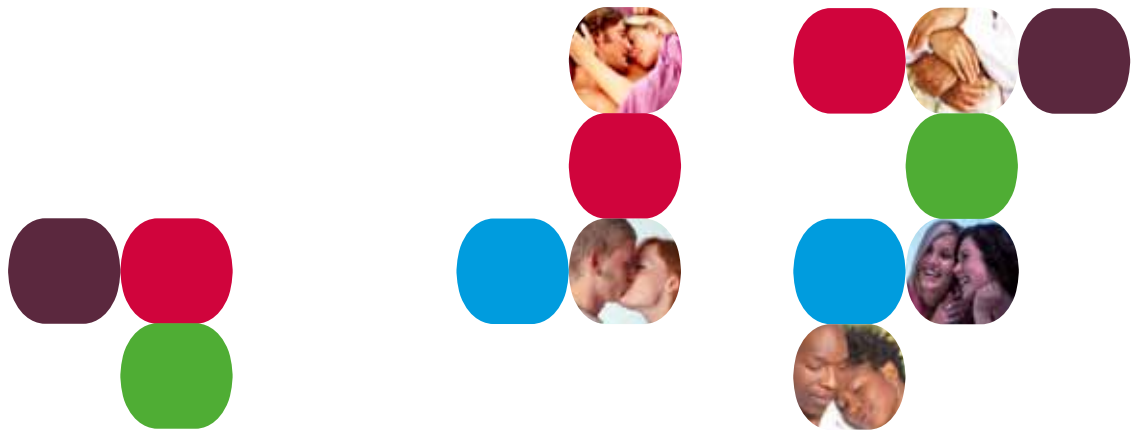


Feiten en cijfers: anticonceptie

November 2010



SENSOA
PRAAT OVER SEKS

www.sensoa.be // 03 238 68 68
Kipdorpvest 48a 2000 Antwerpen

Inhoudstafel

WAT IS ANTICONCEPTIE?	3
ANTICONCEPTIE: EEN EEUWENOUDE KWESTIE	3
DE WERKING VAN ANTICONCEPTIEMIDDELEN	3
BETROUWBAARHEID	4
NEVENWERKINGEN EN TEGENINDICATIES	6
NOODANTICONCEPTIE OF POST-COÏTALE CONTRACEPTIE	7
ANTICONCEPTIEGEBRUIK IN BELGIË	8
ANTICONCEPTIE VOOR DE MAN	10
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	11

Dit document maakt u wegwijs in een aantal technische basisaspecten van anticonceptie. U vindt er algemene informatie over de werking, betrouwbaarheid en nevenwerkingen van de verschillende anticonceptiemiddelen en noodanticonceptiemiddelen. Ook de beschikbaarheid en het gebruik van anticonceptie in België wordt besproken. Aan het eind komt ook anticonceptie voor de man even aan bod.

Een uitgebreid overzicht van de verschillende anticonceptiemiddelen en hun specifieke werking, vindt u in de rubriek geboorteregeling op www.sensoa.be

Met dank aan dokter Lieve Peremans (Domus Medica), dokter Hilde Elebaut (Kollektief Antikonceptie) en dokter Jozefien De Rooze voor de inhoudelijke feedback.

WAT IS ANTICONCEPTIE?

Anticonceptie is een verzamelnaam voor alle middelen en methoden die tot doel hebben de bevruchting van een eikel door een zaadcel, dan wel de innesteling van de bevruchte eikel, te voorkomen (Beerhuizen, 2004). Anticonceptie is erop gericht om heteroseksuele activiteiten te kunnen beleven zonder angst voor ongeplande zwangerschap (van Dalen e.a., 2004).

ANTICONCEPTIE: EEN EEUWENOUD KWESTIE

Anticonceptie bestaat al lang. Men zoekt al eeuwenlang naar middelen en methoden om het aantal kinderen te beperken. Het oudste 'recept' om een zwangerschap te voorkomen, werd teruggevonden op een Egyptische papyrusrol omstreeks 1500 vóór Christus. In de loop van de volgende eeuwen werden heel wat drankjes en brouwsels van zaaddodende middelen gebruikt om een zwangerschap te voorkomen. Verder werd ook gebruikgemaakt van beschermende hoesjes die over de penis werden getrokken, van uitgedroogde halve citroenen en opgerolde en met draad omwonden stukken papier die in de baarmoederholte werden ingebracht. De massaproductie van rubberen condooms startte in 1844.

De ontdekking van de ovulatieremmende werking van een combinatie van hormonen zorgde voor een grote doorbraak in de ontwikkeling van betrouwbare anticonceptie. De pil kwam in België in 1961 op de markt en zorgde voor een revolutie. Dankzij de pil kon seksueel contact losgekoppeld worden van zwangerschap. Sindsdien is het aanbod van anticonceptiemiddelen sterk toegenomen. Ook de beschikbaarheid, veiligheid en betrouwbaarheid van de verschillende middelen is intussen verbeterd.

