiegebruik verbeteren.(6)

Een flowchart kan hierbij een praktisch hulpmiddel zijn in de eerstelijnsgeneeskunde. Er werd in deze studie een voorstel tot een flowchart uitgewerkt op basis van de informatie uit de huidige richtlijnen. Deze flowchart is louter een exploratief, niet-gevalideerd voorstel. Zij werd gebaseerd op deze scoping review en dient beschouwd te worden als een eerste poging tot structurering van het bestaande richtlijnenlandschap. Deze flowchart kan vervolgens voorgelegd worden aan verschillende

professionals binnen het zorglandschap zoals gynaecologen, vroedvrouwen en huisartsen, zodat zij valkuilen en hiaten kunnen opsporen en advies kunnen geven. Nadien kan de flowchart in de praktijk getest worden om te evalueren in welke mate zij effectief bruikbaar is binnen de eerstelijnszorg.

Bij deze verdere ontwikkeling is het belangrijk dat het volledige anticonceptiespectrum, inclusief minder prominent besproken methoden zoals het pessarium, voldoende in rekening wordt gebracht, zodat geen te enge of onvolledige keuzeruimte wordt gesuggereerd.

Bij het opstellen van de beslishulp werd gekozen om te starten vanuit de wens van de patiënt omdat dit vaak het beginpunt is voor het begeleiden van de keuze van anticonceptie. Verder werden de verschillende contra-indicaties opgenomen. Hierbij werd op basis van consensus tussen beide onderzoekers steeds gekozen om de strengste richtlijn te volgen. Wanneer er twijfel was rond absolute versus relatieve contra-indicatie, werd dit dan ook als absolute contra-indicatie beschouwd om de veiligheid te maximaliseren.

Om de praktische keuze verder te vergemakkelijken, worden in onderstaande tabel enkele voorbeelden van beschikbare preparaten op de Belgische markt weergegeven. Op de Belgische markt zijn verder ook combinatiepillen beschikbaar met andere hormoonpreparaten zoals desogrestrel, diënogest en estetrol.(10) Deze werden niet opgenomen in de Domus Medica-richtlijn. Volgens NHG hebben deze preparaten geen bewezen meerwaarde.(4, 14)

Tabel 3: Beschikbare preparaten op de Belgische markt.(10)

Combinatiepillen op de Belgische markt	
1e keuze: levonorgestrel 150µg/EE 30µg	Levorichter 30 Microgynon 30 Noranelle 30/150
2e keuze: levonorgestrel 100µg/EE 20µg	Lavinia Lowette Microgynon 20 Noranelle 20/100
2e keuze: gestodeen 75µg/EE 20µg	Femodene Gaelle 20 Harmonet Lindynette 20
2e keuze: norgestimaat 250 µg/EE 35µg	Cibel
Alternatief: drospirenone *Bv. bij gewichtstoename, glucose-intolerantie bij mastalgie, premenstrueel syndroom [C]*	Annaïs Drospibel Yadere Yasmin

Andere combinatiepreparaten	
Vaginale ring	NuvaRing IzzyRing Circlet Ringafema
Transdermale patch of pleister	Evra
Progesteron-only preparaten	
Minipil (75µg desogestrel)	Cerazette Desirett Desopop Lueva Nacrez
Minipil (drospirenon)	Slinda
Prikpil (intramusculair)	Depo-Provera
Implantaat	Implanon
Intra-uteriene devices	
Koperspiraal	Ancora 375 Cu Normal Flexi-T 300 Gold T Mini of Gold T Normal Gynefix 200 of 330
Hormoonspiraal	Kyleena Jaydess Levonortis Levosert Mirena

5. Besluit

Bij de keuze van anticonceptie dient rekening gehouden te worden met een heel aantal patiënt-gerelateerde factoren. Anticonceptiekeuze in de huisartsenpraktijk is dan ook een complex proces waarbij medische factoren, patiëntvoorkeuren en contextuele elementen samenkomen in gedeelde besluitvorming.

Deze scoping review toont aan dat er, ondanks een grote mate van overeenstemming tussen richtlijnen, ook relevante verschillen bestaan in de interpretatie van contra-indicaties en aanbevelingen. Dit maakt het voor huisartsen niet altijd evident om deze informatie consistent toe te passen in de praktijk.

