

**datum**

april 2024

**projectnummer**

NLI501AA

**auteurs**

Ineke van der Vlugt

Rutgers

**copyright**

© Rutgers 2023

# Achtergrond- dossier anticonceptie

# inhoud

<b>1</b>	<b>Introductie</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Anticonceptiemiddelen</b>	<b>5</b>
2.1	Verschillende type methoden	5
2.2	Voorkeuren bij anticonceptiekeuze	6
<b>3</b>	<b>Geschiedenis van anticonceptie</b>	<b>7</b>
3.1	Condoms en natuurlijke methoden	7
3.2	Opkomst moderne anticonceptiemiddelen	7
3.3	Gezinsplanning en maatschappelijke impact	9
<b>4</b>	<b>Beoordeling methoden, betrouwbaarheid en gezondheidsrisico's</b>	<b>10</b>
4.1	Beoordeling	10
4.2	Betrouwbaarheid	10
4.3	Fysieke gezondheidsrisico's	11
4.4	Mentale gezondheidsrisico's en seksualiteit	13
<b>5</b>	<b>Toegang tot anticonceptie en kwaliteit van zorg</b>	<b>15</b>
5.1	Toegang tot informatie	15
5.2	Toegang tot anticonceptiezorg	16
5.3	Kosten van anticonceptie	17
5.4	Kwaliteit van anticonceptiezorg	18
5.5	Toegang en kwaliteit van anticonceptie in Europa en daarbuiten	19
<b>6</b>	<b>Gebruik van anticonceptie</b>	<b>20</b>
6.1	Cijfers over anticonceptiegebruik	20
6.2	Jongeren en anticonceptiegebruik	20
6.3	Ineffectief en inconsequent gebruik	20
6.4	Geen gebruik van anticonceptie	21
6.5	Tevredenheid met gekozen methode	21
6.6	Trends in anticonceptiegebruik	22
<b>7</b>	<b>Onbedoelde en ongewenste zwangerschap</b>	<b>23</b>
7.1	Definities	23
7.2	Cijfers over onbedoelde en ongewenste zwangerschap	23
7.3	Risicofactoren bij een onbedoelde zwangerschap en kwetsbare groepen	24
<b>8</b>	<b>Beleid anticonceptie en preventie onbedoelde zwangerschap</b>	<b>25</b>
8.1	Overheidsbeleid	25
8.2	Educatie en seksuele vorming	25
8.3	Campagnes	26
8.4	Anticonceptiezorg	26
8.5	Wat is effectief en wat werkt bij preventie onbedoelde zwangerschap	27

<b>9 Actuele ontwikkelingen en uitdagingen</b>	<b>28</b>
9.1 Verplichte anticonceptie	28
9.2 Gratis anticonceptie voor iedereen	29
9.3 Gedeelde verantwoordelijkheid bij anticonceptie	29
9.4 Anticonceptie voor mannen	30
9.5 Sceptis ten aanzien van hormonen en opkomst natuurlijke family planning apps	31
9.6 Innovaties in anticonceptie en andere methoden	32
<b>10 Slotwoord</b>	<b>33</b>
<b>11 Referenties</b>	<b>34</b>

# 1 Introductie

Anticonceptie is een belangrijk onderwerp binnen de reproductieve gezondheidszorg. In het Europese verdrag voor de rechten van de mens en het VN-Vrouwenverdrag staan de reproductieve rechten. Hierin is opgenomen dat goede toegang tot anticonceptie en goede informatie noodzakelijk is om zelf in vrijheid te kunnen kiezen, of, wanneer en hoeveel kinderen iemand wenst.

Dit achtergrond dossier biedt overzichtelijke informatie over de verschillende anticonceptiemethoden, de geschiedenis van anticonceptie, de toegang tot anticonceptie in Nederland en wat bekend is over de betrouwbaarheid en veiligheid van de moderne anticonceptiemethoden. Tevens geven we een actueel beeld over het gebruik, geen en inadequaar gebruik, de gevolgen zoals onbedoelde en ongewenste zwangerschap en de risicofactoren en risicogroepen. Daarnaast staan we stil bij actuele onderwerpen en ontwikkelingen zoals gedeelde verantwoordelijkheid, hormonen in anticonceptie, anticonceptie voor mannen, verplichte anticonceptie en technologische ontwikkelingen.

Dit kennisdossier is bedoeld voor iedereen die meer wil weten over de stand van zaken rondom anticonceptie en preventie van een onbedoelde of ongewenste zwangerschap in Nederland en om te lezen welke belangrijke uitdagingen er nog zijn.

## 2 Anticonceptiemiddelen

Er bestaan verschillende anticonceptiemiddelen waarmee vrouwen en mannen zich kunnen beschermen tegen een onbedoelde of ongewenste zwangerschap. Deze middelen voorkomen dat de zaadcellen bij een eikel kunnen komen waardoor bevruchting wordt tegengegaan. Of ze voorkomen dat de bevruchte eikel zich innestelt in de baarmoeder.

Naast bescherming tegen een zwangerschap kunnen de anticonceptiemiddelen ook menstruatiepijnen, menstruatieklachten of huidproblemen tegengaan. Er zijn ook methoden die beschermen tegen een soa.

De meest bekende anticonceptiemethoden in Nederland zijn het condoom en de pil.

### 2.1 Verschillende type methoden

Er zijn globaal acht type methoden te onderscheiden:

1. **Kortwerkende hormonale anticonceptie** (anticonceptiepil, de pleister, de ring en prikpil).
2. **Langwerkende hormonale anticonceptie**, deze is na plaatsing meer dan 3 jaar werkzaam (staafje/implantaat 3 jaar, hormoonspiraal 5, 6 of 8 jaar).
3. **Niet-hormonale kortwerkende anticonceptie**, vooral middelen die tijdens de seks gebruikt kunnen worden (mannencondoom, vrouwencondoom en pessarium). Alleen het vrouwen- en mannencondoom beschermen tegen een soa.
4. **Niet-hormonale langwerkende anticonceptie** (koperspiraal 5 tot 10 jaar).
5. **Definitieve anticonceptie en nauwelijks onomkeerbaar** (sterilisatie van zaadleiters van de man of eileiders van de vrouw).
6. **Terugtrekken en borstvoeding**, tijdig terugtrekken van de penis uit de vagina (voor het zingen de kerk uit) en het geven van borstvoeding na geboorte van een kind.
7. **Natuurlijke methoden**, periodieke onthouding, terugtrekken of borstvoeding. Tijdens de vruchtbare dagen heeft men geen seks of men gebruikt tijdens de vruchtbare dagen tijdens penis in vagina seks, een condoom. Om de vruchtbare dagen te meten kan men de lichaamstemperatuur opnemen, de kalendermethode toepassen of het baarmoederslijmvlies meten (Billingsmethode) of een combinatie van deze methoden gebruiken. Met behulp van technische apps of computers als Daysy, Lady-comp, Natural Cycles, Tempdrop, Sensiplan, etc. kan dit nog beter in beeld gebracht worden.
8. **Nood-anticonceptie** na onbeschermd seks (morning-after pillen (Norlevo of Ella One) of koperspiraal). (Beerthuizen, 2018)

	Duur werking		
	Kortwerkend	Langwerkend	Definitief/onomkeerbaar
<b>Hormonaal</b>	Anticonceptiepil Pleister Ring Prikpil	Hormoonspiraal Implant/staafje	
<b>Niet-hormonaal</b>	Mannencondoom	Koperspiraal	Sterilisatie vrouwen

	Vrouwencondoom Pessarium Periodieke onthouding Terugtrekken Borstvoeding		Vasectomie mannen
--	---	--	-------------------

Voor vrouwen zijn er meer dan 10 methoden beschikbaar, waarvan het merendeel hormonale anticonceptiemethoden. Deze methoden zijn er in verschillende hormonale doseringen en samenstellingen. Voor mannen zijn er slechts twee methoden, namelijk het condoom en sterilisatie.

Bij de pil wordt soms gesproken over een eerste tot vierde generatie anticonceptiepil. Dit houdt verband met het type en dosering hormonen in de periode waarin dit op de markt kwam.

- a. **Eerste generatie hormonen:** dit was de eerste pil rond de jaren 60 met een 10 keer hogere dosering hormonen dan in de huidige pillen (norethisterone en norethindrone).
- b. **Tweede generatie hormonen:** pillen met progestageen, levenorgestrel.
- c. **Derde generatie:** desogestrel, gestodene en norgestimate.
- d. **Vierde generatie:** drospierenone of andere progestageen.

## 2.2 Voorkeuren bij anticonceptiekeuze

Betrouwbaarheid c.q. goede bescherming tegen een zwangerschap, zijn belangrijke gebruikersmotieven voor anticonceptie. Ook gebruikersgemak en cyclus gerelateerde aspecten, zoals je menstruatie kunnen reguleren of menstruatieklachten of -pijn tegen kunnen gaan, worden als belangrijk gezien (Picavet, 2016). Wat belangrijk is verschilt per type gebruiker.

Gebruikers willen vaak zo min mogelijke fysieke en of psychische bijwerkingen ervaren en willen daarnaast kunnen genieten van penis in vagina seks. Sommigen vinden het ook belangrijk dat na het stoppen van anticonceptie de vruchtbaarheid direct terugkeert, de anticonceptie zodanig toepasbaar is dat het de seksuele relatie niet verstoort, en dat ze anticonceptie zelf kunnen gebruiken of toedienen zonder tussenkomst van een arts. Geen enkele methode voldoet echter aan al deze eisen. Er is dus niet één anticonceptiemethode die voor iedereen geschikt is. De gebruikers maken zelf een afweging of de nadelen en eventuele bijwerkingen, opwegen tegen de voordelen van een methode.

## 3 Geschiedenis van anticonceptie

### 3.1 Condooms en natuurlijke methoden

Voorbehoedsmiddelen bestaan al eeuwenlang. Het bekendst en oudste middel is het condoom. In de Middeleeuwen werden metalen kuisheidsgordels gebruikt om echtgenoten van ridders die ver van huis waren, te behoeden voor seksueel contact.

Tijdens de grote ontdekkingsreizen rond 1500 kwam de ziekte syfilis naar Nederland. Om mensen hiertegen te beschermen vond een Italiaanse arts een linnen zakje uit voor de penis met medicinale kruiden en zouten. In de 17<sup>e</sup> eeuw werden de eerste condooms gemaakt van varkensblaas en visblaas. Deze waren nog prijzig en alleen de gegoede burgerij had hiertoe toegang. In de 19<sup>e</sup> eeuw werden de eerste condooms van rubber gemaakt en deze waren van matige kwaliteit.

Het ontbrak tot aan eind 19<sup>e</sup> eeuw vooral aan kennis over de werking van het vrouwelijk lichaam en voortplanting. Hierdoor was het lange tijd niet mogelijk om de vruchtbaarheid te beperken. Er werden soms brouwsels van kruiden en zuren in de vagina ingebracht om zaadcellen te kunnen doden. Dit werkte niet effectief.

Seksuele onthouding werd lange tijd gepropageerd als methode voor geboortebeperking. Pas aan het begin van de 20<sup>ste</sup> eeuw werd een relatie gelegd tussen temperatuurschommelingen in de cyclus en het moment van de ovulatie waarmee men ook de vruchtbare dagen kon bepalen. Hierdoor kon periodieke onthouding, geen seks tijdens de vruchtbare dagen, als anticonceptiemethode worden toegepast. Andere natuurlijke methoden waren "vóór het zingen de kerk uit", borstvoeding of periodieke onthouding met de kalendermethode.

### 3.2 Opkomst moderne anticonceptiemiddelen

In 1881 werd door de eerste vrouwelijke arts in Nederland, Aletta Jacobs een rubberen kapje op de markt gebracht, het zogenaamde pessarium.

Anticonceptie was in de twintigste eeuw nog een groot taboe.

Eind 19<sup>e</sup> eeuw werden voor het eerste spreekuren gehouden door Johannes Rutgers met gratis hulp voor arme gezinnen in erbarmelijke omstandigheden. Aletta Jacobs en Johannes Rutgers werden ook lid van de in 1882 opgerichte Nieuwe Malthusiaanse Bond. Dit is de voorloper van de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH).

De zedelijkheidswetgeving in 1911 verbood de toegang tot instrumenten om een zwangerschap te voorkomen of af te breken. Bij overtreding kon je een boete krijgen van 400 gulden of een gevangenisstraf van twee maanden. De straffen waren nog hoger voor het aanbieden van geboortebeperkende middelen voor minderjarigen.

Rond 1920 werd het koperspiraal geïntroduceerd.

Halverwege de 20<sup>ste</sup> eeuw ontdekte men de ovulatie-remmende werking van synthetische hormonen. In 1950 werden de eerste grootschalige klinische onderzoeken gedaan naar de betrouwbaarheid van de anticonceptiepil en getest onder Haïtiaanse vrouwen. (Klerkx, 2019). De pil leek 100% betrouwbaar

maar serieuze bijwerkingen werden toen nog genegeerd. In 1962 werd door het farmaceutisch bedrijf Organon in Nederland, de anticonceptiepil onder de naam Lyndiol op de markt gebracht, refererend aan het synthetisch hormoon lynestrenol.