Anticonceptie vormt een wezenlijk onderdeel van de heteroseksualiteit. De toegang tot en het gebruik van anticonceptie zijn opgenomen als één van de 12 rechten in het charter van de International Planned Parenthood Federation (IPPF).<1>

DE WERKING VAN ANTICONCEPTIEMIDDELEN

De verschillende anticonceptiemiddelen en -methoden worden gegroepeerd volgens hun specifieke werking.<2> Men onderscheidt vier grote categorieën:

1. **Barrièremiddelen en -methoden (tijdelijke of definitieve)** verhinderen dat zaadcellen tot bij de eikel geraken tijdens het seksuele contact. Voorbeelden zijn het mannencondoom, het vrouwencondoom en het pessarium (diafragma). Sterilisatie is een definitieve barrièremethode.
2. **Hormonale anticonceptie** beïnvloedt de natuurlijke werking van de vrouwelijke geslachtshormonen. Zulke middelen bevatten kunstmatige hormonen die

ervoor zorgen dat er geen bevruchting kan plaatsvinden. Sommige middelen bevatten zowel progestageen als oestrogeen, andere alleen progestageen. Anticonceptiemiddelen die oestrogeen én progestageen bevatten worden combinatiepreparaten genoemd. Tot deze groep behoren de combinatiepil, de vaginale ring en de anticonceptiepleister. Deze combinatiemiddelen worden op hun beurt nog verder ingedeeld op basis van drie factoren: de hoeveelheid en het soort oestrogeen (1), het soort progestageen (2) en de fasering (3). Bij één-fase-pillen bevat elke pil in de strip eenzelfde dosis hormo(n)en. Bij meer-fase-pillen is verschild de dosering van de pillen. Pillen voor de eerste week bevatten een andere dosis hormonen dan de pillen voor de laatste week bijvoorbeeld.

Anticonceptiemiddelen die maar één hormoon (progestageen) bevatten worden POP of progestageenalleen-preparaten genoemd. Tot de POP's behoren de prikpil, de minipil, het hormonale implantaat en het hormonale spiraal.

Progestagenen zorgen dat de baarmoeder zich niet klaar maakt voor een zwangerschap door in te werken op het baarmoederslijmvlies en de slijmprop. Oestrogenen verhinderen de eisprong. Ze zorgen voor een kunstmatige cyclus en voorkomen doorbraak -en dervingsbloedingen.

3. **Intra-uteriene anticonceptie.** Het spiraal (of intra-uterine device – IUD) is een klein voorwerp dat in de baarmoeder (uterus) wordt ingebracht. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen koperspiralen en het hormonale spiraal. Het koperspiraal beïnvloedt onder meer de beweeglijkheid van de zaadcellen waardoor deze niet tot bij eikel komen. Er zijn verschillende types van het koperspiraal op de markt. Het hormonale spiraal werkt vooral in op het baarmoederslijmvlies waardoor bevruchting en innesteling onmogelijk wordt.
4. **Natuurlijke methoden** zijn gebaseerd op onthouding van geslachtsgemeenschap tijdens de vruchtbare dagen in de cyclus van de vrouw. Tot deze categorie behoren de standaard-dagen-methode, de Billingsmethode, de temperatuurmethode, de kalendermethode en Natural Family Planning.

Welk middel of welke methode gebruikt wordt, is een keuze die de vrouw en haar partner in samenspraak met de arts moeten maken. Bij die keuze spelen verschillende factoren een rol: de eigen gezondheid, leeftijd, gebruiksvriendelijkheid, kostprijs, de gewenste betrouwbaarheid, levensstijl, frequentie seksuele contacten, persoonlijke wensen, nevenwerkingen, kindwens, bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (soa)... Het ideale anticonceptiemiddel

of de ideale methode bestaat helaas niet. Men moet dus altijd toegevingen doen bij de keuze van een middel of methode. Hierdoor hebben vele vrouwen een ambivalente houding ten aanzien van het gekozen middel (van Dalen, e.a., 2004). Bij de keuze is het belangrijk om de voor- en nadelen van een middel of methode tegen elkaar af te wegen en stil te staan bij de persoonlijke behoeften.

BETROUWBAARHEID

Alle anticonceptiemiddelen die in België verkrijgbaar zijn, zijn betrouwbaar. Sommige hebben een hogere betrouwbaarheidsgraad dan andere, maar helaas is **geen enkel voorbehoedmiddel 100% betrouwbaar**. Bovendien wordt de betrouwbaarheid van verschillende middelen in grote mate bepaald door de **mate waarin het middel correct en consistent gebruikt** wordt. Correct en consistent gebruik van anticonceptie is dan ook een belangrijke determinant van ongeplande zwangerschap. Dit wil zeggen dat de onzorgvuldige toepassing van de gekozen methode de oorzaak is van veel ongeplande zwangerschappen. De Cocon-studie in Frankrijk (2000) toonde aan dat een derde van de ongeplande zwangerschappen het gevolg was van het niet gebruiken van anticonceptie en bijna de helft (46%) van foutief gebruik van anticonceptie (Goulard e.a., 2006).