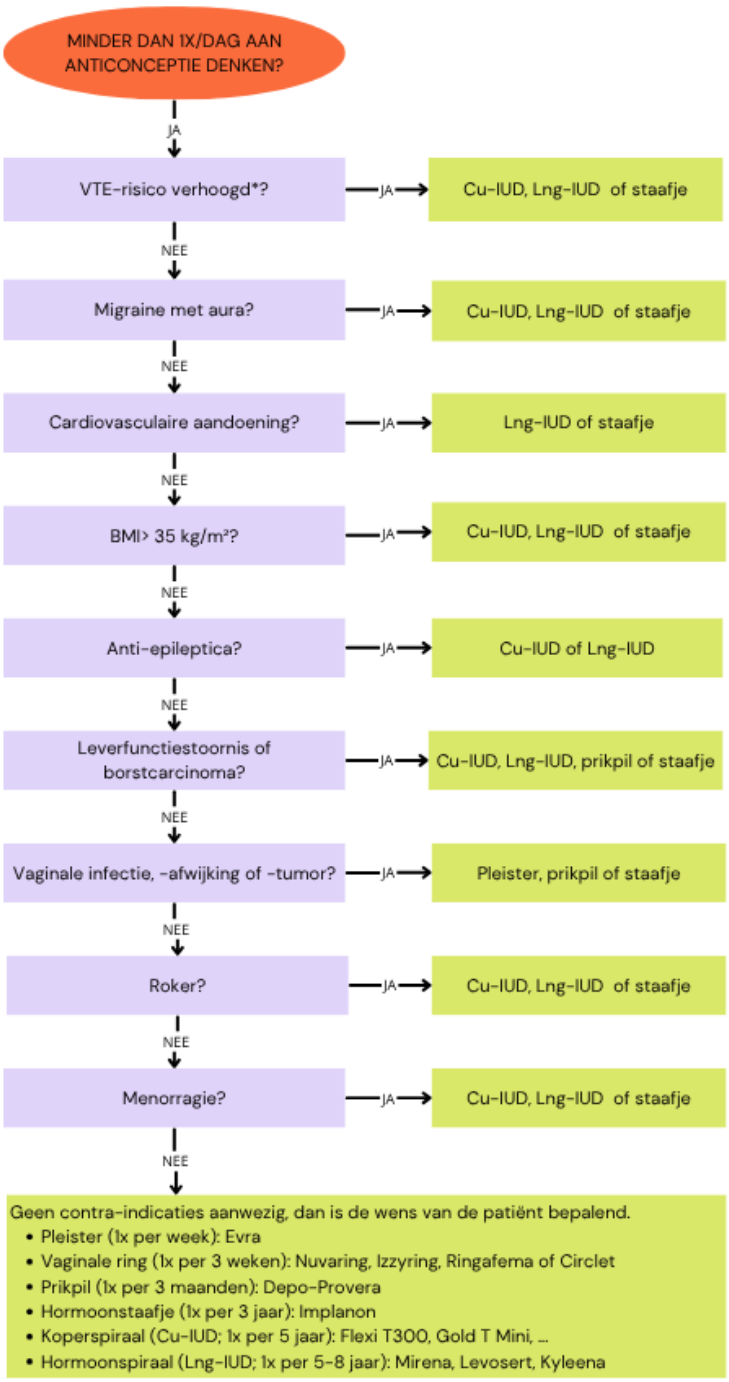
Een flowchart met de contra-indicaties en indicaties kan een goede hulp zijn voor huisartsen (in opleiding) om samen met de patiënt tot een juiste en vooral veilige anticonceptiemethode te komen. Op basis van de informatie in deze review kan een dergelijke flowchart opgesteld worden. Deze dient echter beschouwd te worden als een exploratief hulpmiddel dat verdere validatie vereist.

De flowchart kan vervolgens voorgelegd worden aan verschillende professionals binnen het zorglandschap, zoals gynaecologen, vroedvrouwen en huisartsen, zodat zij valkuilen en hiaten kunnen opsporen en advies kunnen geven. Hierna kan de flowchart in de praktijk getest worden om te evalueren in welke mate zij kan uitgroeien tot een praktisch en betrouwbaar hulpmiddel binnen de eerstelijnszorg.

