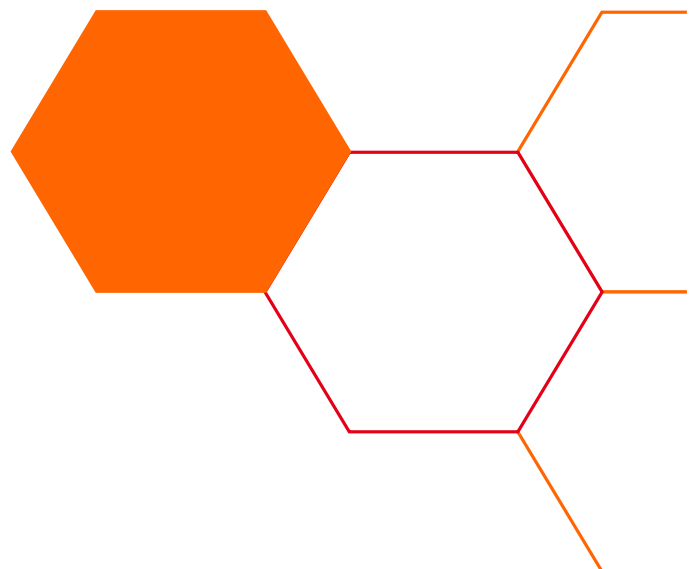


Regional riktlinje för antikonception

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne, framtagna i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören.



INNEHÅLL

FÖRORD	3
DOKUMENTINFORMATION	4
BAKGRUND	5
EFFEKTIVITET	7
RUTIN VID PREVENTIVMEDELSFÖRSKRIVNING	7
OLIKA METODER	10
HORMONELLA METODER	10
INTRAUTERINA INLÄGG (SPIRAL)	16
STERILISERING	20
PREVENTIVMEDEL VID SPECIELLA TILLSTÅND OCH TILLFÄLLEN	21
LÄKEMEDELSINTERAKTIONER	26
AKUTPREVENTIVMEDEL	26
REFERENSER OCH LÄNKAR	28

FÖRORD

Det övergripande syftet med preventivmedel är att förhindra uppkomsten av oönskade graviditeter och att bevara fertiliteten fram till den tidpunkt då en graviditet är aktuell. Preventivmedelsrådgivningen syftar även till att främja sexuell och reproduktiv hälsa. Barnmorskor handlägger självständigt rådgivning och förskrivning av preventivmedel till friska kvinnor på indikation antikonception. All preventivmedelsrådgivning bör vara individuellt anpassad. Det är viktigt att informationen är saklig och att fördelar, biverkningar och eventuella risker med metoden presenteras för kvinnan/paret.

Fastställt 2019-02-13



Pia Lundbom

Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

DOKUMENTINFORMATION

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Louise Thunell	Med dr, överläkare	louise.thunell@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör	pia.lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Kunskapscentrum kvinnohälsa		
Kontaktperson Koncernkontoret	Håkan Miörner	Medicinsk rådgivare	hakan.miorner@skane.se
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Publicerare	carina.l.akesson@skane.se

GILTIGHETSTID

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2015-02-19	2016-12-31	Louise Thunell
Revidering	2017-01-01	2017-09-30 (förlängning)	Lina Åkesson
Revidering	2019-02-13	2021-01-31	Louise Thunell, Karin Hallstedt

BAKGRUND

Principerna och grunderna för preventivmedelsförskrivning finns fastlagda i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:21)

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer1996/1996-10-21>

samt i Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation - Antikonception, april 2014,

<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Antikonception/>

De individer som omnämns erbjudas preventivmedel eller rådgivning i denna riktlinje refereras oftast till som kvinnor. Vi är medvetna om att inte alla som är i behov av preventivmedel identifierar sig som kvinnor, vilket naturligtvis bör beaktas i mötet med individen.

SUBVENTION AV PREVENTIVMEDEL

Ungdomssubventionen i Region Skåne innebär att hela egenavgiften för preventivmedel inom läkemedelsförmånen subventioneras för kvinnor till och med 25 års ålder. En förteckning över alla aktuella preventivmedel finns på hemsidan för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) under arbetsgruppen för familjeplanering (FARG). Här anges också ungefärliga priser och huruvida preventivmedlet ingår i läkemedelsförmånen. Listan uppdateras några gånger per år.