De betrouwbaarheid of effectiviteit van de verschillende middelen en methodes wordt uitgedrukt met de **pearl-index**. Deze index geeft per middel en methode aan hoeveel zwangerschappen er ontstaan als 100 vrouwen een jaar lang dat middel gebruiken of die methode toepassen. Bijvoorbeeld: een pearl-index van 3 voor een anticonceptiemiddel betekent dat van de 100 vrouwen die een jaar lang dat middel gebruiken, er toch 3 zwanger zullen zijn. De index kan dus ook gelezen worden als het percentage vrouwen dat jaarlijks zwanger bij gebruik of toepassing van een middel of methode.

De pearl-index is een optelling van de theoretische pearl-index en de praktijkindex. De theoretische index geeft aan hoeveel zwangerschappen er ontstaan ondanks het correct toepassen van de methode bij elk seksueel contact. De praktijkindex geeft het aantal zwangerschappen aan die het gevolg zijn van incorrect gebruik van het middel of de methode. De praktijkindex geeft dus het cijfer aan dat in de praktijk wordt bereikt. Logischerwijs ligt deze index hoger bij middelen en methoden waarbij de gebruik(st)ers invloed hebben op de betrouwbaarheid van de ervan (hormonale anticonceptie, barrièremethoden en natuurlijke methoden).

Onderzoeksgegevens over de betrouwbaarheid van de verschillende anticonceptiemiddelen en -methodes lopen vaak sterk uiteen. Een belangrijke verklaring hiervoor ligt in de verschillen tussen de studiepopulaties. Zo spelen culturele verschillen een grote rol, maar ook ver-

schillen in motivatie, fysiologie, de mate waarin nevenwerkingen worden aanvaard, de frequentie van seksuele contacten, de kwaliteit van de counseling, ervaring met anticonceptie, kinderwens... zijn van invloed op de betrouwbaarheidscijfers.

Pearl-indexen moeten dus steeds met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden. Het zijn **geen absolute waarheden** maar ze geven wel een **indicatie** van de effectiviteit van een anticonceptiemiddel. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de indexen per anticonceptiemiddel.

Tabel 1: overzicht pearl-indexen na 1 jaar gebruik<4>

	Aantal vrouwen op 100 dat zwanger werd na eerste jaar gebruik	
	Bij correct en consistent gebruik	Bij normaal gebruik
Hormonale middelen		
Combinatiepil	0.1- 0.2	3*
Anticonceptiepleister (Evra®)	0.7**	0.9**
Vaginale ring (Nuvaring®)	0.4	0.65
Hormonaal implantaat (Implanon®)	0	0.07
Prikpil	0	1
Minipil (Microlut®)	0.3	4
Minipil (Cerazette®)	0.7	1.1
Hormonaal spiraal (Mirena®)	0	0.6
Intra-uteriene anticonceptie		
Koperspiraal	0.1-0.3	0.8-1.5
Barrièremiddelen		
Mannencondoom	2	15
Vrouwencondoom	5	15
Pessarium	6	20
Zaaddodende middelen alleen	4	25
Sterilisatie man	0	0.1
Sterilisatie vrouw	0	0.5
Natuurlijke methoden<5>		
Persona	6	4-8
Temperatuurmethode	1	2.5-7
Billingsmethode	1.2	15.5
Natural Family Planning	0.4	2-3***
Standaard-dagen-methode	4.7	11.7
Coïtus interruptus	4	19
Geen anticonceptie, jonge vrouw	80-90	

Legende

* Dit aantal neemt aanzienlijk af na het eerste jaar gebruik.

** Bron: Janssen-Cilag International NV. Evra transdermal patch. Summary of Product Characteristics - <http://www.janssen-cilag.co.uk/product/pdf/spc00121.pdf>

*** Bron: The European Natural Family Planning Study Groups (1999). European multicenter study of natural family planning (1989-1995): efficacy and drop-out. *Advances in Contraception*, 15, 69-83.

NEVENWERKINGEN EN TEGENINDICATIES

De keuze voor een middel of methode wordt mede bepaald door de mate waarin het effecten heeft op de gezondheid en de mate waarin er hinderlijke nevenwerkingen optreden. Ook het correct gebruik wordt daar mee door bepaald. Zo blijkt dat het onderbreken van het pilgebruik in 20% van de gevallen te wijten is aan hinderlijke nevenwerkingen (WVH, 2002).

Ook de media spelen een belangrijke rol. Negatieve berichten of onderzoeksresultaten over de nevenwerkingen van anticonceptiemiddelen hebben een grote invloed op het gebruik van die middelen. Zo leidden berichten over een verhoogd trombose-risico bij pilgebruik in Nederland tot een forse afname van het pilgebruik en een stijging van de abortuscijfers (Van Lunsen, 2004). De tijd dat men geloofde dat anticonceptie onvruchtbaarheid veroorzaakt, is gelukkig voorbij. Toch leven nog heel wat vragen en misverstanden over mogelijke bijwerkingen en risico's van anticonceptie.