6. Voorstel flowchart



DEEL 2 Flowchart voor keuze van anticonceptie in de eerstelijns context



7. Referenties literatuur

1. Hoeks S. De ontwikkeling van anticonceptie: van kruidenbrouwsels tot de mannenpil: IsGeschiedenis; [Available from: https://isgeschiedenis.nl/nieuws/de-ontwikkeling-van-anticonceptie-van-kruidenbrouwsels-tot-de-mannenpil.
2. Team PHE. Anticonceptie door de geschiedenis heen Aranjuez 2020 [Available from: https://restaurantesaranjuez.com/nl/anticonceptie-door-de-geschiedenis-heen/.
3. SENSOA. Anticonceptiegebruik bij Belgische jongeren en volwassenen: feiten en cijfers 2026 [Available from: https://www.sensoa.be/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers.
4. L. Peremans EvL, N . Delvaux, K. Keppens, H . Yikilkan. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu. 2012.
5. Sundell M, Ginstman C, Månsson A, Forslund I, Brynhildsen J. Patterns of prescription and discontinuation of contraceptives for Swedish women with obesity and normal-weight women. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception. 2019;24(3):192-7.
6. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Clinical practice guidelines for contraception by the French National College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Journal of gynecology obstetrics and human reproduction. 2019;48(7):441-54.
7. John JN, Gorman S, Scales D, Gorman J. Online Misleading Information About Women's Reproductive Health: A Narrative Review. Journal of general internal medicine. 2025;40(5):1123-31.
8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Annals of internal medicine. 2018;169(7):467-73.
9. Consortium ANS. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) II Instrument. 2009.
10. (BCFI) Bcfi. Gecommentarieerd Geneesmiddelenrepertorium-chapter 6.2 anticonceptie 2025 [Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/7?frag=5306.
11. Medicine PCotASfR. Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a guideline. Fertility and sterility. 2017;107(1):43-51.
12. Nguyen AT, Curtis KM, Tepper NK, Kortsmit K, Brittain AW, Snyder EM, et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. MMWR Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports. 2024;73(4):1-126.
13. Bulletins—Gynecology CoP. ACOG Practice Bulletin No. 206: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions. Obstetrics and gynecology. 2019;133(2):e128-e50.
14. Barnhoorn PC BA, Bouma M, Damen Z, De Swart SM, Koetsier MJE, Kurver MJ, Van der Sande R, Van der Wijden CL, Van Groeningen COM. NHG-Standaard Anticonceptie2023 17/10/2025:[176 p.]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/anticonceptie.
15. Palacios S, Ayala G, González G, Badilla-Apuy CL, Marchena J, Martínez K, et al. Combined oral contraceptives: update recommendations of the Latin American contraceptive association. Gynecological endocrinology : the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology. 2023;39(1):2271072.
16. Römer T. Medical Eligibility for Contraception in Women at Increased Risk. Deutsches Arzteblatt international. 2019;116(45):764-74.
17. Franik S, Bauersachs R, Beyer-Westendorf J, Buchholz T, Bühling K, Diener HC, et al. Hormonal Contraception. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3 Level, AWMF Registry Number 015/015, January 2020). Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 2021;81(2):152-82.
18. Sausjord IK, Acton LW, White KO, O'Connor SK, Lerner NM. Breastfeeding and Hormonal Contraception: A Scoping Review of Clinical Guidelines, Professional Association Recommendations, and the Literature. Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine. 2023;18(9):645-65.

19. Black A, Guilbert E, Costescu D, Dunn S, Fisher W, Kives S, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC. 2016;38(2):182-222.
20. Lohr PA, Lyus R, Prager S. Use of intrauterine devices in nulliparous women. Contraception. 2017;95(6):529-37.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Zoektermen databases

PubMed (via NCBI, including MEDLINE)

((((((((Guidance[Title/Abstract]) OR (Guideline[Title/Abstract])) OR (Guidelines[Title/Abstract])) OR (Recommendation[Title/Abstract])) OR (Recommendations[Title/Abstract])) OR (Counselling[Title/Abstract])) OR (Advise[Title/Abstract]) OR (Instruction[Title/Abstract])) AND (("womans"[tiab] OR "women"[tiab] OR "woman"[tiab] OR "womens"[tiab] OR "female"[tiab]) AND ("contracept"[tiab] OR "contracepted"[tiab] OR "contracepting"[tiab] OR "contraception"[MeSH Terms] OR "contraception"[tiab] OR "contraceptions"[tiab] OR "contraceptive agents"[Pharmacological Action] OR "contraceptive agents"[MeSH Terms] OR ("contraceptive"[tiab] AND "agents"[tiab]) OR "contraceptive agents"[tiab] OR "contraceptives"[tiab] OR "contraceptive devices"[MeSH Terms] OR ("contraceptive"[tiab] AND "devices"[tiab]) OR "contraceptive devices"[tiab] OR "contraceptive"[tiab] OR "contraceptive s"[tiab] OR "contraceptively"[tiab]))) NOT ((pregnancy[Title/Abstract]) OR (pregnant[Title/Abstract]))