In die tijd was de Nederlandse samenleving sterk verbonden met religie en conservatief. De Katholieke kerk was fel gekant tegen pilgebruik. Ook vanuit Rome, gaf de paus aan dat pilgebruik verboden was. Het huwelijk was immers bedoeld voor voortplanting en een kind werd gezien als een geschenk van God. Er zijn verhalen bekend dat de pastoor bij vrouwen thuis kwam als er niet snel genoeg een kind werd geboren (Wieberdink & Koren, 2002).

Geboortebeperking werd nog niet echt getolereerd. Organon heeft met de bisschop Bekkers hierover destijds een compromis moeten sluiten. Hij hield een toespraak in 1963 dat geboortebeperking een zaak van het eigen geweten was. Organon bracht het middel op de markt met de boodschap dat dit hielp tegen een onregelmatige menstruatiecyclus zonder te vermelden dat het hier om een anticonceptiemiddel ging. In 1964 werd de pil alleen op medische indicatie voorgeschreven aan getrouwde vrouwen die al meerdere kinderen hadden en gezondheidsrisico's liepen bij een volgende zwangerschap. Pas met de afschaffing van de zedelijkheidswetgeving in 1969 werd anticonceptie voor iedereen beschikbaar (Rensman, 2006; Bonneux, et al., 2008). Tot die tijd was het verkopen van voorbehoedsmiddelen verboden. In een paar jaar tijd gebruikte 4 op de 10 vrouwen tussen de 21 en 34 jaar de anticonceptiepil. De pil werd in 1971 opgenomen in het Ziekenfondspakket. Bij minderjarige vrouwen daalde het geboortecijfer in 1975 met 45 procent. Ook oudere vrouwen begonnen steeds meer de pil te gebruiken, waardoor het vruchtbaarheidscijfer onder oudere vrouwen in de vruchtbare leeftijd spectaculair daalde (Bonneux et al., 2008).

Met de introductie van de anticonceptiepil werd seksualiteit voor het eerst losgekoppeld van de voortplanting en konden ook vrouwen genieten van seksualiteit zonder zich zorgen te maken over een zwangerschap. Hiermee kregen vrouwen meer controle over hun eigen vruchtbaarheid en konden vrouwen zelf kiezen hoeveel kinderen ze wel of niet wilden krijgen.

Ook ontstond er met de introductie van de pil een maatschappelijke discussie of dit wel leidde tot meer seksuele vrijheid en bevrijding van de vrouw of juist zou leiden tot meer onderdrukking en misbruik of vooral bijdroeg aan meer seksueel plezier voor mannen.

Na 1964 kwamen er in Nederland ook andere moderne anticonceptiemethoden op de markt. Dit waren anticonceptiepillen in een andere of lichtere hormonale dosering of met een ander slikpatroon. Ook kwam er een minipil op de markt.

Vanaf 1980 werd het repertoire voor vrouwen aanzienlijk uitgebreid: de prikpil, hormoonstaafje, hormoonspiraal, prikpil, pleister deden haar intrede. In 1993 werd het vrouwencondoom geïntroduceerd. Een aantal anticonceptiemiddelen zijn inmiddels vanwege een te hoge dosering van hormonen en schadelijke bijwerkingen, van de markt gehaald. Een bekend voorbeeld hiervan was de Diana 35 pil. Deze werd in 2013 van de markt gehaald vanwege een verhoogd risico op trombose en gevallen van overlijden.



### 3.3 Gezinsplanning en maatschappelijke impact

Duidelijk is wel dat de komst van de pil heeft bijgedragen aan minder grote gezinnen, uitstel van jong ouderschap en betere gezinsplanning. Dit bood vrouwen betere mogelijkheden om zich verder te ontplooien en te emanciperen. Ook de traditionele man- vrouwverhoudingen veranderden. De vrouw was niet meer alleen voorbestemd moeder en huisvrouw te zijn, maar kon ook toetreden tot de arbeidsmarkt.

Met betere gezinsplanning konden onbedoelde en ongewenste zwangerschappen worden voorkomen waarmee ook veel persoonlijk en maatschappelijk leed werd bespaard. Ook nam de moeder- en kindersterfte drastisch af.

Sinds de komst van moderne anticonceptie, is het vruchtbaarheidscijfer en het geboortecijfer in veel landen de afgelopen decennia sterk gedaald. Gemiddeld heeft de Nederlandse vrouw in 2022 1,5 kinderen. In 1990 was dit nog 1,8. De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen in Nederland is nu rond de 30 jaar. Dertig jaar geleden was dit nog 27,5 jaar (CBS, 2022). Dat betekent dat vrouwen die gedurende hun vruchtbare leeftijd seksueel actief zijn, 1 of 2 kinderen krijgen en gedurende hun vruchtbare periode gemiddeld 25 tot 28 jaar anticonceptie gebruiken. In 2021 gebruikte 71% van de seksueel actieve vruchtbare vrouwen in Nederland een anticonceptiemethode.

Gezinsplanning, bewuste regie over kinderwens en niet ongepland of onbedoeld zwanger raken en of een kind krijgen, dragen in grote mate bij aan een groter welzijn en geluk van (potentiële) ouders, het kind en het gezin. In kleine gezinnen hebben vrouwen meer mogelijkheden om zich zelfstandig te ontplooien en financieel onafhankelijk te zijn, dan in grote gezinnen. Dit draagt ook bij aan meer gelijkheid tussen mannen en vrouwen en gelijkwaardigere man- vrouwrelaties (World Health Organization, 2018). Jong (tiener-) ouderschap kan de school en arbeidscarrière negatief beïnvloeden, maar ook van invloed zijn op maatschappelijke participatie en psychosociaal welbevinden (Rosenberg, 2015).

Er zijn echter ook jonge tieners die onbedoeld zwanger raken en op jonge leeftijd een kind krijgen. Dit had soms ook een positief effect op hun leven. Een kind krijgen gaf hen weer een doel in het leven en ze voelden zich hierdoor meer volwassen. Persoonlijke veerkracht en een ondersteunend netwerk waren hierbij cruciaal (Cense & Dalmijn, 2016; Finkenflügel et al., 2024).

## **4 Beoordeling methoden, betrouwbaarheid en gezondheidsrisico's**

### **4.1 Beoordeling**

Een farmaceutisch bedrijf mag een medicijn (in dit geval hormonale anticonceptie) pas op de markt brengen als dit is goedgekeurd is door een medicijn autoriteit. In Nederland is dit het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Deze beoordeelt het medicijn op werkzaamheid, veiligheid en kwaliteit. Een aanvraag wordt voorzien van een dossier en moet voldoen aan een aantal eisen: beschrijving van het productieproces, gebruikte grondstoffen en controles, hoe het medicijn werkt en welke stoffen er in zitten, met duidelijke informatie in een bijsluiter, de veiligheid van het medicijn en of dit onder dieren en klinisch voldoende is getest, of er interacties zijn met andere medicatie, of het medicijn effectief is, eventuele bijwerkingen, waar het wordt geproduceerd en wie hierbij betrokken zijn. Hierna volgt het beoordelingsproces door 17 onafhankelijke wetenschappers waarbij ook gekeken wordt naar een goede balans tussen werkzaamheid en de risico's van het medicijn. Na goedkeuring krijgt het farmaceutisch bedrijf een vergunning om het medicijn op de markt te brengen met eisen en informatie voor goed gebruik.

Als een medicijn éénmaal op de markt komt, wordt de veiligheid via gemelde bijwerkingen en andere informatie ook gemonitord. Gebruikers en verwijzers of voorschrijvers kunnen bijwerkingen bijvoorbeeld melden bij de Inspectie van Volksgezondheid of bij Lareb. Lareb is het landelijke meldingssysteem bij klachten of bijwerkingen van bepaalde medicatie. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op de veiligheid en kwaliteit van medicatie.

Als het medicijn wordt goedgekeurd voor toelating tot de Nederlandse markt, adviseert het Zorginstituut Nederland (ZiN) de minister van Medische Zorg over toelating van het medicijn tot het geneesmiddelen vergoedingensysteem. De eisen aan nieuwe medicatie zijn momenteel dermate streng, dat veel farmaceuten afzien van nieuwe productie van anticonceptie.

Het koperspiraal wordt niet als een geneesmiddel gezien maar als een medisch hulpmiddel en valt onder de categorie implantaten. Om voor een CE certificaat in aanmerking te komen moet voldaan worden aan minder strenge eisen dan bij geneesmiddelen. Wel zijn hiervoor in 2021 de eisen aangescherpt. Klachten of bijwerkingen van het koperspiraal, kunnen door patiënten en zorgverleners gemeld worden bij het Meldpunt en Expertisecentrum Bijwerkingen Implantaten (MEBI) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

### **4.2 Betrouwbaarheid**

Om de betrouwbaarheid van een methode te meten wordt veelal de Pearl Index gebruikt. De Pearl Index verwijst naar het aantal zwangerschappen dat optreedt onder 1000 vruchtbare vrouwen die in een bepaalde periode een anticonceptiemethode gebruiken. De Pearl Index (Trussell, 2013) is gebaseerd

op reviews van effectstudies naar betrouwbaarheid en veelal uitgevoerd in de Verenigde Staten. Hoe hoger de Index score hoe hoger de kans op zwangerschappen. Er zijn twee maten voor betrouwbaarheid: de methode zelf en de mate waarin dit ook wordt gebruikt zoals bedoeld. Zo is de pil weliswaar een betrouwbare methode maar het lukt niet iedereen deze methode ook dagelijks op een vast tijdstip te slikken. De betrouwbaarheid ofwel de Pearl Index bij studies met perfect use is vaak hoger dan bij practise use of typical use. Bijvoorbeeld: Als je een pessarium perfect gebruikt is de kans op een zwangerschap 6% maar in de praktijk is dat 12%. Bij de pil is de kans op zwangerschap bij perfect use (gedurende een jaar elke dag op hetzelfde tijdstip slikken) 0,3% en bij typical use 9%. (Barnhoorn et al., 2023). Met name bij de kortwerkende methoden is het risico op gebruikersfouten groter dan bij langer werkende methoden. Je kunt de pil vergeten, te laat met een pilstrip starten, et cetera. Meestal zijn deze cijfers gebaseerd op kortlopend onderzoek van een paar maanden tot een jaar met sterk gemotiveerde respondenten. Meestal neemt de therapietrouw daarna af. Hierdoor weten we niet hoe het gebruik is na een langere periode. Er is geen onderzoek bekend van practical use van methoden in Nederland. Ook is de toegang tot anticonceptie, anticonceptiezorg en seksuele voorlichting per land verschillend. Hierdoor zijn betrouwbaarheidscijfers niet altijd goed te extrapoleren naar Nederland of te vergelijken met andere landen.

De meeste anticonceptiemethoden zijn zeer betrouwbaar als ze ook goed gebruikt worden. Sterilisatie, en langer werkende methoden zoals spiraal en staafje zijn het meest betrouwbaar. Betrouwbaarheid en risico op een onbedoelde zwangerschap hangt ook samen met seksuele activiteit, vruchtbaarheid en leeftijd en betrokkenheid van de partner. Naarmate vrouwen en mannen ouder worden neemt de vruchtbaarheid af.

### 4.3 Fysieke gezondheidsrisico's

Hormonale anticonceptie kan een positieve en negatieve invloed hebben op de gezondheid en het welzijn van gebruikers. Zo kan hormonale anticonceptie in positieve zin bijdragen aan minder menstruatieklasten, -bloedingen en -pijn, acné of huidproblemen en overmatige haargroei en botontkalking tegengaan. Bepaalde hormonen kunnen bij stemmingswisselingen een positief effect sorteren. Daarnaast biedt hormonale anticonceptie mogelijk ook bescherming tegen de ontwikkeling van kankercellen, zoals baarmoeder- darm- en eierstokkanker. Bovenal biedt anticonceptie bescherming tegen een onbedoelde of ongewenste zwangerschap. Hiermee worden stress, paniek of ander psychosociale klachten voorkomen.

Bekende negatieve bijwerkingen van de combinatie anticonceptiepil zijn tussentijdse bloedingen, of veranderingen in menstruatiepatronen (onregelmatig, minder frequent, of helemaal geen bloedingen meer). Andere bijwerkingen zijn hoofdpijn, pijnlijke borsten, vermindering van eetlust, minder zin in seks of opwinding, vermoeidheid, stemmingswisselingen of acne. Sommige hormonen zoals progestageen, kunnen bijdragen aan een verhoogd risico op overgewicht. De aard, ernst en frequentie van bijwerkingen verschilt vaak per gebruiker en is afhankelijk van de dosering, type en of samenstelling van hormonen.

De pil wordt over het algemeen geassocieerd met een laag risico op hart- en vaatziekten. Wel lopen vrouwen met hart- of vaatziekten in hun eigen familiegeschiedenis hierop iets meer risico. Als ze ouder zijn en langdurig de pil gebruiken in combinatie met roken of een ongezonde leefstijl neemt het risico op trombose en dus ook hart- en vaatziekten toe. Het algemene risico op trombose bij de combinatiepil, is relatief laag. Er is een verhoogd risico op trombose bij 2-4 op de 10.000 vrouwen die de derde of vierde generatie pil gebruiken. Een voorbeeld hiervan was de Diana pil. Hier waren in 2013 26 gevallen bekend van trombose met de dood tot gevolg. Dit heeft ertoe geleid dat Diana niet meer voorgeschreven mocht worden. Ook bij de prikpil lijkt er een verhoogd risico op bloed klontering/trombose, vooral als er sprake is van een ongezonde leefstijl zoals roken of overgewicht (Barnhoorn et al, 2023).