Over sommige risico's is er eenduidigheid binnen de medische wereld, over andere (nog) niet.

HORMONALE ANTICONCEPTIE EN KANKER

Eén van de voordelen van hormonale anticonceptie is dat ze beschermen tegen kwaadaardige gezwellen aan de eierstok (**ovariumcarcinoom**). Het beschermende effect stijgt evenredig met de duur van het gebruik en blijft na stopzetting minstens tien jaar behouden. Het gebruik van hormonale anticonceptie zorgt ook voor een daling van het risico op **baarmoederkanker** (Guillebaud, 2004; Verougstraete, 2003; WVH, 2002).

Hiertegenover staat een lichte verhoogde kans op baarmoederhalskanker bij gebruiksters van hormonale anticonceptie. Het is nog niet helemaal duidelijk welke rol hormonale anticonceptie hierin speelt. Men weet namelijk niet of het de pil zelf is of het niet-gebruiken van een condoom (en dus een verhoogd risico op soa's) dat zorgt voor een verhoogde kans op baarmoederhalskanker.

De studies met betrekking tot de relatie tussen hormonale anticonceptie en **borstkanker** blijven controversieel. Sommige studies wijzen op een licht verhoogd risico op borstkanker bij gebruiksters van hormonale anticonceptie. Dit risico zou toenemen als men op jonge leeftijd start (WVH, 2002).

HORMONALE ANTICONCEPTIE EN CARDIOVASCULAIRE AANDOENINGEN (TROMBOSE EN HARTINFARCT)

In 1995 ontstond er opschudding nadat drie onafhankelijke studies erop gewezen hadden dat het risico op veneuze trombo-embolie bij het gebruik van hormonale anticonceptie met progestagenen van de derde genera-

tie dubbel zo groot was in vergelijking met het gebruik van hormonale anticonceptie met progestagenen van de tweede generatie. Het Britse Committee on Safety of Medicines stuurde alle artsen in Engeland een brief om ze te wijzen op de gevaren van pillen met progestagenen van de derde generatie. Het gevolg was dat vele vrouwen stopten met de pil en het aantal ongeplande zwangerschappen sterk steeg.

Dit zorgde lange tijd voor controverse binnen de medische en farmaceutische wereld. Uiteindelijk besluit de literatuur dat het risico op veneuze trombo-embolie bij hormonale anticonceptie van de derde generatie inderdaad groter is, maar dat het risico zeer klein blijft (Jick, 2000). Vooral overgewicht, hoge bloeddruk, erfelijke factoren en roken verhogen het risico. Het gebruik van hormonale anticonceptie gaat gepaard met een verhoogd risico op hersentrombo-embolie. Risicofactoren zijn hoge bloeddruk, roken en bepaalde vormen van migraine.

Niet alle anticonceptiemiddelen zijn voor iedereen geschikt. De Wereldgezondheidsorganisatie stelde in dit verband criteria op (WHO, 2010). Deze criteria geven aan in welke situaties bepaalde anticonceptiemiddelen niet mogen worden voorgeschreven of moeten worden gestopt (klasse 4) en in welke situaties ze uitsluitend mogen worden voorgeschreven als geen enkele andere methode kan worden gebruikt (klasse 3). Klasse 2 geeft de situaties aan waarin het voordeel van het gebruik meestal belangrijker is dan de theoretische of bewezen risico's. Met betrekking tot hormonale combinatiepreparaten zijn **roken en verhoogde bloeddruk** belangrijke risicofactoren. Vrouwen die een verhoogde bloeddruk hebben en/of roken, hebben sowieso een verhoogd risico op een hartinfarct. Als ze hormonale anticonceptie gebruiken, is dit risico nog hoger. Vrouwen vanaf 35 jaar die meer dan 15 sigaretten per dag roken, mogen de combinatiepil/pleister/ring/implantaat niet gebruiken (klasse 4). Het gebruik van deze middelen wordt afgeraden bij vrouwen vanaf 35 jaar die minder dan 15 sigaretten per dag roken en bij vrouwen die deze in combinatie met bloeddrukverlagende medicatie nemen (klasse 3) (WHO, 2010).

HORMONALE ANTICONCEPTIE EN GEWICHT

Hormonen kunnen ervoor zorgen dat het lichaamsvocht wordt vastgehouden (**vochtretentie**), wat leidt tot gewichtstoename. Deze vochtretentie verdwijnt doorgaans na enkele maanden (Beerhuizen, 2003). Het is tegenwoordig **zeldzaam dat patiënten verdikken** van hormonale combinatiemiddelen. Allerlei onderzoeken hebben uitgewezen dat verdikken door de pil geen regel is maar eerder een uitzondering (Verougstraete en Pyck, 2002). Indien de vochtretentie aanhoudt, dient men over te schakelen naar een middel met een andere hormonen-samenstelling.