Embase (Embase.com)

('contraception'/exp OR 'contraception' OR 'contraceptive agent':ti,ab,kw) AND 'practice guideline':ti,ab,kw AND 'female':ti,ab,kw

CENTRAL/Cochrane (via cochrane library)

Concept 1:
#1: [mh “contraceptive agents”]
#2: (“contracept" OR "contracepted" OR "contracepting" OR "contraception” OR "contraception" OR "contraceptions" OR "contraceptive agents" OR ("contraceptive" AND "agents") OR "contraceptives" OR "contraceptive devices" OR ("contraceptive" AND "devices") OR "contraceptive devices" OR "contraceptive" OR "contraceptives" OR "contraceptively"):ti,ab,kw
#3: #1 OR #2

Concept 2:
#4: (womans" OR "women" OR "woman" OR "womens" OR "female"):ti,ab,kw

Concept 3:
#5: (“Guidance OR “Guideline” OR “Recommendation”):ti,ab,kw

Combinatie: concept 1, 2 en 3
#7: #3 AND #4 AND #5

Google scholar

'anticonceptie' AND 'richtlijn' NOT 'man'

Bijlage 2: Beoordeling geselecteerde richtlijnen middels AGREE II.(9)

Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a guideline (11)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	6	5
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	5	4
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	5	5
Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	5	5
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	2	2
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	5	5
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	6	6
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	3	2
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	4	4
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	5	5
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	6	6
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	6	6
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	3	3
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	2	1
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	4	4
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	4	4
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	7	7
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	1	1

19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	5	4
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	1	1
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	1	1
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	4	4
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	6	6
Algemeen oordeel		
Algemene kwaliteit van de richtlijn	5	5
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja

ACOG Practice Bulletin No. 206: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions.(13)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	6	6
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	5	4
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	6	6
Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	6	7
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	2	2
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	6	5
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	4	5
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	1	1
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	2	2
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	1	1

11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	5	5
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	6	6
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	5	6
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	1	1
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	6	7
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	6	6
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	4	4
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	3	4
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	3	5
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	2	3
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	1	1
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	1	1
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	2	4
Algemeen oordeel		
Algemene kwaliteit van de richtlijn	5	6
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja

Combined oral contraceptives: update recommendations of the Latin American contraceptive association.(15)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	6	6
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	4	3
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	4	4

Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	6	6
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	2	1
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	1	1
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	5	5
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	2	2
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	2	1
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	6	6
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	6	6
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	1	1
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	4	4
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	1	1
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	5	5
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	5	4
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	7	7
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	1	1
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	3	3
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	2	1
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	1	1
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	6	6
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	6	6
Algemeen oordeel		

Algemene kwaliteit van de richtlijn	5	6
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja

Clinical practice guidelines for contraception by the French National College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF) (6)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	6	6
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	4	4
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	6	5
Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	6	6
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	4	4
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	5	5
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	3	5
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	3	5
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	3	5
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	5	4
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	4	3
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	6	6
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	5	5
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	2	5
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	6	6
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	4	5
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	2	2

Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	3	3
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	2	2
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	3	3
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	2	3
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	4	5
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	6	4
Algemeen oordeel		
Algemene kwaliteit van de richtlijn	4	5
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja, mits aanpassingen (meer overzicht toevoegen).

Medical Eligibility for Contraception in Women at Increased Risk.(16)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	6	6
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	5	4
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	5	4
Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	2	2
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	2	1
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	5	5
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	5	6
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	3	2

9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	2	2
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	3	5
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	6	6
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	6	6
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	2	2
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	1	1
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	6	6
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	5	6
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	5	6
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	4	5
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	5	6
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	3	5
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	1	2
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	2	1
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	3	1
Algemeen oordeel		
Algemene kwaliteit van de richtlijn	5	5
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja

U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024.(12)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	6	6

2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	4	5
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	5	4
Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	5	5
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	6	5
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	6	6
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	7	6
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	4	6
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	5	6
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	7	6
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	5	5
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	6	5
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	5	4
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	6	5
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	6	5
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	5	5
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	4	5
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	2	3
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	4	4
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	1	1
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	1	3
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		

22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	6	5
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	6	5
Algemeen oordeel		
Algemene kwaliteit van de richtlijn	6	6
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja

NHG standaard (14)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	7	7
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	5	5
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	6	6
Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	3	3
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	3	2
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	7	7
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	1	1
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	1	1
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	6	5
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	6	5
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	5	5
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	5	5
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	1	1
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	1	1
Domein 4: helderheid en presentatie		

15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	4	4
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	5	4
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	2	3
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	2	2
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	4	4
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	5	4
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	1	1
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	1	1
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	1	1
Algemeen oordeel		
Algemene kwaliteit van de richtlijn	5	5
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja

Domus Medica richtlijn Hormonale Anticonceptie (4)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	6	6
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	5	4
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	6	6
Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	6	7
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	5	6
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	6	6
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar	6	5

wetenschappelijk bewijsmateriaal		
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	4	4
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	4	5
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	5	4
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	6	6
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	7	7
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	6	6
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	4	5
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	6	7
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	4	6
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	5	6
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	5	5
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	6	6
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	4	5
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	7	6
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	7	6
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	6	4
Algemeen oordeel		
Algemene kwaliteit van de richtlijn	5	6
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja

Hormonal Contraception. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (17)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)

Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	7	7
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	4	3
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	7	7
Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	6	6
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	3	3
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	7	7
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	4	4
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	4	3
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	6	5
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	7	6
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	5	5
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	1	1
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	6	6
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	3	3
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	7	7
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	4	4
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	7	6
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	2	2
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	5	5
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	2	1
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	1	1

Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	2	1
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	2	2
Algemeen oordeel		
Algemene kwaliteit van de richtlijn	5	5
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja

Breastfeeding and Hormonal Contraception: A Scoping Review of Clinical Guidelines, Professional Association Recommendations, and the Literature (18) (exclusie)

Er werd hier geen AGREE II toegepast gezien het gaat om een scoping review in plaats van een richtlijn. Om deze reden, en omwille van beperkte nieuwe inhoud, werd dit artikel geëxcludeerd.

Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 - Intrauterine Contraception (19) (exclusie)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	5	5
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	3	2
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	4	4
Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	7	7
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	3	3
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	4	4
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	6	6
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	4	3
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	5	5
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	3	3

11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	5	4
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	6	6
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	4	5
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	1	1
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	5	5
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	6	6
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	7	7
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	2	2
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	2	2
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	3	2
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	2	2
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	1	1
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	2	2
Algemeen oordeel		
Algemene kwaliteit van de richtlijn	3	3
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Nee	Nee

Use of intrauterine devices in nulliparous women (20) (exclusie)

AGREE II criteria	SCORE (onderzoeker 1)	SCORE (onderzoeker 2)
Domein 1: onderwerp en doel		
1. Het doel van de richtlijn is specifiek beschreven.	6	6
2.De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven. (PICO, setting)	6	5
3.De populatie (patiënten/algemene bevolking) waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek beschreven.	6	5

Domein 2: betrokkenheid van belanghebbenden		
4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld komen uit alle relevante beroepsgroepen.	4	4
5. Het perspectief en de voorkeuren van de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking), zijn nagegaan.	3	3
6. De beoogde gebruikers van de richtlijn zijn duidelijk benoemd.	7	7
Domein 3: methodologie		
7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal	2	2
8. De (in- en exclusie-) criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn duidelijk beschreven	1	1
9. De sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.	3	3
10. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen, zijn duidelijk beschreven. (vb. consensus, delphi)	5	4
11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen	7	7
12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal	6	6
13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld. (externe referenten beoordeelden)	5	4
14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.	4	3
Domein 4: helderheid en presentatie		
15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig (doel, populatie, aanbevolen actie beschreven)	6	6
16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.	4	4
17. De kernaanbevelingen zijn gemakkelijk te herkennen.	6	6
Domein 5: toepassing		
18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn	4	3
19. De richtlijn geeft advies en hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk. (samenvatting, checklst, pilot test, ..)	5	5
20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.	1	1
21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.	1	1
Domein 6: onafhankelijkheid van de opstellers		
22. De opvattingen van de financierende instantie hebben geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.	7	7
23. Conflicterende belangen van leden van de richtlijnwerkgroep zijn vastgelegd en besproken.	3	3
Algemeen oordeel		

Algemene kwaliteit van de richtlijn	5	4
Ik zou de richtlijn aanbevelen voor gebruik (ja, ja met aanpassingen of nee)	Ja	Ja

Bijlage 3: Goedkeuring ethisch comité

Voor deze studie was geen toetsing bij de ethische commissie van toepassing.