Het hormoonspiraaltje en de combinatiepil geven door afgifte van levornorgestrel bovenop de eigen productie van hormonen, een licht verhoogd risico op borstkanker. De kans op borstkanker op jonge leeftijd is heel erg klein. Vijf tot 10 jaar na het stoppen van hormonale anticonceptie is deze kans verder afgenomen. Statistisch lijkt het risico iets hoger maar in absolute aantallen is dit erg klein (Mørch et al., 2017). Vrouwen die op jonge leeftijd de pil slikten lijken niet méér kanker te ontwikkelen dan vrouwen die nooit de pil hebben geslikt (Iversen et al., 2017). Er lijkt wel een hogere kans op borstkanker in vergelijking met niet gebruikers. Maar de resultaten spreken elkaar soms tegen. Gebruik van de combinatiepil in combinatie met een ongezonde leefstijl, als roken en overgewicht, verhoogt de kans op borstkanker. Bij langdurig gebruik van de combinatiepil biedt dit echter ook bescherming tegen eierstok- en baarmoederkanker. Als er veel borst- of eierstokkanker in de familie voorkomt of erfelijke aanleg is, kan het raadzaam zijn om vanaf het 25<sup>e</sup> of 30<sup>e</sup> jaar een niet-hormonale methode te overwegen. Goede counseling waarin gekeken wordt naar genetische en niet genetische factoren alsook leefstijl, is hierbij van belang (Bommel et al., 2022).

De kans op baarmoederhalskanker is bij gebruik van de combinatiepil veel lager dan bij borstkanker. Wel is er een grotere kans, bij een ongezonde leefstijl, denk aan roken. De HPV-vaccinatie kan het aantal vrouwen met baarmoederhalskanker sterk verminderen.

Bij niet-hormonale anticonceptie, zoals het koperspiraal, kunnen soms hevige bloedingen optreden, buikkrampen en pijnen tijdens de menstruatie (Barnhoorn et al., 2023; RIVM, 2022). Soms is men allergisch voor koper wat tot uiting komt via zwellingen, roodheid en jeuk.

Bij sterilisatie zijn er geen gezondheidseffecten bekend. Wel is de kans op eileiderkanker bij sterilisatie van vrouwen kleiner (Rice, 2012).

Langdurig gebruik van de prikpil kan verlies van botdichtheid geven voor vrouwen in alle leeftijden. De langetermijneffecten van botverlies zijn niet bekend. Het is ook niet duidelijk wat het risico is bij jonge gebruikers op botbreuken als ze ouder worden. Als vrouwen stoppen met de prikpil lijkt de botdichtheid weer toe te nemen (College Beoordeling Geneesmiddelen, 2023).

Bij niet-hormonale anticonceptie zoals condoms of pessarium en natuurlijke methoden zijn er geen schadelijke invloeden bekend op de gezondheid. Alleen

kan bij gebruik van latex condooms wel irritatie of een allergische reactie optreden.



#### **4.4 Mentale gezondheidsrisico's en seksualiteit**

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van hormonale anticonceptie op de mentale gezondheid en het psychosociaal welbevinden. Het beschikbare onderzoek laat geen eenduidig en overtuigend bewijs zien dat er een relatie is tussen hormonale anticonceptie en depressies, stemmingswisselingen of een negatieve gemoedstoestand. Wel lijken er aanwijzingen dat adolescenten een iets hoger risico lopen op het ontwikkelen van emotionele schommelingen of depressieve klachten. (De Wit et al., 2020). Dat adolescenten soms negatieve veranderingen in de gemoedstoestand ervaren, heeft waarschijnlijk ook te maken met veranderingen in de hersenen en het verwerken van emoties in de puberteit (van Elp, 2020). In het eerste jaar na de start van hormonale anticonceptie lijkt er ook een hoger risico op gebruik van antidepressiva en het ontwikkelen van een eerste depressie in vergelijking met vrouwen die geen anticonceptie gebruiken. Dit hangt waarschijnlijk samen met progestagenen. Het verschil is 1,6%. In deze studie werden alleen Deense vrouwen van 15-34 jaar gedurende 14 jaar gevolgd, die voordat ze de pil gebruikten geen depressie hadden of geen medicatie tegen depressie gebruikten (de Wit et al., 2020; Heijden et al., 2019). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het risico op psychische problemen, negatieve invloed op de gemoedstoestand of emotionele klachten.

Ook is er nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van hormonale anticonceptie op seksueel verlangen. Er zijn aanwijzingen dat ongeveer 1% van de vrouwen die combinatie hormonale anticonceptie gebruiken, en 1-10% van de vrouwen die alleen progestageen gebruiken, minder seksueel verlangen ervaren dan vrouwen die geen hormonale anticonceptie gebruiken. In de NHG standaard seksuele klachten zijn verschillende studies onderzocht maar de bevindingen zijn tegenstrijdig en er zijn veel methodologische beperkingen. (Barnhoorn et al., 2023). In een Zweeds onderzoek naar de relatie tussen anticonceptie en seksueel verlangen bleek dat gebruikers van hormonale anticonceptie minder zin in seks ervaren dan gebruikers van niet-hormonale anticonceptie. Van de gebruikers hadden vrouwen met een vaste partner een 2 keer zo hoge kans op verminderd seksueel verlangen als vrouwen zonder een partner. Kwaliteit van bewijs was laag en er is mogelijk sprake van een bias in de steekproef. Het is denkbaar dat vrouwen die hormonale anticonceptie gebruiken, verwachten dat hormonen eerder een negatieve invloed op hun seksuele leven hebben dan niet-hormonale anticonceptie gebruikers (Malmberg et al., 2016).

Er zijn soms contra-indicaties voor het gebruik van hormonale anticonceptie. Deze hangen vaak samen met ziektes in de eigen familie, chronische aandoeningen, medicijngebruik, leefstijl (roken, overgewicht) en persoonlijke karakteristieken van de gebruiker (Barnhoorn et al., 2023). De WHO heeft de contra-indicaties voor 25 verschillende anticonceptiemethoden op een rij gezet (World Health Organisation, 2019).

Het is belangrijk om ons te realiseren dat hormonale anticonceptie naast nadelen of bijwerkingen, ook veel voordelen biedt. Het is aan vrouwen zelf om de risico's of nadelen en voordelen van hormonale of andere anticonceptiemiddelen tegen elkaar af te wegen.

Tegelijkertijd is het onderzoek naar de invloed van hormonale anticonceptie op de gezondheid en psychisch welbevinden nog beperkt. Ook is er grote diversiteit in onderzochte populaties en of de kwaliteit van onderzoek of bewijs van effect is matig of loopt sterk uiteen. Het meeste onderzoek is gedaan naar pilgebruik. Veel studies zijn vooral gericht op de anticonceptiepil met een hogere doses of andere samenstelling van hormonen, dan de huidige beschikbare methoden.

Lareb heeft in de afgelopen 30 jaar 959 klachten ontvangen van psychische bijwerkingen bij hormonale anticonceptie. Dit zijn vooral klachten over emotionele schommelingen, depressieve klachten maar ook angst- en panieklachten. Deze staan niet altijd vermeld in de bijsluiter. Emotionele schommelingen, depressieve gedachten en angst en paniek werden het vaakst gemeld en kwamen het meest voor bij 26- tot 45-jarigen. Alhoewel de ernst en aard kan verschillen, kunnen deze bijwerkingen behoorlijke impact hebben op het dagelijks functioneren en welbevinden. 62% van de klachten had vooral invloed op het persoonlijk welbevinden, denk aan het gevoel zichzelf niet meer te zijn (van Elp et al., 2020).

Er is meer onderzoek nodig naar de invloed van hormonale anticonceptie op psychische problemen en veranderende gemoedstoestand.

## 5 Toegang tot anticonceptie en kwaliteit van zorg

Iedereen heeft recht op toegang tot informatie en middelen om de hoogste standaard van seksuele en reproductieve gezondheid te kunnen bereiken. Deze zijn ook vastgelegd in de reproductieve rechten en vallen onder de mensenrechten. In de universele verklaring van de rechten van de mens in 1948 (artikel 25) stond al het recht op gezondheid en zorg voor moederschap. Deze zijn vastgesteld tijdens de Internationale Conferentie van Mensen Rechten in 1968 (Freedman et al., 1993) en in CEDAW in 1979. In het Europese verdrag voor de Rechten van de Mens (artikel 8) staat het recht op zelfbeschikking en keuzen bij gezinsplanning. De WHO definieert reproductieve rechten als een basisrecht waarmee men in vrijheid en vanuit verantwoordelijkheid zelf kan bepalen of, wanneer en hoeveel kinderen men krijgt. Vanuit de reproductieve rechten hoort iedereen toegang te hebben tot gezinsplanning, dat wil zeggen het brede palet aan anticonceptiemethoden inclusief de morning-after methoden. In de mensenrechten is vastgelegd dat iedereen toegang moet hebben tot zorg en medicatie zonder fysieke en economische drempels en zonder discriminatie of uitsluiting (World Health Organization, 2015).

In Nederland heeft men pas sinds de jaren '70 goede toegang tot anticonceptie. Daarvoor hadden ongehuwde vrouwen en vrouwen zonder medische indicatie geen toegang tot moderne anticonceptie. Zie ook hoofdstuk 3 geschiedenis van anticonceptie in Nederland.

### 5.1 Toegang tot informatie

De meeste mensen hebben in Nederland toegang tot betrouwbare informatie over anticonceptie, de werking, de voor- en nadelen, de bijwerkingen, de betrouwbaarheid en kosten. Betrouwbare websites die hierin voorzien zijn: Anticonceptie.nl, Sense.info, Thuisarts.nl, Seksualiteit.nl maar er zijn ook minder onafhankelijke websites zoals antionceptie.nl die door farmaceuten gesponsord worden of websites van apothekers en zorgverzekeringen of particuliere organisaties of personen. Soms wordt er op een website alleen informatie gegeven over één methode, bijvoorbeeld natuurlijke methode als Daisy en Sensiplan.

De laatste jaren is er ook steeds meer online informatie op social media beschikbaar over anticonceptie. Op TikTok, Instagram en Facebook en andere online platforms, worden persoonlijke ervaringen met anticonceptie gedeeld. Dit zijn overwegend negatieve en eenzijdige verhalen over hormonale anticonceptie met deels onjuiste informatie waarbij ook sterk gestuurd wordt op het gebruik van natuurlijke methoden (Walchenbach, 2023).

Met name laag geletterden, verstandelijk en visueel beperkten, mensen met minder digitale vaardigheden, en niet-Nederlandstaligen hebben minder goede toegang tot betrouwbare en begrijpelijke informatie. Voor niet-Nederlandstaligen is in 2018 Zanzu.nl gelanceerd. Een website over seksuele en

reproductieve gezondheid in 17 talen, tekst en beeld met uitgebreide informatie over seksualiteit, relaties, vrouwelijk en mannelijk lichaam, zwangerschap, anticonceptie, bevalling en abortus.

## 5.2 Toegang tot anticonceptiezorg

In Nederland heeft in principe iedereen toegang tot het brede palet aan anticonceptiemethoden en anticonceptiezorg.

Condooms zijn verkrijgbaar in allerlei soorten en maten via drogisterijen, supermarkten, condoomautomaten en online. Ook het vrouwencondoom is sinds een paar jaar te koop bij condoomwinkels of drogisterijen en online verkrijgbaar. De morning-after pil is sinds 2005 zonder recept verkrijgbaar bij de drogisterijen of apotheek. Voor alle hormonale anticonceptiemethoden is een recept via een arts of verloskundige nodig om aan anticonceptie te komen.

Voor een anticonceptieadvies en het voorschrijven van hormonale anticonceptie gaan de meeste vrouwen naar de huisarts. Dit geldt voor 85% van de jongeren tot 25 jaar. De huisarts informeert jongeren over tenminste twee anticonceptiemethoden (de Graaf et al., 2017). Geschoolde huisartsen, artsen en verloskundigen kunnen ook spiraaltjes plaatsen. Sinds 2015 mogen verloskundigen anticonceptie voorschrijven en sinds 2018 mogen zij ook anticonceptie plaatsen of inbrengen. Daarnaast kan men voor meer specialistische zorg of plaatsing van een spiraal naar de gynaecoloog, maar dat valt niet onder de basiszorg en brengt extra kosten met zich mee. Sterilisatie wordt meestal uitgevoerd door een gynaecoloog, ziekenhuis of abortuskliniek. Anticonceptieconsulten bij een huisarts vallen onder de basiszorg. Voor een anticonceptieconsult bij een verloskundige moet vooralsnog extra betaald worden.