HORMONALE ANTICONCEPTIE EN LIBIDO

Onderzoek naar de seksuele beleving van gebruiksters van hormonale anticonceptie is vaak tegenstrijdig. Sommige onderzoeken wijzen erop dat hormonale anticonceptie een rechtstreeks invloed heeft op het libido, bij andere ontbreekt het bewijs voor een rechtstreeks verband. Ook de verklaringen voor een mogelijk verband zijn niet eenduidig.

Onderzoek toont wel aan dat sommige vrouwen een verminderd libido linken aan het gebruik van hormonale anticonceptie en hierdoor ook stoppen of veranderen van middel (Sanders, 2001; van Dalen e.a., 2004). De effecten van de pil op het seksuele functioneren zouden één van de belangrijke oorzaken zijn van een gebrekkige therapietrouw (van Dalen, 2004). Andere vrouwen rapporteren dan weer een grotere tevredenheid op seksueel gebied wanneer ze na gebruik van andere anticonceptiemiddelen overschakelen op de pil, omdat ze zich met de pil beter beschermd voelen tegen een zwangerschap.

Er bestaat dus geen afdoend wetenschappelijk bewijs voor een rechtstreeks verband tussen een verminderd libido en het gebruik van hormonale anticonceptie. Een hypothese is dat hormonale anticonceptie effect kan hebben op de biologische beschikbaarheid van testosteron, die mede bepalend is voor het libido (van Dalen e.a., 2004). Het verminderde libido kan ook te maken hebben met relationele en/of seksuele omstandigheden. Zo blijkt dat vrouwen met een negatieve seksuele beleving sneller stoppen met de pil bij ervaren bijwerkingen dan vrouwen die een positief oordeel hebben over de kwaliteit van hun seksleven (van Dalen e.a., 2004). Indien er libidoproblemen zijn, kan er overgeschakeld worden op een middel met een andere hormonenstelling.

NOODANTICONCEPTIE OF POST-COÏTALE CONTRACEPTIE

Noodanticonceptie is een verzamelnaam voor de middelen die tot doel hebben de kans op een zwangerschap te verkleinen na een onbeschermd seksueel contact of als een anticonceptiemiddel of -methode gefaald heeft. Deze middelen blokkeren of stellen de eisprong uit en/of zorgen voor veranderingen in het baarmoederslijmvlies. De bestaande middelen kunnen we onderverdelen in hormonale noodanticonceptie en intra-uteriene noodanticonceptie.

De noodpil is een vorm van **hormonale noodanticonceptie**. In België zijn er twee soorten noodpillen verkrijgbaar die onderling vooral verschillen in werkingduur. Er is de 'klassieke' noodpil met het hormoon levonorgestrel die binnen de 72 uur (3 dagen) na het risicocontact moet ingenomen worden. En er is de 'nieuwe' noodpil met het hormoon ulipristalacetaat die tot 5 dagen na het risicocontact ingenomen kan worden. Voor beide noodpillen geldt wel dat hoe sneller ze ingenomen worden, hoe effectiever ze zijn. De klassieke noodpil voorkomt 95% van de te verwachten zwangerschappen indien ze binnen de 24 uur na het onbeschermd contact ingenomen wordt. Inname na 48 uur voorkomt 58% van de te verwachten zwangerschappen (WHO, 1998). Na 72 uur is de nieuwe noodpil effectiever (Glasier e.a., 2010).

De klassieke noodpil is in België sinds juni 2001 zonder doktersvoorschrift verkrijgbaar bij de apotheek. Voor de nieuwe noodpil is een doktersvoorschrift vereist. Van de klassieke noodpil zijn er verschillende merken op de markt, van de nieuwe noodpil maar één.

De twee voornaamste bijwerkingen van de hormonale noodanticonceptiemethoden zijn braken en misselijkheid. De kans op braken is bij de klassieke noodpil 1.4% tegenover 19% bij de vroeger gebruikte Yupze-methode<7>; de kans op misselijkheid is 15% bij de noodpil tegenover 50% bij de Yupze-methode. De nieuwe noodpil heeft even weinig bijwerkingen als de klassieke noodpil (Glasier e.a., 2010).

Vroeger werd de naam 'morning-after-pil' gebruikt. De noodpil en de morning-after-pil zijn hetzelfde. De naam morning-after-pil wordt nog steeds gebruikt maar is misleidend. De huidige noodpil kan immers genomen worden tot 72 of 120 uur na het onbeschermd seksuele contact en niet enkel de ochtend nadien. De term morning-after pil wordt dan ook steeds meer verlaten voor het begrip noodpil. Condoomgebruikers(sters) kunnen de noodpil best in huis hebben voor het geval er iets mis gaat met het condoom.