Guidance voor het aanbevelen van anticonceptie voor vrouwen in de huisartsgeneeskunde: een scoping review

Dossiernr.:	MP033496
Masterproef:	Masterproef I HAIO; 2022-2026
Faculteit/opleiding:	Faculteit Geneeskunde - Master in de huisartsgeneeskunde
Studiefase:	eerste fase
Academiejaar:	2024-2025
Korte omschrijving / abstract:	In de eerste maanden als HAIO merken we dat het moeilijk is om een overzicht te krijgen in het landschap van de anticonceptie. We zochten naar een soort beslishulp om geen contra-indicaties te missen en om eventueel samen met de patiënt te overlopen, maar deze ontbreken momenteel in het huisartsenlandschap. Iedere huisarts maakt de keuze over anticonceptie samen met de patiënt maar gebaseerd op een soort buikgevoel. Dat buikgevoel en deze ervaring ontbreekt bij de HAIO's en soms ook bij zeer ervaren huisartsen. Daarom willen we een scoping review schrijven die ons antwoord kan geven op volgende vraag: "Wat is het huidige bewijslandschap met betrekking tot het voorschrijven van anticonceptie voor vrouwen, rekening houdend met patiëntgerelateerde factoren en hun normen en waarden."
Gewenste taal van communicatie:	nl
Promotor:	Professor Geert Goderis (u0047213)
Organisatie:	KU Leuven
Dienst:	Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
Discipline:	Masterproef
Extra groepsleden:	Febe Bijnens febe.bijnens@student.kuleuven.be r0839139 Myrthe Carlisi myrthe.carlisi@student.kuleuven.be r0854212

De verstrekte informatie toont aan dat het onderzoek in het kader van de masterproef een zuivere literatuurstudie betreft en dat er op geen enkele wijze gebruik wordt gemaakt van proefdieren, proefpersonen of menselijk lichaamsmateriaal.

Dit type onderzoek vereist geen goedkeuring van een gemachtigde commissie voor medische ethiek.

Onder voorbehoud van de volledigheid en correctheid van de door u verstrekte gegevens, krijgt u hierbij het akkoord om het onderzoek in het kader van de masterproef te starten. Deze mail dient als bewijs van goedkeuring mocht u uw onderzoek wensen te publiceren.

Wij willen u erop attent maken dat u zelf verantwoordelijk blijft voor uw onderzoek. Bovendien doet elke wijziging aan de door u verstrekte gegevens omtrent de onderzoeksopzet deze goedkeuring vervallen. U dient in dat geval een amendement te maken aan uw huidig dossier.

9. Persoonlijke inbreng

Reflectie Febe Bijnens

Voor deze masterpaper werkte ik samen met een andere huisarts in opleiding die ik zelf goed ken. Dit bevorderde de samenwerking aanzienlijk en zorgde dat het een vlot proces werd. Beiden stootten we tijdens de start van onze opleiding op de moeilijke keuze van anticonceptie bij jonge vrouwen en vooral het ontbreken aan een duidelijk kader om de beslissing te helpen maken. Omdat dit onderwerp ons beiden erg boeide, besloten we het als onderwerp voor te stellen.

Om te beginnen werd er simultaan met de promotor en de andere onderzoeker een onderzoeksvraag opgesteld. Dit gebeurde in een online meeting zodat we allen op dezelfde lijn begonnen. Initieel werd geopteerd voor een scoping review, gevolgd door een Delphi procedure. Na mijn opzoekwerk rond de Delphi procedure en het samen uitstippelen van de vermoedelijke planning en timing werd duidelijk dat dit een lang en uitgebreid proces zou worden. In samenspraak met de promotor werd ervoor gekozen om een grondige scoping review zonder Delphi procedure te verkiezen.

We gingen verder met het individueel uitwerken van zoektermen. Omdat we hier beiden wat op vast liepen, besloten we uiteindelijk om hierover een namiddag bijeen te komen en zo de zoektermen voor de verschillende databases samen op te stellen. Dit liep goed omdat we elk goed voorbereid waren en vlot konden samenwerken hieraan door even gezamenlijk te doorlopen en bespreken. Deze zoektermen overlegden we met de promotor, die nog enkele toevoegingen deed.

Nadat we beiden een voorbereidende infosessie van de bronnenmanager Rayyan volgden, includeerde ik de artikels die uit de zoekresultaten kwamen in Rayyan. Vervolgens gingen we beiden afzonderlijk verder met het in- of excluderen van de artikels op basis van abstract, titel en type onderzoek. Geregeld stelden we een deadline op om conflicterende artikels samen te bekijken en te bespreken. Ik ondervond hier af en toe moeilijkheden bij het vaststellen van precieze uitkomstmaten. Dit losten we samen op door onze onderzoeksvragen en PCC (Populatie, Concept, Context) nog meer te specifiëren en te verduidelijken en hier dan steeds naar terug te grijpen bij twijfel.