Vrouwen die een abortus hebben gehad kunnen een anticonceptieadvies krijgen in de abortuskliniek. Sinds de zomer 2023 hebben abortusklinieken met een extra subsidie, hiertoe meer tijd en ruimte gekregen. Tijdens de behandeling kan een spiraal geplaatst worden en anticonceptie voorgeschreven. Als er eenmaal anticonceptie is verstrekt, kan men voor een herhaalrecept naar de apotheek.

Vrouwen die net bevallen zijn kunnen voor anticonceptie terecht bij hun verloskundige. Ook kunnen vrouwen naar een gynaecoloog voor meer specialistische zorg. In de abortusklinieken krijgen vrouwen een anticonceptie advies en/of er kan een spiraaltje of staafje geplaatst worden.

Jongeren tot 25 jaar kunnen voor advies bij anticonceptie, pil vergeten of bij een onbedoelde zwangerschap, gratis gebruik maken van de Soa Sense-sprekuren. Niet in alle Sense-regio's is een arts beschikbaar om spiraaltjes of implanon te plaatsen of anticonceptie voor te schrijven. De meeste jongeren komen voor een soa en krijgen dan ook een anticonceptieadvies (van der Vlugt, 2017).

Bij jongeren onder de 16 jaar is bij anticonceptie wel instemming van de ouders of voogd vereist, mits er gegronde redenen zijn om dit niet te doen. Voor minderjarigen tussen de 16 en 18 jaar is geen toestemming meer van de ouders vereist. Een zorgprofessional heeft geheimhoudingsplicht. Een jongere wordt gezien als een persoon die zelfstandig verantwoorde besluiten kan nemen.



### 5.3 Kosten van anticonceptie

De kosten van anticonceptie zijn afhankelijk van het beleid van de overheid, zorgverzekeraars en de politiek en verschillen per land.

In 1971 nam de Nederlandse overheid de pil met medische controles op in het ziekenfondspakket. Door deze maatregel halveerde het vruchtbaarheidscijfer onder tieners tussen 1971 en 1976 (Bonneux, 2008). In 2006 werd het ziekenfonds afgeschaft en werd de basisverzekering ingevoerd. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht een basiszorgverzekering af te sluiten. Hiervoor betalen mensen zelf een premie. De Rijksoverheid bepaalt wat er in het basiszorgpakket zit en de zorgverzekeraars bepalen wat er in de aanvullende verzekering zit.

Sinds 2011 wordt in Nederland anticonceptie vergoed tot 21 jaar via de basisverzekering met een eigen risico van minimaal 385 euro. (Rijksoverheid, 2023). Voorheen werd anticonceptie vergoed via het ziekenfonds als men een inkomen had onder een bepaald minimum. Vanaf 18 jaar betaalt men nu zelf voor het eigen risico. Vóór het 18<sup>e</sup> jaar betalen ouders dit vanuit hun eigen zorgverzekering. Met een aanvullende verzekering kan de anticonceptiemethode vergoed worden. De premie voor een aanvullende verzekering is echter bij gezonde mensen vaak duurder dan het middel zelf. De vergoedingen gelden alleen voor anticonceptiemiddelen die opgenomen zijn in het Geneesmiddelenstelsel (GMS). Hierin zijn ook afspraken gemaakt over de wettelijk maximale bedragen voor vergoeding van anticonceptie. Het plaatsen of laten inbrengen van een spiraaltje, prikpil of staafje is bij een huisarts gratis en wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Als dit wordt geplaatst door een arts of specialist in een ziekenhuis worden extra kosten gerekend.

In Nederland kunnen mensen in de vruchtbare leeftijd die leven in kwetsbare omstandigheden en op dat moment geen kindwens hebben, indien gewenst en noodzakelijk, gebruik maken van een vergoeding voor anticonceptiekosten via het programma Nu Niet Zwanger in de eigen gemeente. Dit programma is inmiddels in 60% van alle gemeenten uitgerold. (Factsheet Nu Niet Zwanger, 2023). Het streven van VWS is om dit landelijk dekkend te krijgen. Voor vluchtelingen die tijdelijk in een AZC verblijven is er een aparte vergoedingsregeling. Voor hen zijn alle anticonceptiemethoden gratis. Dit is niet het geval bij ongedocumenteerden. Dokters van de Wereld biedt hierin ondersteuning.

Voor vrouwen die in een abortuskliniek kiezen voor spiraal of implanon, en de kosten een probleem zijn, kan op instigatie van een arts gebruik maken van een speciale vergoedingsregeling.

De kosten per methode variëren sterk. Voor de generieke anticonceptiepil betaalt men in de regel ongeveer 30 euro per jaar. Voor een hormoonspiraaltje betalen vrouwen vaak meer dan 160 euro maar dan zijn vrouwen ook 5, 6 tot 8 jaar beschermd. Een koperspiraal kost ongeveer 70 euro met een bescherming van 10 jaar. Een implanon c.q. hormoonstaafje kost tussen de 120 en 140 euro voor bescherming gedurende 3 jaar. Een prikpil kost 15 euro en een

anticonceptiepleister 32 tot 40 euro. Beide bieden dan drie maanden bescherming. Een sterilisatie kost vrouwen 1300 tot 1500 euro en mannen 350 tot 400 euro (Independer, 2022). De kosten kunnen jaarlijks veranderen. De langer werkende en definitieve methoden zijn bij aanschaf vaak duurder dan de korter werkende methoden.

Met name voor minder financieel draagkrachtigen kunnen de kosten een belemmering zijn waardoor een optimale anticonceptie keuze niet altijd mogelijk is. Uit onderzoek Peil.nl in samenwerking met Dokters van de Wereld blijkt dat 8% in de afgelopen 10 jaar vanwege geldnood geen anticonceptie gebruikt of gekocht heeft. Dit bleek het hoogst bij vrouwen die alleen lagere school hebben genoten (14%). Van de vrouwen die een andere methode wilde gebruiken maar dit niet gebruikte, zegt 31% van de vrouwen met een beneden modaal inkomen, dat ze het niet kan betalen of verwacht het niet te kunnen betalen. (Peil.nl, 2019). Uit de leefstijlmonitor komt naar voren dat 2% van de seksueel actieve vrouwen geen anticonceptie gebruikte vanwege de kosten (Wijsen & de Graaf, 2018). Ook hier was een relatie met lager opgeleiden en mogelijk minder financiële draagkracht. Recent onderzoek laat zien dat van de seksueel actieve meiden die geen anticonceptie gebruiken, 6% anticonceptie te duur vindt (de Graaf et al., 2024).

## 5.4 Kwaliteit van anticonceptiezorg

De huisartsen werken volgens de Nederlands Huisartsen Genootschap NHG standaard anticonceptie. (Barnhoorn et al., 2023). Op basis van de laatste wetenschappelijke inzichten wordt advies gegeven over de verschillende anticonceptiemethoden, de betrouwbaarheid, invloed op gezondheid en psychisch welbevinden. Ook worden contra indicaties bij bepaalde ziekten en aandoeningen vermeld.

Er is geen aparte kwaliteitsrichtlijn voor anticonceptiecounseling in Nederland. Er wordt vanuit gegaan dat huisartsen patiënten goed informeren over de anticonceptiemethoden, begeleiding bieden bij een optimale keuze en hierin cliëntgericht werken. Er is nog weinig onderzoek gedaan onder cliënten naar tevredenheid met het anticonceptieconsult. Een retrospectief onderzoek onder meer dan 600 jonge vrouwen van 16 tot 25 jaar, laat zien dat zij het eerste anticonceptie consult beoordelen met gemiddeld een 7.1. De helft van de vrouwen al wist welke anticonceptiemethode ze wilden gebruiken voordat ze naar de huisarts ging. 83% had vooraf al informatie gezocht. 54% vond het spannend om met de huisarts hierover in gesprek te gaan. De meesten wilden de pil maar willen achteraf gezien toch meer informatie over andere mogelijkheden. Tevredenheid met het consult hing sterk samen met voldoende tijd van de huisarts, respectvolle omgang, ervaren ruimte om vragen te stellen en een huisarts die je op je gemak stelt. Ze hadden vooral behoefte aan informatie over bijwerkingen, betrouwbaarheid, werking van de methoden en de invloed op seksuele zin en stemmingswisselingen. Ze kregen vaak minder informatie dan ze hadden verwacht of gehoopt. (Olofsen et al., 2020).

Counseling hoort vooral tegemoet te komen aan behoeften en vragen van specifieke groepen waarin ook rekening wordt gehouden met hun levensfase, leefstijl, seksuele activiteit en partnerrelatie. Het International Medical Advisory

Panel van IPPF heeft een statement gepubliceerd over kwalitatief goede anticonceptiecounseling (International Planned Parenthood Federation, 2009).

Besluitvorming over een definitieve keuze is een dynamisch proces waarbij ook rekening gehouden moet worden met kindwens, de levensfase, de leefsituatie, eerdere ervaringen met anticonceptie, persoonlijke leefstijl en seksuele activiteit maar ook genetische factoren en contra indicaties. In de counseling is het belangrijk rekening te houden met de voorkeuren en eerdere ervaringen van de gebruiker en eventuele partner. Betrouwbaarheid is voor gebruikers niet altijd de belangrijkste factor, ook gebruikersgemak, bijwerkingen, regulatie van menstruatie of menstruatieklasten en bloedingen kunnen relevant zijn.

## **5.5 Toegang en kwaliteit van anticonceptie zorg in Europa en daarbuiten.**

In niet alle jongeren die seksueel actief worden, hebben laagdrempelig toegang tot anticonceptiezorg en anticonceptiemiddelen. In sommige landen, ook buiten Europa, moet je meerderjarig zijn en of getrouwd zijn en of is toegang afhankelijk van je inkomen. In sommige landen wordt anticonceptie voor jongeren tot 25 jaar vergoed zoals in Frankrijk, Luxemburg of er zijn maatregelen genomen waardoor jongeren minder hoeven te betalen zoals in België of Estonia en Finland of hormonale anticonceptie is zonder recept verkrijgbaar zoals in Engeland, Griekenland. De kosten van anticonceptie, de zorgsystemen en vergoedingen verschillen aanzienlijk per land.

EPF brengt jaarlijks in kaart hoe per land het overheidsbeleid rondom de toegang tot anticonceptiezorg in Europa is georganiseerd en wat hiervan de kwaliteit is. Nederland zit bij de top tien landen waar dit goed georganiseerd zit (European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights, 2023).

Naar schatting 12 miljoen vrouwen in 115 landen hebben geen goede toegang tot anticonceptie en gezinsplanning (United Nations Population Fund, 2023).

## 6 Gebruik van anticonceptie

### 6.1 Cijfers over anticonceptiegebruik

In Nederland bieden de landelijke monitors seksuele gezondheid en Seks onder je 25<sup>ste</sup> de meest betrouwbare informatie over het wel en niet gebruik van anticonceptie onder mensen in de vruchtbare leeftijd die seksueel actief zijn.

In Nederland is het anticonceptiegebruik relatief hoog. 74% van de seksueel actieve vrouwen in de leeftijd van 16 tot 49 gebruikt in 2022 een vorm van anticonceptie (Leefstijlmonitor, 2023). Van de vrouwen van 18 – 49 jaar die ooit vaginale seks hadden gebruikt 59% in 2023 een anticonceptiemiddel. In 2023 gebruikte een derde (33%) de anticonceptiepil al of niet in combinatie met condoom. Het gebruik van methoden verschilt per leeftijdsfase. Naarmate vrouwen ouder worden neemt het pilgebruik af en spiraalgebruik toe. Na de pil en het spiraaltje wordt het condoom het meest gebruikt. Andere methoden zoals de prikpil, pleister, implantaat of de ring worden nog nauwelijks gebruikt (tussen de 1-2%) (Monitor seksuele gezondheid, 2024).

### 6.2 Jongeren en anticonceptiegebruik

In 2023 was het anticonceptiegebruik onder jongeren relatief hoog. 91 % van de jongeren gebruikte een vorm van anticonceptie tijdens de eerste keer penis in vagina seks. Twee derde van de jongeren gebruikte een condoom en drie op de vijf gebruikte de pil of een andere methode. Ongeveer een derde gebruikte pil en condoom (Double Dutch). Zij maken meer gebruik van anticonceptie dan de oudere leeftijdsgroepen en lopen ook minder risico op een onbedoelde zwangerschap.

Ook bij seks met de laatste partner is het anticonceptiegebruik relatief hoog. Vier van de vijf jongeren gebruikte anticonceptie met de laatste sekspartner. Van de seksueel ervaren meiden van 17 tot 24 jaar gebruikt 80% anticonceptie (de Graaf, et al., 2024).

Uit een representatief onderzoek via een online panel, blijkt, dat van de 1648 vrouwen die het afgelopen jaar penis in vagina seks hadden, 14% een natuurlijke methode gebruikte om een zwangerschap te voorkomen. Het niet willen gebruiken van hormonen (62%) is hierbij de meest genoemde reden. Andere redenen waren: meer in contact komen met eigen lijf (41%) en angst voor schade gezondheid door hormonen (35%) (van de Pijl, et al., 2024).

De kans op anticonceptiegebruik bij jongeren is groter als iemand meer kennis heeft, meer informatie op school heeft gehad over seks en meer over seks praat met de partner (de Graaf, et al., 2017).