Belangrijk is om na inname van de noodpil gedurende de verdere cyclus een betrouwbaar anticonceptiemiddel te gebruiken. De noodpil werkt immers in op de

eisprong waardoor deze verlaat kan worden en onbeschermde seks na inname van de noodpil alsnog kan leiden tot een ongeplande zwangerschap. Bovendien is ook een soa-screening aangewezen na een onbeschermde contact met een toevallige partner.

Een andere vorm van noodanticonceptie is de intra-uteriene noodanticonceptie, meer bepaald het noodspiraaltje. Het noodspiraaltje is een koperspiraaltje dat ook als anticonceptiemiddel gebruikt wordt. Het noodspiraaltje kan tot 5 dagen na de onbeschermde coïtus geplaatst worden.<8> Deze methode is de doeltreffendste vorm van noodanticonceptie.

ANTICONCEPTIEGEBRUIK IN BELGIË

ALGEMEEN GEBRUIK

In Vlaanderen is er weinig recent grootschalig representatief onderzoek dat peilt naar het gebruik van anticonceptie. Het gebruik van anticonceptie werd wel bevraagd in de laatste Gezondheidsenquête, die van 2004. De Gezondheidsenquête is een grootschalige studie in opdracht van de federale overheid die de gezondheid van de bevolking in België wil beschrijven.<9>

Uit de Gezondheidsenquête van 2004 blijkt dat drie vierde van de seksueel actieve vrouwen (of hun partner) op reproductieve leeftijd (15-49 jaar) het afgelopen jaar een anticonceptiemethode gebruikte. Dit resultaat is vergelijkbaar met dat van de vorige Gezondheidsenquête in 2001. Het percentage vrouwen dat een anticonceptiemiddel gebruikt is de laatste jaren dus ongeveer gelijk gebleven (WIV, 2006).

Ook in andere onderzoeken vinden we vergelijkbare cijfers terug. Een onderzoek bij een representatieve steekproef van 923 Belgische vrouwen tussen de 15 en 45 jaar toonde aan dat 80% van de bevraagde vrouwen een anticonceptiemiddel gebruikte (Insites, 2004). Het onderzoek van Inra (2003) bij 514 vrouwen tussen de 15 en 45 jaar rapporteert een anticonceptiegebruik van 60%.

Het percentage vrouwen dat geen anticonceptie gebruikt in België varieert volgens deze studies dus van 20% tot 40%. De redenen voor het niet-gebruik werden niet bevraagd. Het spreekt voor zich dat een kindwens een reden is om geen anticonceptie te gebruiken, maar ook andere factoren spelen een rol. Frans onderzoek wijst op volgende factoren: een gebrekkige toegang tot of beschikbaarheid van anticonceptie, een gebrek aan of foutieve informatie over vruchtbaarheid, het niet bezig zijn met anticonceptie omwille van andere problemen en ten slotte het hebben van een fatalistische houding (Bajos, e.a., 2003). Daarnaast vormt niet elke seksuele betrekking een risico op een (ongeplande)

zwangerschap, meer bepaald orale en anale seks en wederzijdse masturbatie. Het kan dan ook zijn dat een deel van de vrouwen (of hun partner) geen anticonceptie gebruikten omdat ze geen risico liepen op zwangerschap.

Het anticonceptiegebruik in België is vergelijkbaar met dat in andere landen. Een grootschalig onderzoek in Frankrijk bij 2.800 vrouwen toonde aan dat 74% van de vrouwen tussen de 18 en 44 jaar een anticonceptiemiddel gebruikt (Bajos e.a., 2003).

TOEGANG

Behalve mannen- en vrouwencondooms zijn anticonceptiemiddelen in België enkel te verkrijgen met een doktersvoorschrift. Een arts of gynaecoloog bepaalt samen met de vrouw (en haar partner) welk anticonceptiemiddel het meest geschikt voor haar is. Twee derde van de pilvoorschriften in België worden door de huisarts afgeleverd (Peremans, L. e.a., 2002).

Anticonceptiemiddelen zijn enkel verkrijgbaar bij de apotheken, met uitzondering van het mannen- en vrouwencondoom en het pessarium. Condooms zijn verkrijgbaar op verschillende plaatsen: warenhuizen, apothekers, drogisterijen, kruideniers, uitgaansgelegenheden, tankstations, erotische shops enzovoort. Het pessarium is nog moeilijk te verkrijgen in Vlaanderen.

De kostprijs van de verschillende middelen varieert sterk. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) voorziet voor sommige anticonceptiemiddelen een tegemoetkoming van 20% in de kostprijs. Deze tegemoetkoming geldt voor iedereen die aangesloten is bij een landsbond, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of de Kas der Geneeskundige Verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.<10> Deze tegemoetkoming gebeurt enkel voor een aantal combinatiepillen. Voor alle andere anticonceptiemiddelen (spiraaltjes, ring, pleister, implantaat...) is er geen tegemoetkoming.