<https://www.sfog.se/start/arg/familjeplanering-farg/rapporter/raad-och-riktlinjer/>

SAMMANFATTNING AV DE VIKTIGASTE BUDSKAPEN

- Preventivmedelsrådgivningen syftar till att hitta en metod som kvinnan blir nöjd med och som hon använder korrekt och konsekvent, men som bevarar fertiliteten till dess att graviditet blir aktuellt.
- Kvinnor med hög fertilitet bör använda metoder med hög effektivitet för att undvika graviditet.
- LARC- Long-acting reversible contraceptives kan rekommenderas de flesta kvinnor (Spiral; både hormon och koppar, Implantat) då de har högst effektivitet.
- Preventivmedel utan hormoner: Barriärmetoder, Cykelmetoder och Kopparspiral.
- Preventivmedel med enbart gestagen: Hormonspiral, Minipiller, Mellanpiller, Implantat (P-stav), Högdos P-spruta.
- Kombinerade hormonella preventivmedel (innehållande både östrogen och gestagen): P-piller, P-plåster och P-ring.
- Biverkansprofilen påverkas av vilket östrogen och vilket gestagen som preventivmedlet innehåller, samt i vilken dos och administreringssätt.
- Alla gestagena metoder ger oförutsägbart blödningsmönster. Allt ifrån oregelbundna blödningar till amenorré. Viktigt med information om detta vid förskrivning.
- Preparat med östrogen ger ett mer stabilt blödningsmönster.
- Långcykelbehandling rekommenderas till alla som använder kombinerade preparat (av monofasisk typ). Det ger högre effektivitet, mindre blödningsmängd och mindre smärta.
- Kvinnor med ökad risk för VTE (Venös tromboembolism) ska inte förskrivas kombinerade metoder. Tänk på att riskerna kan förändras under livet.
- Kvinnor som förskrivas kombinerade metoder skall informeras om ökad risk för VTE, att den är högst de första månaderna, samt informeras om symtom på VTE.
- Unga kvinnor skall erbjudas återbesök frikostigt efter förskrivning då det ökar compliance. Alla som förskrivas hormonella preventivmedel för första gången ska erbjudas återbesök.
- Alla preventivmetoder kan startas när som helst i menstruationscykeln, så kallad Kvickstart.
- Kopparspiral kan användas som akut preventivmedel.
- Ulipristalacetat (UPA) och levonorgestrel (LNG) kan användas som akut preventivmedel. Observera att det förekommer läkemedelsinteraktioner med relativt vanliga läkemedel, inklusive hormonell antikonception.

EFFEKTIVITET

Med effektivitet menas hur väl ett preventivmedel skyddar mot graviditet. Effektiviteten är till viss del beroende av användaren, (se tabell 1).

De mest effektiva preventivmedlen är LARC (long-acting reversible contraception), vilket innefattar p-stav, koppar- och hormonspiral. Dessa metoder har knappt något användarfel och typisk användning blir därför samma som perfekt användning. De rekommenderas till de som önskar det mest effektiva skyddet och spiral kan med fördel rekommenderas även till unga kvinnor som inte fött barn. Unga kvinnor har hög fertilitet och har också svårare att komma ihåg ett dagligt intag av tabletter jämfört med ”äldre” kvinnor varför LARC är att föredra.

Tabell 1. Pearl Index (graviditeter per 100 kvinnoår) för olika metoder vid perfekt användning. Dessutom anges andel graviditeter (%) under första året med olika metoder vid ”typisk” användning (modifierat från Trussell, 2011). OBS, siffror från amerikanska kvinnor, kan se annorlunda ut i Sverige.

Metod	Pearl Index vid perfekt användning	Andel (%) kvinnor med oplanerad graviditet under första årets användning vid ”typisk” användning
Ingen metod	85	85
Manlig sterilisering	0,10	0,15
Kvinnlig sterilisering	0,5	0,5
Hormonspiral (den större)	0,2	0,2
Kopparspiral ($\geq 300 \text{ mm}^2$)	0,6	0,8
Kombinerade p-piller	0,3	9
P-plåster	0,3	9
P-ring	0,3	9
P-spruta	0,2	6
P-stav	0,05	0,05
Mellanpiller (gestagen)	0,3	9
Minipiller (gestagen)	1,1	>9
Pessar och spermiedödande gel	6	12
Spermicider	18	40
Manlig kondom	2	18
Avbrutet samlag	4	22
Naturlig familjeplanering	3–5	24

RUTIN VID PREVENTIVMEDELSFÖRSKRIVNING

RÅDGIVNING

Barnmorskan handlägger självständigt rådgivning och förskrivning av preventivmedel på indikation antikonception till friska kvinnor. Syftet är att förse kvinnan med ett säkert och effektivt preventivmedel som förhindrar oönskad graviditet men som bevarar fertiliteten till dess att graviditet är aktuell. Rådgivningens mål är att förse kvinnan med ett preventivmedel som hon

trivs och är nöjd med och som hon använder på ett korrekt och konsekvent sätt. Rådgivningen ska vara individuellt anpassad.