### 6.3 Ineffectief of inconsequent gebruik

Bij anticonceptie waar men zelf dagelijks, wekelijks of maandelijks aan moet denken, is er een groter risico op gebruikersfouten. Dit geldt vooral voor de anticonceptiepil, het mannen- en vrouwencondoom, pessarium, pleister en ring.

Uit kwalitatief onderzoek naar factoren die bijdragen aan een onbedoelde zwangerschap vanwege niet goed gebruik, kwam naar voren: weg van huis en daardoor pil vergeten, geen nieuwe strip beschikbaar, geen routine om de pil dagelijks te slikken of geen stabiele relatie en wisselende contacten. (Cense & Dalmijn, 2016).

Een derde van de pilgebruikers blijkt in staat om gedurende zes maanden elke dag de pil te slikken. Ongeveer 21% van de vrouwen die de pil gebruikt, geeft aan minstens 2 keer de pil te zijn vergeten van dezelfde strip in de afgelopen zes maanden (Picavet, 2012). Hoe langer men de pil gebruikt, hoe groter het risico op discontinuatie.

Bij condooms is er een risico dat men geen condoom voorhanden heeft, het condoom scheurt of vroegtijdig afglijdt.

Bij langer werkende anticonceptiemethoden zoals spiraal en staafje is er minder risico op gebruikersfouten.

Jongens onder de 18 jaar en meiden met een niet-Westerse migratieachtergrond, erg gelovige meiden en praktisch opgeleide jongeren, gebruiken minder consequent anticonceptie. Dit kan samenhangen met minder toegang tot informatie of toegang tot anticonceptie of een groter taboe op seksualiteit en anticonceptie.

## 6.4 Geen gebruik van anticonceptie

Van de volwassenen van 18 tot 50 jaar gebruikte in 2022 41% geen anticonceptie. De meeste genoemde redenen waren: wij kunnen niet zwanger raken (32%), ik wil geen hormonen gebruiken (32%), ik ben zwanger of probeer zwanger te worden (20%), ik heb last van bijwerkingen (18%) of ik heb de laatste tijd geen seks met mannen (15%) (Monitor seksuele gezondheid, 2024).

Bij de jongeren onder de 25 jaar, gebruikte 9% van de jongeren niets tijdens de eerste keer geslachtsgemeenschap. Jongeren die erg gelovig zijn en bij losse contacten werd minder vaak anticonceptie gebruikt.

10% van de jongeren gebruikte bij de laatste sekspartner soms anticonceptie. Erg gelovige jongeren en praktisch opgeleiden gebruikten minder vaak anticonceptie tijdens vaginale seks met laatste sekspartner.

De meest genoemde redenen om geen anticonceptie te gebruiken onder meiden die ooit vaginale seks hadden, ik wil geen hormonen (52%). Meer dan een derde (37%) gaf als reden dat ze de laatste tijd geen seks hadden met jongens, en een derde (33%) noemde ik heb last van bijwerkingen. Diegenen die gestopt waren met anticonceptie hadden voorheen vooral de pil of condoom gebruikt.

17% van de seksueel ervaren meiden gebruikte het afgelopen jaar de morning-afterpil (de Graaf et al., 2024).

## 6.5 Tevredenheid met gekozen methode

Een studie in 2022 laat zien dat 4:10 van de vrouwen die anticonceptie gebruiken, in de toekomst voor een ander anticonceptiemiddel zou kiezen. Dit geldt vooral voor vrouwen die nu de anticonceptiepil gebruiken. Dit kan een

indicatie zijn voor ontevredenheid met de methode of omdat ze verwachten dat omstandigheden in de toekomst zullen veranderen. (Organon & Ipsos, 2022). Een recente peiling onder jonge vrouwen tot 25 jaar, laat zien dat 25% ontevreden is met de pil. Ze denken of ervaren dat de pil schadelijk is voor de gezondheid, je van de pil dik wordt, depressieve klachten krijgt en het dagelijks slikken wordt als probleem ervaren. Wel is een grote meerderheid tevreden met gebruik, vanwege de voordelen die de pil biedt. (Onderzoek Een Vandaag, 2023).

Een studie in 11 Europese landen laat een hoog anticonceptiegebruik zien en tevredenheid met de gekozen methode. 55 procent van de vrouwen gebruikte een kortwerkende methode waarvan 73% aan gaf een langwerkende methode te overwegen als ze hierover meer informatie zouden krijgen (Merki-Feld et al., 2018).

## 6.6 Trends in anticonceptiegebruik

Onder volwassenen 18-49 jaar die ooit vaginale seks hadden gebruikte 59% in 2022 een vorm van anticonceptie. Dat was in 2017 iets hoger. Naarmate vrouwen ouder worden neemt pilgebruik af maar condoomgebruik neemt iets toe. Pil en hormoonspiraaltje zijn nog steeds de meeste gebruikte methoden (Monitor seksuele gezondheid, 2024).

Het anticonceptiegebruik is onder jongeren nog steeds hoog. De pil is nog steeds de meest gebruikte methode maar er is wel al jaren een duidelijke daling te zien. Het pilgebruik onder jongeren is afgenomen van 76% in 2012 naar 46% in 2023. Het spiraalgebruik is toegenomen van 6% in 2012 naar 21% in 2023. Na de pil wordt onder jongeren, vooral het spiraaltje veel gebruikt. Op de tweede plaats komt het hormoonspiraaltje en op de derde plaats condooms. Het gebruik van andere methoden zoals prikpil, staafje en ring is iets toegenomen maar nog altijd laag in vergelijking met pil, condoom en spiraal. Er is een grotere groep die aangeeft geen anticonceptie te gebruiken (de Graaf et al., 2024).

Nieuw onderzoek laat zien dat 14% van de jongeren die niet zwanger wil raken een natuurlijke methode gebruikt, 10% kiest voor periodieke onthouding en 4% voor terugtrekken (van de Pijl et al., 2024).

## 7 Onbedoelde en ongewenste zwangerschap

De meeste zwangerschappen zijn gewenst. Maar sommige zwangerschappen zijn onverwachts, onbedoeld, ongepland, ongewenst of ongewild. De wens voor een zwangerschap of een kind kan tussen (seks-)partners verschillen. Ook de omgeving (denk aan familie, vrienden) kan anders aankijken tegen een zwangerschap.

### 7.1 Definities

De definities van onbedoeld, ongepland en ongewenst zijn niet altijd eenduidig. De meest voorkomende definitie is dat een zwangerschap onbedoeld is als deze niet is gepland en/of onverwachts komt. De zwangerschap hoeft niet altijd gelijk ongewenst of ongewild te zijn. Een onbedoelde zwangerschap kan ook overgaan in een gewenste zwangerschap, en andersom een ongewenste in een gewenste zwangerschap. Tijdens een zwangerschap kan de beleving ervan veranderen maar ook omstandigheden kunnen veranderen denk aan scheiding, ziekte, overlijden van een partner of anderszins. We spreken liever van een onbedoelde of ongewenste zwangerschap dan een ongeplande zwangerschap omdat je een zwangerschap niet altijd kunt plannen.

### 7.2 Cijfers over onbedoelde en ongewenste zwangerschap

Het risico op een onbedoelde zwangerschap wordt veelal gemeten aan de hand van cijfers onder seksueel actieve vrouwen in de vruchtbare leeftijd die geen anticonceptie gebruiken en niet zwanger willen raken. De kans op een zwangerschap is groter als je vaker seksueel actief bent en penis in vagina seks hebt en nog jong bent. Met het ouder worden neemt de vruchtbaarheid af. Een vrouw kan ook zwanger raken als ze wel anticonceptie heeft gebruikt maar deze niet goed heeft gebruikt of de methode faalde. Met name bij het gebruik van kort werkende methoden zoals pil of condoom kan iets mis gaan in het gebruik of men kan methoden gebruiken die minder betrouwbaar zijn zoals bijvoorbeeld periodieke onthouding of terugtrekken.

In 2023 heeft één op de tien van de 18 tot 50 jarige vrouwen het afgelopen jaar ervaring gehad met een onbedoelde zwangerschap. Hiervan is bij 4 van de 1000 onbedoelde zwangerschappen, de zwangerschap ongewenst (Monitor seksuele gezondheid, 2024).

In 2017 kregen negentien van de duizend meiden te maken met een ongewenste zwangerschap. In 2023 werden 35 op de duizend meiden van 17 tot 25 jaar zwanger. Hiervan waren tien op de duizend zwangerschappen ongewenst. Hoe ouder men is, hoe meer ervaring er is met een zwangerschap. Hoe jonger, hoe groter de kans dat de zwangerschap ongewenst is.

Jaarlijks zijn er ongeveer 31.000 vrouwen die hun zwangerschap in Nederland laten afbreken. Hiervan komt 10% uit het buitenland. In 2022 was er voor het

eerst in alle leeftijdsgroepen een stijging te zien in het aantal abortussen waarmee het totaal voor het eerst sinds jaren uitkwam op 35.606 zwangerschapsafbrekingen. Onder jongeren tussen 25 tot 30 jaar was de hoogste stijging te zien. Zie ook het [kennisdossier abortus](#). Onder abortuscliënten blijkt dat een derde geen anticonceptie gebruikte in de voorafgaande maanden aan de ongewenste zwangerschap. Een derde had de pil gebruikt en een derde het condoom. Hier ging iets mis met anticonceptie of de anticonceptie faalde (Twisk & Wijzen, 2017).

### **7.3 Risicofactoren bij een onbedoelde zwangerschap en kwetsbare groepen**

De belangrijkste oorzaak van een onbedoelde zwangerschap is niet of niet goed gebruik van een betrouwbare anticonceptiemethode. Factoren die bijdragen aan niet goed gebruik of geen gebruik van anticonceptie hangen samen met beperkte toegang tot informatie, onjuiste kennis, negatieve attitude, conservatieve gendernormen, lagere gezondheidsvaardigheden, cognitieve beperking, lage risico inschatting, ambivalente kinderwens, sterke afhankelijkheidsrelaties, maar ook de leefomstandigheden en omgevingsfactoren en jeugdervaringen kunnen een rol spelen.

Zo blijkt uit onderzoek dat een instabiele thuissituatie, problematische jeugd, negatieve seksuele ervaringen, schadelijke of ongelijkwaardige relaties en een gebrekkig toekomstperspectief het risico op onbedoelde zwangerschap bij jongeren vergroten (Cense & Dalmijn, 2016). Bij mbo ½, vroege schoolverlaters of jongeren die geen school of opleiding volgen, komen bepaalde risicofactoren meer voor zoals een instabiele jeugd, schadelijke of ongelijkwaardige relatie en gebrek aan kennis en informatie over vruchtbaarheid en anticonceptie. Zij hebben ook juist vaak wat minder beschermende factoren in hun leven maar staan soms ook positiever tegenover het krijgen van een kind (Finkenflügel et al., 2024).

Ook mensen die leven in kwetsbare omstandigheden en of te maken hebben met multi-problematiek als verslaving, dakloosheid, ongedocumenteerd, psychiatrische problemen, schulden of andere problemen, lopen meer risico. Zij hebben soms te veel problemen aan hun hoofd waardoor ze minder bewust bezig zijn met kinderwens, hun anticonceptie niet goed of tijdig kunnen regelen en of ze hebben niet voldoende middelen om anticonceptie te betalen. (Methodiekbeschrijving Nu Niet Zwanger, 2022).

Daarnaast zijn er ook groepen die veel wisselende contacten hebben, onvoldoende zijn voorbereid op het seksuele contact of verminderd weerbaar zijn. Mensen met een verstandelijke beperking zijn bijvoorbeeld meer kwetsbaar omdat ze minder toegang hebben tot begrijpelijke informatie, consequenties van hun gedrag niet altijd overzien, hebben vaker conservatieve gendernormen, en vaker een romantisch beeld over jong ouderschap en zwangerschap (van Lisdonk et al., 2016).



## 8 **Beleid anticonceptie en preventie onbedoelde zwangerschap**

### 8.1 **Overheidsbeleid**

Sinds 2018 is er voor het eerst overheidsbeleid om onbedoelde zwangerschappen verder terug te dringen, het zogenaamde zevenpuntenplan onbedoelde zwangerschap. In 2022 heeft het ministerie van VWS een vervolgaanpak uitgezet bestaande uit vier pijlers voor een periode van vier jaar. Extra aandacht gaat uit naar publiekscampagnes om het taboe op onbedoelde zwangerschap en abortus te doorbreken en er wordt meer ingezet op seksuele vorming in het onderwijs, in het bijzonder voor kwetsbare groepen in het speciaal onderwijs en mbo. Ook moet de informatievoorziening rondom anticonceptie goed geregeld zijn, ook voor niet-Nederlandstaligen en laaggeletterden. Daarnaast wordt ingezet op vergoeding van anticonceptie voor groepen die leven in kwetsbare omstandigheden zoals de Nu Niet Zwanger doelgroep en is er een speciale subsidieregeling ingezet voor anticonceptiecounseling na een abortus in de abortusklinieken. De andere pijlers richten zich op keuzehulp, kwetsbaar ouderschap en kennisontwikkeling. Voor dit laatste is een apart programma "Onbedoelde zwangerschap en kwetsbaar (jong) ouderschap" ingericht. Via het leernetwerk KOOZ wordt alle kennis gedeeld. Extra aanvullend onderzoek vindt plaats naar factoren die bijdragen aan een onbedoelde zwangerschap, omstandigheden die bijdragen aan besluit tot afbreken dan wel uitdragen van een zwangerschap en ervaringen en behoeften aan zorg (Ministerie Volksgezondheid en Sport, 2022).