In mei 2004 voerde toenmalig minister van Volksgezondheid Demotte een maatregel in die voorziet in een extra tegemoetkoming voor vrouwen tot en met 20 jaar. Elke vrouw jonger dan 21 jaar krijgt bij aankoop van haar anticonceptiemiddel in de apotheek een extra korting van €3 per maand. Dit op vertoon van haar SIS-kaart. Als men de kaart niet bijheeft, geeft de apotheker een BVAC-attest. Zodra dit attest bij het ziekenfonds is ingediend, betaalt het ziekenfonds de korting terug (aan het loket of via storting). Deze tegemoetkoming komt bovenop de reeds bestaande tegemoetkoming. Hierdoor worden bepaalde pillen van de tweede generatie gratis voor vrouwen jonger dan 21 jaar (zie onderstaande tabel). Sommige ziekenfondsen bieden bovenop die tegemoetkoming door het RIZIV een bijkomende jaarlijkse terugbetaling aan voor jongeren (maximumleeftijd

varieert naargelang mutualiteit).

Sinds februari 2004 zijn er ook generische anticonceptiepillen verkrijgbaar in België. Wanneer een farmaceutisch bedrijf een nieuw geneesmiddel ontwikkelt, wordt dit voor een bepaalde periode beschermd door een patent. De producent heeft daardoor het recht om dit 'referentiegeneesmiddel' als eerste en enige op de markt te brengen. Na de beschermde periode kan een

ander farmaceutisch bedrijf dit geneesmiddel ook op de markt brengen tegen een lagere prijs. Als dit geneesmiddel evenwaardig en goedkoper is dan het oorspronkelijke, noemt men dit een 'generisch geneesmiddel'. De beschikbare generische anticonceptiepillen (van de derde generatie) zijn ongeveer 26% goedkoper dan de merkpillen.

Tabel 2: prijzen anticonceptiemiddelen (bij benadering) op 10/2010¹¹

Anticonceptiemiddel	Publieksprijs	Prijs voor jongeren¹² (< 21 jaar)	Periode
Combinatiepil	€ 5 tot € 9 (voor pillen met RIZIV-korting)	€ 0 tot € 5 (voor pillen met RIZIV-korting)	3 maanden
	€ 13 tot € 34 (voor pillen zonder RIZIV-korting)	€ 12 tot € 17 (voor pillen zonder RIZIV-korting)	
Minipil	€ 10 (voor pil met RIZIV-korting)	€ 0 tot € 12 (voor pil met RIZIV-korting)	3 maanden
	€ 26 (voor pil zonder RIZIV-korting)	€ 16 tot € 27 (voor pil zonder RIZIV-korting)	
Prikpil	€ 1,70		3 maanden
Vaginale ring	€ 38 (geen terugbetaling)	€ 30	3 maanden
Anticonceptiepleister	€ 34 (geen terugbetaling)	€ 27	3 maanden
Hormonaal spiraal	€ 140 (geen terugbetaling)	€ 107	5 tot 7 jaar
Spiraal: Gynefix®	€ 79 (geen terugbetaling)	€ 49	5 jaar
Koperspiraal	€ 30- € 40 (geen terugbetaling)	€ 0	3-5 jaar
Hormonaal implantaat	€ 144 (geen terugbetaling)	€ 115	3 jaar

ANTICONCEPTIE VOOR DE MAN

Het onderzoek naar nieuwe en efficiëntere anticonceptiemiddelen gaat steeds verder. Regelmatig horen we berichten over nieuwe veelbelovende middelen, maar vooral over anticonceptie voor mannen wordt veel geschreven. De verwachtingen zijn dan ook hooggespannen.

Sinds 1972 is men wereldwijd onder aanvoering van de Wereldgezondheidsorganisatie bezig met onderzoek naar veilige, effectieve en bruikbare anticonceptiemiddelen voor mannen (Van Lunsen, 2004:25). Bij de vrouw moet een pil de eisprong – één moment in de cyclus – onderdrukken om een zwangerschap te voorkomen; bij de man moet de productie van zaadcellen – een continu proces – onderdrukt worden. Een groot probleem bij de ontwikkeling van een anticonceptiemiddel voor mannen is het vinden van de juiste combinatie van stoffen. Die combinatie moet er niet alleen voor zorgen dat er na verloop van tijd geen zaadcellen meer in het zaadlozingsvocht zitten, maar ook dat er normale hoeveelheden testosteron in het bloed aanwezig blijven. Met progesteron heeft men geprobeerd de zaadcelproductie stop te zetten, maar in hoge dosissen onderdrukt progesteron de testosteronproductie. Te weinig testosteron zorgt voor een libidoverlies, voor gemoedsschommelingen of voor borstgroei. Een teveel aan testosteron daarentegen maakt agressief en kan leiden tot hartproblemen of prostaatkanker (Kingsland, 2004: 38; Van Lunsen, 2004: 28).