Vervolgens werd een uitgebreidere screening van de artikels gedaan. Ook dit gebeurde steeds afzonderlijk van elkaar. Hierna legden we een deadline vast om conflicten te overleggen. Doordat we een goed contact hebben met elkaar, konden we geregeld laagdrempelig kortsluiten met elkaar, dit liep dan ook goed. Moeilijk hierbij vond ik dat we als HAIO beiden een andere planning hebben buiten de masterproef om en dat het combineren van de masterproef met de stage niet altijd even vlot liep. Daardoor zat de timing soms niet op gelijke lijn waardoor deadlines soms opschoven.

Het schrijfproces zelf liep goed. Door samen in een Google Drive te werken, ontstond er vlot een doorlopende tekst. Ook hierbij konden we geregeld kortsluiten met elkaar rond enkele moeilijkheden. We waakten er steeds over dat Myrthe zorgde dat de opmaak en inhoudstafel goed was en bleef, terwijl ik mij over de bronvermelding ontfermde.

Waar ik het moeilijk vond om van de verzamelde informatie tot een flowchart te komen, had Myrthe dit gelukkig al snel in haar hoofd en hielp ik met de opmaak ervan. Het resulteerde in een flowchart die al een goed bruikbaar voorbeeld en een goede aanzet is voor het opstellen van een decision aid

voor keuze van anticonceptie. Hierdoor worden dan hopelijk minder contra-indicaties gemist en kan er uit het brede aanbod aan anticonceptie bij vrouwen een goede keuze gemaakt worden.

Het gebruik van AI bleef redelijk beperkt in deze thesis, mede omdat ik dit niet gewoon ben uit voorgaande eindwerken en ik het in het dagdagelijks leven nog weinig gebruik. Af en toe gebruikte ik Microscoft Copilot om mij te helpen iets op een andere manier neer te schrijven. Ook om mij op weg te zetten met het detecteren van bias in ons onderzoek, zocht ik eerst naar mogelijke vormen van bias, meer specifiek in een scoping review. Dit antwoord gebruikte ik om zelf op zoek te gaan naar bias in ons onderzoek waarna ik dit zelf kon uitdiepen. Op inhoudelijk vlak gebruikte ik geen artificiële intelligentie.

Algemeen vond ik de samenwerking met de andere HAIO en met de promotor zeer vlot. Bij vragen overlegden we als HAIO's eerst onderling en mailden we bij twijfel laagdrempelig naar de promotor. Bij uitgebreidere moeilijkheden legden we een online meeting met de promotor vast. Tussenin organiseerden we verschillende meetings om steeds tijdig te overleggen. Het moeilijkste aan het masterproefproces was voor mij het combineren van het onderzoek met het dagelijkse werk in de praktijk alsook de andere opleidingstaken, terwijl ik toch probeerde aandacht te hebben voor mijn work-life balance. Anderzijds vond ik het selecteren van goede bronnen en het extraheren van relevante informatie een intensief proces. Hierbij geraakte ik soms het overzicht kwijt in de vele details. Het hielp om dan nog eens samen te zitten met de andere HAIO en samen terug te koppelen naar de onderzoeksvraag of PCC.

Reflectie Myrthe Carlisi

Op deze gezamenlijk geschreven masterthesis kijk ik met een zeer positief en met een aangenaam gevoel terug. Zowel de samenwerking met de andere HAIO Febe, als met de promotor verliep zeer vlot. De andere HAIO en ik waren beiden geïnteresseerd in het onderwerp omtrent anticonceptie in de eerstelijnsgeneeskunde en gingen samen op zoek naar moeilijkheden in de dagdagelijkse praktijkvoering. We stootten beiden op het feit dat er vanuit de literatuur zeer veel informatie is, maar deze eigenlijk niet vlot of overzichtelijk tijdens een consultatie in de huisartsenpraktijk geïntegreerd kan worden. Zo kwamen we samen tot het idee dat een beslishulp een zeer nuttig hulpmiddel zou zijn en we ons hierop wouden toeleggen. We toetsten beiden dit idee in de opleidingspraktijk waar we op dat moment onze HAIO-opleiding deden en ons idee werd door de artsen zeer warm onthaald, ook zij stootten op hetzelfde probleem als wij ervaren hadden. Vervolgens legden we dit idee tijdens onze eerste online meeting voor aan onze promotor, professor dokter Goderis, en zo ontstond het concept om een scoping review gevolgd door Delphi procedure uit te voeren. Echter na de eerste stappen te zetten, werd al snel duidelijk dat de Delphi procedure te verspreid in tijd zou zijn en opteerden we om deze Delphi procedure weg te laten. We focusten ons op de scoping review en het verzamelen van alle literatuur, inclusief de grijze literatuur.