### 8.2 **Educatie en seksuele vorming**

Sinds 2018 financiert VWS een aparte stimuleringsmaatregel Relaties en Seksualiteit waarbij scholen via de Gezonde School van de GGD extra ondersteuning kunnen krijgen om seksuele vorming goed te borgen in het onderwijs. Ook preventie van onbedoelde zwangerschap maakt hier onderdeel van uit. Er zijn verschillende onderwijsmaterialen en erkende interventies waar scholen zelf een keuze uit kunnen maken. Zo is er een goed onderbouwde interventie Lang Leve de Liefde voor het MBO bestaande uit 6 lessen die het gebruik van betrouwbare anticonceptie stimuleert als je seksueel actief bent. De stimuleringsmaatregel wordt op kwaliteit en kwantiteit gemonitord door het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2021).

Een onderzoek naar bekendheid van anticonceptiemethoden laat zien dat vrouwen in de leeftijd van 18-44 jaar, kennis hebben van verschillende anticonceptiemethoden. Het minst bekend zijn vrouwen met de anticonceptiering en de pleister (Organon & Ipsos 2022).

Uit het onderzoek Seks onder je 25<sup>ste</sup> (de Graaf et al., 2024) komt naar voren dat 43% van de meiden te weinig informatie en 17% geen informatie op school heeft gehad over anticonceptie. En 56% van de meiden heeft te weinig of geen informatie gehad over zwangerschap of abortus.

30% van de meiden en 66% van de jongens praat nooit met ouders over pil of anticonceptie. 41% van de meiden en 62% van de jongeren praat nooit met de ouders over zwangerschap en abortus. Meiden praten hier met vrienden beduidend meer over dan de jongens. Bijna twee derde van de jongens praat hier nooit over met vrienden (de Graaf et al., 2024).

### **8.3 Campagnes**

De overheid heeft in het verleden landelijke campagnes gefinancierd zoals de vrij veilig campagnes waarin condoomgebruik werd aangemoedigd. Deze campagne liep van 1987 tot 2011. De boodschap over veilig vrijen is hierna op de achtergrond geraakt.

In 2020 heeft de overheid als onderdeel van het zevenpuntenplan onbedoelde zwangerschap, een landelijke campagne geïnitieerd om de kennis over anticonceptie onder jongeren te vergroten. Deze campagne De Vrij Veilige Dating show nodigde jongeren via een online datingplatform uit met verschillende anticonceptiemiddelen een gepaste keuze te maken. In 6 afleveringen onder begeleiding van Eva Cleven konden kandidaten zelf kiezen welke anticonceptiemethode het beste bij hen past. De video's van de datingshow zijn op een YouTube-kanaal van Sense.info geplaatst en via social media verspreid. De campagne liep gedurende 3 maanden vanaf maart 2020 t/m juni 2020 en richtte zich op jongeren tussen de 17 en 24 jaar. De campagne uitingen zijn meer dan 12.000.000 keer bekeken. En de YouTube views liggen per aflevering tussen de 6.000 en 13.600. De jongeren waardeerden de campagne met een rapportcijfer 7.2. Een onderzoek naar de impact van de campagne laat zien dat meer jongeren, vooral lager opgeleiden, weten dat mannen- en vrouwencondoom bescherming biedt tegen een soa. Ook weten jongeren beter waar anticonceptie te krijgen is en welke voorbehoedsmiddelen er bestaan (DVJ insights, 2021). In 2024 wordt hoogstwaarschijnlijk een vervolg gegeven aan deze campagne.

### **8.4 Anticonceptiezorg**

Er is geen apart beleid waarin anticonceptiezorg wordt geregeld. Ook in de wet publieke gezondheid (WPG) is toegang tot reproductieve zorg niet apart opgenomen. De beroepsgroepen in de zorg zijn zelf verantwoordelijk voor hun kwaliteitsbeleid. De huisartsen, verloskundigen en gynaecologen kunnen anticonceptie voorschrijven en gebruik maken van de richtlijn anticonceptie van de NHG. De zorgprofessionals zijn zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit. Wel is er beleid op aanvullende seksuele gezondheidszorg uitgevoerd door 8 coördinerende GGD-en. Zij zijn verantwoordelijk voor de inrichting van soa sense-sprekuren in de regio en aanvullende seksualiteitshulpverlening. Hieronder valt ook anticonceptiezorg en hulp bij onbedoelde zwangerschap maar dit is niet nader uitgewerkt. Er ontbreekt een coördinerend of sturend overheidsbeleid rondom anticonceptiezorg. Wel hebben de abortusklinieken met een aparte subsidieregeling meer tijd en middelen gekregen voor anticonceptiecounseling aan cliënten na een abortus.

## 8.5 Wat is effectief en wat werkt bij preventie onbedoelde zwangerschap

Een uitgebreide internationale literatuurverkenning naar effectiviteit van interventies en werkzame factoren, laat zien dat onderzoek naar preventie onbedoelde zwangerschap schaars is en vaak van lage kwaliteit. De meeste onderzoeken laten een effect zien op één of meer determinanten van gedrag zoals kennisstroom, attitudeverandering maar minder op gedragsuitkomsten zoals daadwerkelijk gebruik van anticonceptie en of condoms en vermindering van onbedoelde zwangerschappen.

De onderzochte effectstudies van interventies richten zich vooral op seksuele vorming in het onderwijs, gezondheidsvoorlichting, counseling en gezinsplanning in eerstelijnszorg, online informatie en ouder-kind gesprekken. Seksuele vorming in een doorlopende leerlijn vanuit een positieve insteek met aandacht voor rechten, gender en machtsdynamiek is het meest kansrijk. Ook lijkt seksuele vorming in combinatie met peer educatie of voorlichting vanuit een gezondheidscentrum bij te dragen aan effectiviteit.

Motiverende gespreksvoering en een cliëntgerichte benadering waarin de stem van de cliënt centraal staat en geïnvesteerd is in een goede hulpverlener-patiëntrelatie dragen bij aan tevredenheid consult, gebruik en continuatie van anticonceptie.

Onderzoek toont aan dat als er correcte en betrouwbare informatie wordt gegeven en er tijd is om stil te staan bij vragen en zorgen van cliënten, dit bijdraagt aan een meer gemotiveerde keuze. Er zijn aanwijzingen dat een cliënt-centred approach en shared decision-making bij anticonceptiecounseling, positief bijdraagt aan meer tevredenheid en effectiviteit in gebruik van de methode (Picavet, 2016). Door intensieve counseling en een cliëntgerichte benadering, neemt een passende keuze, tevredenheid over de gekozen methode en continuatie in gebruik toe (Gambera et al., 2015; Cavallaro et al., 2015; Crawford et al., 2019; Dehlendorf et al., 2016). Motiverende gespreksvoering is één van de methoden die effectief blijkt te zijn bij een passende keuze en bevordert effectief gebruik (Wilson, 2015).

Peer educatie laat hierop geen effect zien maar in combinatie met positieve seksuele vorming kan dit kansrijk zijn. Ook lijken ouder- en kind gesprekken over seksualiteit en anticonceptie waardevol, maar meer onderzoek is gewenst. Zie voor meer toelichting op de uitkomsten het Wat Werkt Dossier preventie onbedoelde zwangerschap (Vijlbrief et al., 2023).

## 9 Actuele ontwikkelingen en uitdagingen

Het merendeel van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd die seksueel actief is en niet zwanger wil raken, gebruikt een vorm van anticonceptie of een andere methode. Wel zien we verschuivingen in het gebruik van anticonceptie. Pilgebruik daalt en het gebruik van het spiraal neemt iets toe, maar andere langwerkende methoden als de prikpil en implantaat, de pleister en de ring, worden in Nederland nog nauwelijks gebruikt. Een deel van de vrouwen wil meer bewust kiezen voor een methode die goed bij haar past. Echter een ideale methode is er niet voor iedereen.

Er zijn signalen dat meer vrouwen kiezen voor niet-hormonale anticonceptie en overgaan op natuurlijke methoden. Populair lijken de cycle tracking methoden en apps om de ovulatie en menstruatie beter in beeld te krijgen. Er is in 2024 voor het eerst onderzoek gedaan naar redenen en gebruik van natuurlijke methoden onder 18 tot 30 jarigen. 14% gebruikt deze methoden (van der Pijl et al., 2024).

### 9.1 Verplichte anticonceptie

In 2016 kwam verplichte anticonceptie opnieuw op de politieke agenda. De toenmalige minister De Jonge (CDA) pleitte voor verplichte anticonceptie. De aanleiding waren een aantal rechtszaken waar kinderen uit de ouderlijke macht werden gezet vanwege psychiatrische en of verslavingsproblematiek bij ouders en waar elke keer opnieuw een kind werd geboren. Er leek in die gevallen sprake van onverantwoord ouderschap en onveilige opvoedsituaties, geweld en verwaarlozing van kinderen. Er zijn gevallen bekend waar meerdere keren een kind uit huis is gehaald vanwege geweld of verwaarlozing, terwijl de vrouw opnieuw zwanger raakte. Sinds de invoering van de nieuwe Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (Wvggz) in 2020 is het mogelijk dat een rechter een dwangmaatregel oplegt aan vrouwen met psychiatrische problemen. Deze wet vervangt de bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). De wet maakt het mogelijk dat in specifieke gevallen psychiatrische patiënten thuis kunnen wonen met een verplichting tot noodzakelijke zorg in dit geval anticonceptie. Deze maatregel kon opgelegd worden als een ernstig nadeel voor de vrouw of anderen, daarmee voorkomen kan worden. In dit geval gaat het om leed van kinderen in kwetsbare opvoedingsomstandigheden en waar de veiligheid van het kind in het geding is. Ook werd de Wet zorg en dwang van kracht. Hiermee kon deze maatregel ook bij vrouwen met een verstandelijke beperking opgelegd worden. Deze maatregel lijkt echter haaks te staan op het zelfbeschikkingsrecht en de autonomie van (toekomstige) ouders. Ook ethisch werden hier kanttekeningen bij geplaatst. Sinds de invoering van de Wvggz zijn enkele zorgmachtigingen opgelegd en anticonceptie als verplichte zorg toegewezen (website uitspraken.rechtspraak.nl). Op 9 december 2022 bepaalde de Hoge Raad dat rechters geen gedwongen anticonceptie meer mogen opleggen. Dit mag alleen in gevallen waarin een aanzienlijk risico bestaat op levensgevaar of ernstige lichamelijke of psychische schade als gevolg van zwangerschap. De Wvggz biedt volgens hen geen basis voor het voorkomen van “onverantwoord ouderschap” of voorkomen van ernstig nadeel voor een

toekomstig kind. Het recht om te beschikken over het eigen lichaam en keuzen te maken rondom gezinsplanning is vastgelegd in het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (artikel 8) (Hoge Raad, 2022).

Volgens de Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAG) moet een kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking wel sterk ontmoedigd worden mits zij kunnen terugvallen op een goed ondersteunend netwerk. Een dwangmaatregel kan ook averechts werken. Een alternatief is vrijwillige en intensieve counseling vanuit het programma Nu Niet Zwanger opdat vrouwen en mannen in kwetsbare omstandigheden zelf een geïnformeerde en bewuste keuze over kinderwens kunnen maken. Indien ze nu geen kind willen kan ondersteuning geboden worden bij anticonceptie keuze, het regelen van anticonceptie en desgewenst de vergoeding. De pilot van Nu Niet Zwanger liet succesvolle resultaten zien. Uit een pilot kwam naar voren dat 80% van de cliënten die leven in kwetsbare omstandigheden en waarmee het gesprek is gevoerd, de kinderwens wil uitstellen en anticonceptie wil gebruiken zonder dat hier dwang of drang is toegepast (Nu Niet Zwanger.nl).

## 9.2 Gratis anticonceptie voor iedereen

Meerdere malen is in de politiek gepleit voor vergoeding van of gratis anticonceptie. Stichting Bureau Clara Wichmann (HBSC 2021) heeft samen met DeGoedeZaak in 2020 een civiele procedure aangespannen tegen de Staat waarin ze eist dat anticonceptie gratis ter beschikking wordt gesteld voor iedereen. De huidige regeling zou botsen met de Mensenrechten, het gelijkheidsbeginsel, rechtvaardigheidsbeginsel en de reproductieve rechten. Op 6 oktober 2021 heeft de rechtbank de aanklacht als ongegrond verklaard. Wel geeft de rechtbank aan dat er sprake kan zijn van ongelijkwaardigheid in man vrouw relaties en dat het gratis ter beschikking stellen van anticonceptie kan bijdragen aan vermindering van discriminatie. Nu zijn het in de regel de vrouwen die de anticonceptie betalen. Het is niet aan de Staat maar aan de wetgever om dit beter te regelen.