Onderzoek toont aan dat mannen met een langdurige, vaste relatie wel degelijk gemotiveerd zijn om verantwoordelijkheid voor anticonceptie op te nemen. De vraag is of mannen én vrouwen met wisselende seksuele contacten zullen vertrouwen op een anticonceptiemiddel voor mannen en of mannen deze ook effectief willen gebruiken. Een Nederlandse studie toonde aan dat 80% van de respondenten de komst van de mannenpil een goede zaak vindt, maar slechts 19% van de mannen geeft aan deze zeker te zullen gebruiken (TNS NIPO, 2004). Sommigen denken ook dat anticonceptie steeds de verantwoordelijkheid van de vrouw zal blijven. De toekomst zal dit verder moeten uitwijzen.

NOTEN

1. The IPPF Charter on sexual and reproductive rights - www.ippf.org/charter/index.htm.
2. Voor een gedetailleerde bespreking van de verschillende middelen, surf naar de rubriek geboorteregeling op www.sensoa.be.
3. Vaak worden ook de twee indexen afzonderlijk weergegeven.
4. Bron: Guillebaud, J. (2004) Contraception. Your questions answered.
5. Bron: Beerthuizen, R.J.C.M (2003) Anticonceptie op maat.
6. Progestagenen van de derde generatie: desorgestrel & gestodene; progestagenen van de tweede generatie: levonorgestrel & norgestrel.
7. Deze methode bestond uit het innemen van 2x2 anticonceptiepillen met oestrogenen. De Wereldgezondheidsorganisatie toonde in 1998 echter aan dat de levonorgestrelmethode driemaal efficiënter is dan de Yupze-methode, minder bijwerkingen veroorzaakt en geen medische contra-indicaties heeft.
8. Als de kans bestaat dat er een soa aanwezig is, wordt het noodspiraaltje niet ingebracht omwille van het risico op infecties en mogelijke onvruchtbaarheid.
9. www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index4.htm.
10. Bepaald in 'de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen'.
11. Een gedetailleerde lijst met de exacte prijzen per merk kan online geraadpleegd worden op de site van het RIZIV: www.riziv.fgov.be/citizen/nl/medical-cost/specific/contraceptions/index-care.htm
12. Met doktersvoorschrift en op vertoon van SIS-kaart.

1. GERAADPLEEGDE LITERATUUR

1. Beerthuizen, R.J.C.M. (2004). Anticonceptie op maat. Van puberteit tot overgang. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
2. Glasier, A.F., Cameron, S.T., Fine, P.M., Logan, S.J.S., Casale, W., Van Horn, J., Sogor, L., Blithe, D.L., Scherrer, B., Mathé, H., Jaspert, A., Ulmann, A., & Gainer, E. (2010). Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet*, vol. 375, 555-562.
3. Guillebaud, J. (2004). Your questions answered. Contraception. Edinburgh: Churchill Livingstone.
4. Jick, H. e.a. (2000). Risk of venous thromboembolism among users of third generation oral contraceptives compared with users of oral contraceptives with levonorgestrel before and after 1995: cohort and case-control analysis. *BMJ*, 321, 1190-1195.
5. Kingsland, J. (2004). Sperm Warfare. *New Scientist*, nr. 2429, 38-41.
6. Sanders, S. e.a. (2001). A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception*, vol. 64, nr. 1, 51-58.
7. Schwartz, J.L., Gabelnick, H.L. (2002). Current Contraceptive Research. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, nr. 6, 310-316.
8. The European Natural Family Planning Study Groups (1999). European multicenter study of natural family planning (1989-1995): efficacy and drop-out. *Advances in Contraception*, 15, 69-83.

9. TNS NIPO (2004). Vrouwen vertrouwen partner anticonceptiepil niet toe. Geraadpleegd op 16 november 2010 via www.tns-nipo.com/pages/nieuws-pers-vnipo.asp?file=persvannipo%5Canticonceptiepilo4.htm.
10. Van Dalen, L., e.a. (2004). Anticonceptie en seksuele gezondheid. In Gijs, L. e.a., Seksuologie. Houten: Bohn Staf-leu Van Loghum.
11. Van Lunsen, R. (2004). Mannen en anticonceptie, een kwestie van attitude. In Bleys R. e.a. (red), Jaarboek Seksualiteit, Relaties, Geboorteregeling 2004 (pp. 24-31). Antwerpen: Sensoa.
12. Verougstraete, A. (2003). Anticonceptie anno 2003: een update. Patient Care Gynaecologie, oktober 2003, 4-14.
13. Verougstraete, A., Pyck, D. (2003). Kroniek van de anticonceptie. In Frans E. e.a. (red), Jaarboek Seksualiteit, Relaties, Geboorteregeling 2003. Antwerpen: Sensoa.
14. Von Hertzen, H. e.a. (2002). Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. Lancet, 360, 1803-10.
15. WHO (1998). Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet, 352, 428-433.
16. WHO (2010). Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (fourth edition). Geraadpleegd op 16 november 2010 via whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf.
17. WWH (2002). Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: orale anticonceptie. Geraadpleegd op 16 november via www2.domusmedica.be/Page.aspx?id=1019#415.