Vervolgens gingen we aan de slag met de zoektermen voor de verschillende databanken. Echter verloren we hierbij het overzicht en waren we beiden even de kluts kwijt. Door het nauwe contact dat ik met de andere HAIO heb, konden we zeer snel kortsluiten waar het misliep en hoe we dit konden oplossen. We zijn vervolgens samen aan de slag gegaan met het ontwikkelen van onze zoektermen op de verschillende databanken. Ook de promotor was zeer laagdrempelig te contacteren en dit maakte het proces zeer aangenaam om samen problemen vlot te verhelpen.

Wanneer onze onduidelijkheden of vragen te uitgebreid voor mail waren, legden we een online meeting vast met de promotor om zo gezamenlijk naar een oplossing te zoeken.

Meermaals doorheen het proces spraken Febe en ik af, zowel fysiek als via videomeeting om zo planningen, deadlines en verwachtingen samen af te stemmen. Aangezien we beide twee verschillende werk- en stageschema's hadden, was dit niet altijd evident. Maar we probeerden steeds rekening te houden met ieders werkuren en privéplannen.

De promotor adviseerde ons om Rayyan te gebruiken voor de screening van de artikels. Echter kenden zowel Febe als ik dit programma niet. We volgden ieder een online infosessie over het gebruik van het programma en gingen vervolgens geblindeerd aan de slag. De eerste screening gebeurde op basis van abstract, titel en type onderzoek. Aangezien dit blind gebeurde, kwamen hier wel eens conflicterende artikels uit. Deze bespraken we steeds onderling tijdens een fysieke meeting en keken samen terug op onze onderzoeksvragen en PCC om te zien als we deze artikels zouden includeren of excluderen. Ook de AGREE-tool voerden we blind uit en combineerden we onze uitkomsten tijdens een fysieke meeting.

Uiteindelijk trachtten we van de overgebleven artikels een doorlopende tekst te schrijven. Dit gebeurde in Google Drive, zodat we steeds transparant konden zien wie welke alinea's of aanpassingen maakte. We schreven beiden aan de stukken tekst en vulden enkele onderdelen of aspecten aan. Zowel grammaticaal als inhoudelijk probeerden we kritisch te zijn tegenover elkaar. Persoonlijk vind ik kritisch denken over de hiaten en soorten bias in een onderzoek of paper nog altijd moeilijk, hierin vulde Febe mij dan ook zeer goed aan. We probeerden steeds zoveel mogelijk gemeenschappelijk te schrijven. Enkel twee praktische aspecten splitsten we op; ik probeerde steeds de opmaak en indeling van het document proper en overzichtelijk te houden, terwijl Febe zich toespitste op de correcte bronvermelding. Uiteindelijk beslisten we om de flowchart (die we dus initieel wouden creëren) wel toe te voegen aan onze proef om zo een eerste aanzet te geven voor verdere ontwikkeling en uitwerking. Ik had al snel een duidelijk beeld van de flowchart in mijn hoofd. Deze werd initieel eerst geschetst op papier en Febe hielp dan weer om via Canva de beslishulp in een mooie opmaak te krijgen die aantrekt om de flowchart in de praktijk te gebruiken.

Finaal kijk ik zeer positief terug op de masterproef. Ik ben aangenaam verrast dat we uiteindelijk toch een eerste proefversie van de flowchart hebben kunnen opstellen. Ik ga dan ook zelf deze beslishulp proberen toe te passen en gebruiken in de huisartsenpraktijk. De samenwerking met alle actoren verliep zeer vlot. Het feit dat de andere HAIO Febe en ik elkaar persoonlijk zeer goed kennen, zorgde voor een zeer transparante en vlotte communicatie . We durfden kritisch te zijn over ons werk en dit ook naar elkaar uit te spreken. We spraken geregeld deadlines en meetings af, zodat we problemen steeds konden kortsluiten. Wanneer we op obstakels botsten, hielpen we elkaar naar oplossingen zoeken.