JOURNAL

Journal ska föras vid varje kontakt, således både vid besök och vid telefonkontakt. Alla åtgärder ska journalföras.

ANAMNES

Anamnesen ska uppdateras och journalföras vid varje kontakt med patienten, även telefonkontakt. Anamnesen bör inkludera:

- Aktuell livssituation
- Tidigare graviditeter
- Tidigare preventivmedel och erfarenhet av dessa
- Tidigare och nuvarande sjukdomar
- Aktuell medicinering
- Hereditet (förekomst hos förstagrads släkting av venös tromboembolism, hjärt-kärlsjukdom eller annan allvarlig sjukdom)
- Menstruationer, blödningsmönster och cykellängd
- Behov av andra effekter än antikonception av preventivmedlet
- Behov av att dölja preventivmedelsanvändning
- Allergier
- Rökning, snus, alkohol och droger.

Vid förstagångsbesök på ungdomsmottagningen bör även frågor som rör psykosocial- och livsstilsrelaterad hälsa beröras i samband med preventivmedelsrådgivningen, såsom kost och motion samt frågor som rör sexuella övergrepp, våld och kränkning.

PROVTAGNING OCH UNDERSÖKNING

- Blodtryck
- Vikt
- Längd
- BMI

Vid nyförskrivning av kombinerad hormonell antikonception kontrolleras blodtrycket igen efter 3-6 månader och därefter årligen de första två åren. För friska kvinnor kan besöken sedan glesas ut till vartannat år för kombinerade metoder och till vart tredje år för gestagena metoder. Årlig receptförnyelse kan däremellan skötas per telefon eller genom mailkontakt med uppdatering av anamnesen. Klamydiaprovtagning ska erbjudas vid varje kontakt. Provet tas på vaginalsekret, vb även analt- och oralt, och kan göras av kvinnan själv.

Ungdomar under 23 år hänvisas i första hand till ungdomsmottagningarna för preventivmedelsrådgivning men kan även omhändertas på barnmorskemottagning i mödrahälsovården. Hos unga kvinnor rekommenderas årliga besök (inte utglesning till vartannat år) när det gäller preventivmedelsförskrivning då följsamheten är sämre hos unga kvinnor och STI-förekomsten är högre.

GYNEKOLOGISK UNDERSÖKNING

Erbjud alltid gynekologisk undersökning i samband med förskrivning. Gynekologisk undersökning ska alltid göras vid symtom, spiralinsättning eller utprovning av pessar. Erbjud cellprov om screeningprogrammet inte har följts, eller om det är mindre än 6 månader kvar till planerad provtagning.

Dokumentera undersökningen inklusive spekulumundersökning med bedömning av vulva, vagina och portio (VVP), uterus storlek och läge.

RUTINER VID FÖRSKRIVNING

Det går bra att skriva ut för ett år i taget även vid nyförskrivning. Erbjud återbesök tre-sex månader efter nyförskrivning av hormonell metod. Informera patienten att hormonella preventivmedel är läkemedel och att det ska uppges vid övriga vårdkontakter. Uppmana till kondom vid nya sexuella kontakter även om kvinnan har ett effektivt preventivmedel.