Op 23 augustus 2022 heeft Clara Wichmann met andere organisaties een hoger beroep ingediend tegen de uitspraak van de Rechtbank Den Haag. Op 19 juni 2023 vond de zitting plaats van het hoger beroep. Rutgers steunde dit initiatief. Het zijn vooral vrouwen die anticonceptie gebruiken en deze ook betalen terwijl gezinsplanning en preventie van onbedoelde zwangerschap een gedeelde verantwoordelijkheid zou moeten zijn. Hiermee is sprake van een ongelijke situatie en discriminatie. Het hoger beroep is in september 2023 afgewezen.

## 9.3 Gedeelde verantwoordelijkheid bij anticonceptie

Er is de laatste jaren meer aandacht voor gedeelde verantwoordelijkheid bij anticonceptie. Vrouwen worden nog steeds primair verantwoordelijk gehouden voor anticonceptie maar ook voor bescherming tegen een zwangerschap. Meer dan 80% van de vrouwen gebruikt anticonceptie. 14% van de mannen gebruikt condooms en slechts 4 tot 6% laat zich steriliseren. Vrouwen ervaren ook direct de gevolgen bij een zwangerschap. Een peiling van Rutgers onder 28 tot 30-jarigen laat zien dat driekwart van de jongvolwassenen vindt dat mannen en vrouwen even verantwoordelijk zijn voor anticonceptie. 64% van de vrouwen

vindt dat de man ook zou moeten meedenken en meebeslissen over anticonceptie en 36% is van mening dat de man moet meebetalen aan anticonceptie. Een vijfde van de vrouwen wil niet dat de partner zich bemoeit met haar anticonceptiegebruik. Dat geldt zowel voor vrouwen met een vaste partner als met een losse partner. Vrouwen willen wel dat de partner betrokken is maar een meerderheid (78%) wil zelf graag de regie houden. Een meerderheid van de mannen (83%) voelt zich verantwoordelijk voor bescherming tegen een zwangerschap. 74% vindt het belangrijk om mee te denken en mee te beslissen over de anticonceptiemethode. 58% vindt het logisch om mee te betalen aan anticonceptie. In de praktijk pakt de gedeelde verantwoordelijkheid anders uit. 75% vindt dat beiden evenveel verantwoordelijk zijn voor bescherming tegen zwangerschap maar in de praktijk bleek de verantwoordelijkheid in 45% van de gevallen gelijk verdeeld (Ditzhuijzen et al., 2020).

## 9.4 Anticonceptie voor mannen

Voor mannen zijn er slechts 2 methoden beschikbaar, namelijk het condoom en sterilisatie. Al sinds de jaren 50 wordt er onderzoek gedaan naar mannen-anticonceptie. Aangezien er bij een zaadlozing van de man miljoenen zaadcellen vrijkomen, is het complex om een methode te vinden die de vruchtbaarheid van mannen tijdelijk stil legt zonder bijwerkingen en of verlies van mannelijkheidskenmerken. Ook is de farmaceutische industrie terughoudend om hierin te investeren omdat de markt hiervoor te klein zou zijn. In Nederland werd jaren geleden onderzoek gedaan naar de mannenpil door Organon. In 2003 waren er hoopvolle berichten dat de "mannenpil" er zou komen. Het ging om twee keer per jaar een implantaat en elke 10 tot 12 weken een injectie met testosteron. Het implantaat met progestageen remde de productie van spermacellen af maar verminderde ook de mannelijkheidskenmerken. Daarom was er ook een injectie met testosteron nodig. Het onderzoek werd gestopt omdat de methode niet gebruiksvriendelijk genoeg was. Het gebruik leidde tot een verlaagd libido en hormonale bijwerkingen. Tot nu toe zijn ook veel andere onderzoeken gestrand omdat het middel niet effectief bleek en of te veel bijwerkingen vertoonde (acné, minder haargroei, hoofdpijn, etc.), verlies van mannelijkheidskenmerken, lager libido of blijvende onvruchtbaarheid.

Toch lijkt er wel degelijk een markt te zijn voor mannen anticonceptie. Er zijn ook duidelijke aanwijzingen dat mannenanticonceptie veilig is, tijdens gebruik beschermt tegen een zwangerschap, aantrekkelijk is om te gebruiken waarbij de bijwerkingen voor mannen acceptabel zijn (Page et al., 2020). Zo zijn er vier klinische studies die veelbelovend zijn: de Nes-T gel, de Vasalgel, RISUG (Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance) en de DMAU pil naast een niet-hormonale pil EP055. (Dominiak et al., 2021). De onderzoeken laten zien dat het aantal spermacellen door gebruik van bepaalde (hormonale) stoffen gedurende een bepaalde periode, daadwerkelijk gereduceerd wordt met weinig bijwerkingen. Ook blijkt dat na gebruik, de vruchtbaarheid weer terugkeert. Alhoewel veel methoden nog onderzocht worden op effectiviteit, aantrekkelijkheid en veiligheid zonder veel bijwerkingen, lijkt er progressie te zijn. De verwachting is dat over een aantal jaar methoden voor mannen beschikbaar zijn. Een groot probleem is vooral het gebrek aan financiële middelen voor goed onderzoek. Ook is het nog onduidelijk welke eisen bepaalde

instanties stellen als European Medicine Agency (EMA) besluit mannen-anticonceptie toe te laten op de Europese markt.

Men was lang van mening dat vrouwen de regie niet uit handen willen geven over hun vruchtbaarheid. Een stabiele relatie, gender en vertrouwen in effectief gebruik, bevordert een positieve attitude (Eberhardt et al., 2009). De bereidheid van mannen om de mannenpil te gebruiken lijkt toe te nemen. In Spanje en Duitsland zou de bereidheid onder mannen 60% zijn. Een peiling in Nederland onder 3562 jongeren van 16-34 jaar laat zien dat 80% van de jonge vrouwen en de helft van de jonge mannen wil dat er meer middelen voor mannen komen. Maar als de pil of gel echt op de markt komt, zegt 40% van de vrouwen de controle uit handen te willen geven en 39% niet. Een deel ziet ook meer heil in Double Dutch. Maar in een relatie zou 88% van de vrouwen dit aan hun man toe vertrouwen (Een Vandaag, 2021).

Rutgers onderstreept het belang van een meer gedeelde verantwoordelijkheid en probeert in social media campagnes mannen ook meer te motiveren tot condoomgebruik (Trek 'm aan). Om deze campagne te laden heeft Rutgers onderzoek gedaan naar motieven van jonge mannen die wel of geen condooms gebruiken bij losse contacten en one night stands en wat hen kan bewegen tot condoomgebruik (Oldenhof, 2022).

## 9.5 Sceptis ten aanzien van hormonen en opkomst natuurlijke family planning apps

Er is meer sceptis onder jonge meiden en jongvolwassen vrouwen over het gebruik van hormonale anticonceptie. Het lijkt erop dat een groep vrouwen meer controle wil krijgen over haar eigen lijf en kiest voor een meer natuurlijke leefstijl waar hormonale anticonceptie niet meer in past. Ze willen geen kunstmatige stoffen in hun lijf, wantrouwen hormonen en of hebben last van bijwerkingen zoals depressieve klachten of moodswings, het gevoel niet meer zichzelf te zijn of andere psychische problemen.

Er lijkt een groeiende groep die vooral apps en andere hulpmiddelen gebruikt om beter zicht te krijgen op de eigen menstruatiecyclus en de vruchtbare dagen. Dit lijkt ook als anticonceptiemiddel gebruikt te worden. Er waren eerder aanwijzingen dat vooral vrouwen van 26 en 35 jaar deze apps gebruiken, die vaak een vaste relatie hebben en een ambivalente kindwens en bovenal vertrouwen in de methode hebben en het goed zelf kunnen gebruiken (Wiersma, 2020). Recent onderzoek laat zien dat ook onder jonge vrouwen er een groep is die natuurlijke methoden gebruikt. 80% had een vaste relatie en 50% zou het vervelend vinden als ze nu zwanger zouden raken (van der Pijl et al., 2024) Er is ook meer angst voor de schadelijke bijwerkingen van hormonale anticonceptie en de invloed op de eigen gezondheid en psychisch welbevinden. Een recente peiling van Een Vandaag liet zien dat 25% van de jongeren ontevreden was over de anticonceptiepil en dat ze hormonen ongezond vinden. (Een Vandaag 2023). In hoeverre de negatieve berichtgeving over hormonale anticonceptie op sociale media van invloed is op het gebruik of toename van deze methoden weten we nog onvoldoende. Ook weten we niet of het aantal onbedoelde of ongewenste zwangerschappen hierdoor stijgt. Er waren hiertoe in 2022 wel signalen vanwege stijgende abortuscijfers maar de beschikbare data konden hiervoor geen verklaring geven.

Het is in elk geval van belang dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de invloed van anticonceptie op het bredere spectrum van psychisch welbevinden van gebruikers. In de counseling is meer aandacht nodig voor de zorgen van vrouwen over hormonen, de ervaren bijwerkingen en het gebruik en betrouwbaarheid van meer natuurlijke methoden.

## **9.6 Innovaties in anticonceptie en andere methoden**

Er zijn recentelijk geen grote innovaties geweest op terrein van anticonceptie. Bij nieuwe methoden gaat het vaak om een andere hormonale dosering of samenstelling van de pil. Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar betrouwbaarheid en veiligheid van niet-hormonale anticonceptiemiddelen en een duurzaam reversibel middel zoals Choice for Women (Biter, 2022). De eisen voor hormonale anticonceptie zijn de laatste jaren verder aangescherpt. Dat maakt het lastig voor farmaceuten om hierin te investeren. Onderzoek is kostbaar en tijdrovend, en er moet een markt voor zijn.

Door nieuwe technologische ontwikkelingen zijn er wel meer cycle tracking methoden en family planning apps beschikbaar om de natuurlijke cyclus en de vruchtbare dagen te meten. De apps kunnen bij adequaat en langdurig gebruik via algoritmes redelijk nauwkeurig in kaart brengen hoeveel dagen iemand vruchtbaar is maar kunnen deze niet altijd goed voorspellen (Berglund et al., 2017). Het gebruik van dergelijke methoden vraagt een sterke motivatie, discipline van de gebruiker en betrokkenheid van de partner. Bij vrouwen met een onregelmatige cyclus of een chaotische of onregelmatige leefstijl werkt dit minder goed. De vraag is ook of dergelijke methoden geafficheerd kunnen worden als een anticonceptiemethode. Het is eerder een bewustwordingsmethode om inzicht te krijgen in de vruchtbare dagen. De informatie over deze methoden en apps is vaak beperkt of eenzijdig. En huisartsen zijn niet altijd op de hoogte van de werking en betrouwbaarheid van deze methoden. Ook is er nog weinig onderzoek naar effectiviteit van deze methoden en het onderzoek is overwegend van lage kwaliteit. De betrouwbaarheid varieert per methode van 9 tot 25 zwangerschappen op de 100 vrouwen bij praktisch gebruik. Wel lijkt een combinatie van methoden (temperaturen, slijmvliesmeting, en kalendermethode) de betrouwbaarheid te vergroten. Echter de data zijn gebaseerd op zelfrapportages van gebruikers. Het is niet altijd duidelijk of elke ongewenst of onbedoelde zwangerschap werd geregistreerd bij seks tijdens de vruchtbare dagen, en of er wel of niet een condoom werd gebruikt (Peragallo et al., 2018).



Anticonceptie is een boeiend onderwerp en kent veel aspecten en perspectieven. Anticonceptie beschermt niet alleen tegen een ongewenste zwangerschap maar biedt ook de mogelijkheid om zonder zorgen te genieten van penis in vagina seks. Er zijn veel verschillende methoden voor vrouwen, maar de ideale methode bestaat nog niet. Elke methode heeft voor- en nadelen. Het repertoire voor mannen is nog steeds heel beperkt.

Niet iedereen heeft gelijke toegang tot informatie over alle methoden. Met name laaggeletterden, nieuwkomers of niet-Nederlandstaligen hebben minder toegang tot betrouwbare en begrijpelijke informatie. Vrouwen gaan online steeds meer op zoek naar relevante en betrouwbare informatie over anticonceptie en praten hierover met elkaar. Er leven veel vragen en zorgen over hormonale anticonceptie. De informatie op social media is soms onjuist, beperkt, eenzijdig of sturend. Dit kan invloed hebben op de keuze. Er lijkt een spanningsveld te ontstaan tussen de ervaringsdeskundigheid en de eigen regie van vrouwen en de medische deskundigheid en autoriteit van de arts.

Betrouwbare, begrijpelijke en relevante informatie blijft essentieel maar er is wellicht ook behoefte aan een platform om met een deskundige in een gelijkwaardige dialoog twijfels en zorgen te bespreken en samen te kijken wat het beste past. Het is vooral aan de vrouwen zelf (al of niet met partner) om hierin een afgewogen keuze te maken. Welke keuze dat ook is. Dat soms meer intensieve counseling en maatwerk. Een richtlijn of standaard over anticonceptie is hierin niet afdoende.

Vanuit Rutgers pleiten we ervoor dat vrouwen en mannen gelijke toegang hebben tot betrouwbare en complete informatie en dat de verantwoordelijkheid voor een zwangerschap niet alleen bij vrouwen wordt gelegd. Het is wenselijk dat jongeren hier al op jonge leeftijd van bewust zijn en als ze seksueel actief worden kinderwens en anticonceptie met elkaar kunnen bespreken. Hiervoor is ook een ondersteunende omgeving relevant zonder een taboe op seksualiteit en zwangerschap.

Tegelijkertijd is er ook meer onderzoek nodig naar het gebruik van natuurlijke methoden en de impact en werking van hormonen op het psychosociaal welbevinden van gebruikers. Dit zijn vaak tijdrovende en kostbare onderzoeken waar in Nederland meer geld voor vrij gemaakt moet worden.

Een onbedoelde zwangerschap kan iedereen overkomen. Maar niet iedereen heeft regie op kinderwens en anticonceptie. Sommigen lopen meer risico op een ongewenste zwangerschap dan anderen. Een deel leeft ook in kwetsbare omstandigheden. Ook zij hebben recht op informatie en ondersteuning zodat ze zelf een bewuste en geïnformeerde keuze kunnen maken, welke dat ook is.

## 11 Referenties

- Barnhoorn, P., Bruinsma, A., Bouma, Z., Koetsier, M., Kurver, M., van der Sande, R., van der Wijden, C., Van Groeningen, C. (2023). *NHG standaard Anticonceptie*, NHG richtlijnen. [Anticonceptie | NHG-Richtlijnen](#).
- Beerthuizen, R. (2018). *Anticonceptie op maat. Van puberteit tot overgang*, Springer, Healthcare.
- Berglund, E., Lundberg, O., Kopp Kallner, H., Gemzel Danielsson, K., Trussel, J., Scherwitzl, R. (2017). *Perfect-use and typical-use Pearl Index of a contraceptive mobile app*. Elsevier, *Contraception*, 96, 420-425.
- Biter, Y. (2022). Investeren in anticonceptie: ons voornaamste doel is dat ieder kind gewenst is, M&A [Investeren in anticonceptie: 'Ons voornaamste doel is dat ieder kind gewenst is' - M&A \(mena.nl\)](#).
- Bommel, M., IntHout J., Veldmate G., Kets., de Hullu, A., van Altena, A., Harmsen, M. (2022). *Contraceptives and cancer risks in BRCA 1/2 pathogenic variant carriers: a systematic review and meta-analysis*, *Human Reproduction Update*, vol 29. 2:197-217.
- Bonneux, L., Zaadstra, B., de Beer, J. (2008). *Verstandige gezinsplanning: niet te laat maar ook niet te vroeg kinderen krijgen*, *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, (152) 1507-12.
- Cavallaro, F., Benova, L., Owolabi, O., Ali M. (2019). *A Systematic review of the effectiveness of counseling strategies for modern contraceptive methods; what works and what doesn't?* *BMJ Sexual Reproductive Health*, 46:254-269.
- Cense, M., Dalmijn, E. (2016). *In één klap volwassen. Over tienerzwangerschap*. Rutgers & Fiom.
- Centraal Bureau Statistiek. (2021). *Leefstijlmonitor seksuele gezondheid*, Rutgers & Soa Aids Nederland.
- Centraal Bureau Statistiek. (2021). *Geboren kinderen* [Geboorte \(cbs.nl\)](#).
- College ter beoordeling Geneesmiddelen. (2020).
- Geneesmiddelen-informatiebank.
- Crawford, N., Guise, J., Chen, M., Grey, T., Feldblum, J., Gallo M. (2019). *Strategies to improve adherence and continuation of shorter-term hormonal methods of contraception*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

- de Graaf, H., van den Borne, M., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Rutgers, Soa Aids Nederland.
- De Graaf, H. de, Oldenhof, A., Kraan, Y., Beek, T., Kuipers, L., & Vermey, K. (2024). *Seks onder je 25e . Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2023*. Delft: Eburon.
- de Wit, A., Booij S., Giltay, E., Joffe, H., Schoevers, R., Oldehinkel, A.(2020). *Association of Use of Oral Contraceptives With Depressive Symptoms Among Adolescents and Young Women*. JAMA Psychiatry. 2020;77(1):52-59.
- Dehlendorf, C., Henderson, J.T., Vittinghoff, E., Grumbach, K., Levy, K., Schmittiel, J., Steinauer, J. (2016). *Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use*. American journal of obstetrics and gynaecology, 215(1), 78-e1.
- Dehlendorf, C., Levy, K., Kelley, A., Grumbach, K., & Steinauer, J. (2013). *Women's preferences for contraceptive counseling and decision making*. Contraception, 88(2), 250-256.
- Depender (2023) [Anticonceptie kosten - vergoeding \\*update\\* 2023 - Independer](#)
- van Ditzhuijzen, J., Coehoorn, I. (2020). *We doen het samen*. Resultaten peiling over gedeelde (m/v) verantwoordelijkheid bij anticonceptiegebruik, Rutgers.
- Dominiak, Z., Huras, H., Krecisz P., Krzeszowski.W., Szymanski, P., Czarnecka, K. (2021). *Promising results in development of male contraception*. Bioorganic & Medical Chemistry Letters 41, Elsevier.
- DVJ insights. (2021). *Rapport Veilige Datingshow, campagne effect onderzoek seksuele gezondheid-voorbehoedsmiddelen*.
- Eberhardt, J., Wersch, A. van, Meikle, N. (2009). *Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable relationships*. Family Planning Reproductive Health Care. 35 3 161-165.
- Een Vandaag. (2021). *Opinie peiling via een panel naar mannen-anticonceptie*.
- Een Vandaag. (2023). *Hormonen in anticonceptie, cijfers jongerenpanel*.
- Elp, M., Oude Lansink, M., Eekeren, R., Van Puijenbroek, E. (2020). *Hormonale anticonceptie veroorzaakt soms angst en paniek*. Pharmaceutisch Weekblad 156/50.
- European Population Fund. (2019). *Contraception Atlas*.
- Finkenflügel, R., Vijlbrief, A., Joemmanbaks, F., Oldenhof, A., de Graaf, H. (2024). *Understanding Vulnerability. Onderzoek naar onbedoelde*

- Freedman, L., Isaacs, S. (1993). *Human Rights and Reproductive Choice*. Studies in Family Planning. 24 (1) 18-30.
- Gambera, A., Corda, F., Papa, R., Bastianelli, C., Bucciantini, S., Dessole S., Beligotti, F. (2015). *Observational, prospective, multicentre study to evaluate the effects of counselling on the choice of combined hormonal contraceptives in Italy*. The ECOS (Educational Counselling effects) study. BMC women's health, 15(1), 1-11.
- Harvey, M., Henderson, T., Thorburn, S. (2004). *Protecting Against Both Pregnancy and Disease: Predictors of Dual Method Use Among a Sample of Women*. Women & Health. 39:25-43.
- HBSC. (2021). *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Trimbos.
- Heijden, Helmerhorst, Van Vliet (2019). *Hormonale anticonceptie geen oorzaak van depressie*. Gebu, (53) 54-60.
- Hoge Raad. (2022). *Conclusie uitspraken Wvvgz, anticonceptie als vorm van verplichte zorg?*
- Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. European Journal Contraception Reproductive Health Care (21)158-67.
- Independer. (2022) Dossier: zorgverzekering.
- International Planned Parenthood Federation. (2009). *Statement contraceptive Counseling*.
- Ipsos. (2022). *Peiling tevredenheid anticonceptie*, in opdracht van AVA.
- Iversen. L, Sivasubramaniam. S., Lee A, et al.(2017). *Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study*. American Journal of Obstetrics and Gynecology.
- Journal: American Medical Writers Association Journal, (27), 3, 106-111.
- Kerncijfers Leefstijlmonitor seksuele gezondheid 2021*. (2022). Rutgers en Soa Aids Nederland.
- Klerkx, M. (2019). *Het Osse Organon en de anticonceptiepil*. Brabants Erfgoed.
- Leefstijlmonitor seksuele gezondheid*. (2022). Rutgers en Soa Aids Nederland Marcin, 2016.

- Malmborg, A., Persson, E., Brynhildsen, J., Hammer, M. (2016). *Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire based study of young Swedish Women*. European Journal Contraceptive Reproductive Health Care, 21:158-67.
- Merki-Feld, G., Caetano, C., Porz, T., Bitzer, J. (2018). *Are there unmet needs in contraceptive counseling and choice? Findings of the European Tanco Study*. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 23:3, 183-193. Opgehaald van [Full article: Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study \(tandfonline.com\)](#).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2022). *Aanpak onbedoelde en ongewenste Zwangerschap 2022-2025*.
- Methodiekbeschrijving Nu Niet Zwanger. (2022). Nu Niet Zwanger en van Montfoort. [Home - Home \(nunietswanger.nl\)](#).
- Monitor onbedoelde (tiener-)zwangerschappen. (2021). *Cijferoverzicht RIVM, VWS*.
- Monitor Seksuele Gezondheid. (2024). *Nog niet gepubliceerd*. Rutgers, RIVM, CBS.
- Mørch, L., et al. (2017). *Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer*, New England, J Med, 377; 2228-2239.
- Oldenhof, A., (2022). *Motieven van jonge mannen om wel of niet condooms te gebruiken tijdens losse contacten en one night stands*, Rutgers (intern rapport).
- Olofsen, S., van Ditzhuijzen, J., van der Vlugt, I. (2020). *Onderzoek naar ervaringen van jonge vrouwen met het eerste anticonceptieconsult*, Rutgers.
- Organon, Ipsos. (2022) *Unplanned pregnancies*.
- Rechtszaak. Op de website uitspraken.rechtspraak.nl kan gezocht worden op rechtszaken met verplichte anticonceptie.
- Page, T., Blithe, D., Wang, C. (2022). *Hormonal male contraception getting to market*, in Perspective Frontiers. Endocrinologie, 13.
- Peil.nl in samenwerking met Dokters van de Wereld, (2019). *Kosten anticonceptie*.
- Peragallo, U., Polis, B., Jensen, T., Greene, M., Kennedy, E., Stanford, J. (2018). *Effectiveness of Fertility Awareness Based Methods for Pregnancy Prevention, A systematic review*. Obstetrics & Gynecology, 00:1-14.

- Picavet, C. (2016). *Contraceptive decision-making, the contraceptive cycle*. Proefschrift, Rutgers.
- Rice, L. (2012). Overview of Human Fertilization and Egg activation.
- Rijksoverheid (2023) basispakket zorgverzekering.
- Rijksinstituut IVM, MEBI (2022) Jaarrapportage 2022, met terugblik op 5 jaar meldingen bij MEBI.
- Rosenberg, M. (2015). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 326 p.
- Skovlund, C., Morch, L., Kessing, L., Lidegaard, O. (2016) Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry*. Nov. 1; 73 (11) pp 1154-1162.
- Trussell J. (2011). *Contraceptive failure in the United States*. *Contraception* 2011; 83:397-404.
- Twisk, D., Wijzen, C. (2017). *Landelijke Abortus Registratie*, Rutgers.
- United National Fund Population Agency. (2023). *Unmet needs family planning*.
- van der Heijden, S., Helmerhorst, F., van Vliet, I., de Vries. (2019). *Hormonale anticonceptie geen oorzaak van depressie?* *Gebu* 2019; 53:45-60.
- Van der Pijl, M., de Graaf, H., van der Vlugt, I. (2024). *Het gebruik van natuurlijke methoden om een zwangerschap te voorkomen*. Rutgers.
- van der Vlugt, I. (2017). *Verkenning beleid en praktijk anticonceptieconsulten en dienstverlening bij de Centra Seksuele Gezondheid*. Rutgers.
- van Elp, M., Oude Lansink, M., van Eekeren, R., en Puijenbroek, E. (2020). *Hormonale anticonceptie veroorzaakt soms angst en paniek*. *Pharmaceutisch Weekblad* (11) 156/50.
- van Lisdonk J., Dalmijn, E., Cense, M. (2016). *Gewoon gezellig, met zo'n buik' Tiernerszwangerschap bij meiden met een licht verstandelijke beperking*. Rutgers, Fiom.
- Vijlbrief, A., van der Vlugt, I., Redert, A., Olofsen, S., Beek T. (2023) *Wat werkt dossier, preventie onbedoelde zwangerschap*, Rutgers, Utrecht (nog niet gepubliceerd).
- Walchenbach, L. (2023). *Onderzoek naar informatie over anticonceptie op Tik Tok*, intern rapport Rutgers.
- Wieberdink en Koren. (2002). *De seksuele moraal voor en na de pil, in 'Andere tijden', aflevering 558*.

- Wiersma, D. (2020). *The re-feminization of contraception. Rejecting hormonal contraceptives, trusting the natural cycle*. Thesis. University of Amsterdam.
- Wijzen, C., de Graaf, H. (2018). *Leefstijlmonitor seksuele gezondheid, hoofdstuk zwangerschap en reproductie*. Rutgers.
- Wilson, A., Nirantharakumar, K., Truchanowicz, E., Surenthirakumaran, R., MacArthur, C., & Coomarasamy, A. (2015). *Motivational interviews to improve contraceptive use in populations at high risk of unintended pregnancy: a systematic review and meta-analysis*. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, (191), 72-79.
- World Health Organization. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Fifth edition.
- World Health Organization. (2018). *Family Planning - A global handbook for providers*.