KVICKSTART

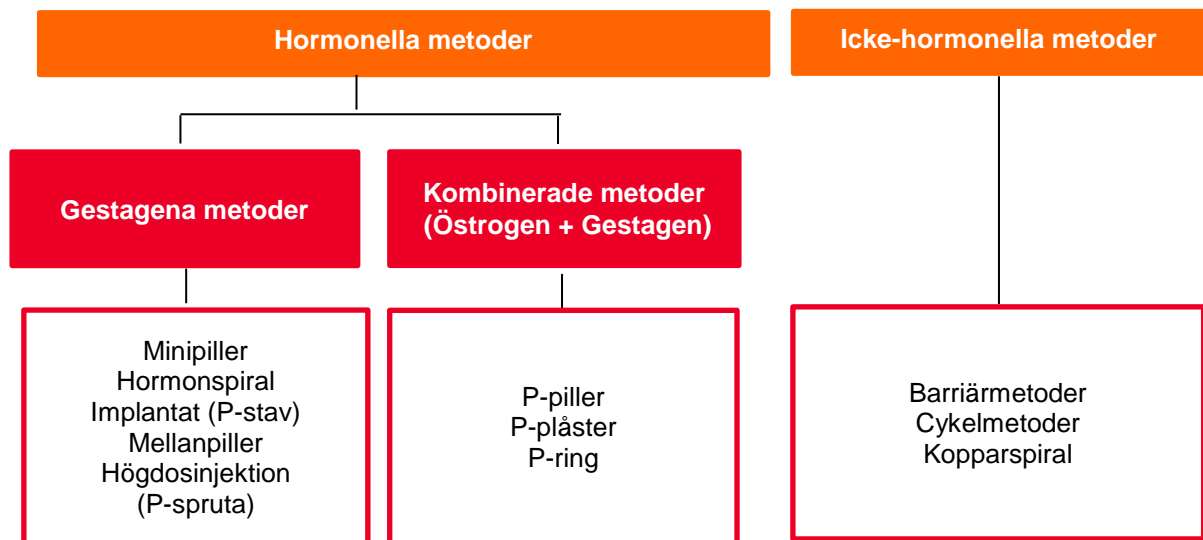
Alla preventivmetoder kan startas när som helst i menscykeln, så kallad kvickstart. Om användningen inte påbörjas under de allra första dagarna av menscykeln bör en barriärmetod användas under en vecka och eventuellt tas graviditetstest efter några veckor.

Det finns sällan anledning att ”panikutsätta” ett preventivmedel. Tidsmässigt går det oftast bra att konsultera läkare först.

Barnmorska ska hänvisa till eller rådgöra med läkare i följande situationer:

- Kvinnor över 40 år som önskar förstagångsförskrivning av kombinerad metod
- Kvinnor över 45 år som önskar fortsatt förskrivning av kombinerad metod
- Rökande kvinnor över 35 år som önskar kombinerad metod
- Vid förekomst av sjukdom eller medicinering och önskemål om hormonell metod
- Vid BMI >30 och/eller blodtryck $\geq 140/90$ och önskan om kombinerad metod
- Vid amenorré/oligomenorré (3 mån eller mer mellan menstruationer) innan antikonnptionsbehandling
- Vid önskemål om hormonell antikonnption på annan indikation än antikonnption
- Vid nytillkomna oklara symtom
- Vid osäkerhet i medicinsk bedömning eller osäkerhet om lämpligt preventivmedel

OLIKA METODER



Vid rådgivningen tas individuell hänsyn till kvinnans fertilitet, önskan av metod, tidigare erfarenheter, hereditet, aktuella och tidigare sjukdomar, vikt, levnadsvanor, ålder etc. Tänk på att dessa faktorer kan ändras mellan förskrivningstillfällena och att det därför är viktigt att ta upp ny anamnes, inklusive hereditet, inför varje förskrivning.

HORMONELLA METODER

KOMBINERAD HORMONELL ANTIKONCEPTION

Med kombinerad metod menas att läkemedlet innehåller både östrogen och gestagen. Till denna grupp räknas kombinerade p-piller, p-ring och p-plåster. Indikationer och kontraindikationer är i stort sett samma för dessa tre.

Verkningsmekanismen är hämning av ovulation och påverkan på cervixsekret och endometriet. Kombinerade hormonella metoder är effektiva preventivmedel med stabilt blödningsmönster.

Positiva hälsoeffekter för kombinerad hormonell antikonception

Kombinerade hormonella preventivmedel har en rad positiva hälsoeffekter. Detta är viktigt att informera kvinnan om. Väg in om kvinnan kan ha nytta av dessa i dina rekommendationer.

- Hög antikonceptionell effektivitet
- Säkra och vältolererade
- Mindre mensblödning
- Mindre dysmenorré
- Skydd mot vissa cancersjukdomar (ovarial, colon, endometrie)
- Ett visst infektionsskydd
- Minskad förekomst av funktionella ovarialcystor
- Regelbunden mens
- Lindring av akne
- Kan förbättra PMS

Preparatval

I första hand ska de preparat förskrivas som rekommenderas av Läke-medelsrådet i Region Skåne, ”Skånelistan”.

Förstahandsvalet vid förskrivning av kombinerad hormonell antikonception är ett monofasiskt p-piller som innehåller något av gestagenerna levonorgestrel eller norgestim, t.ex. Prionelle eller Cilest.

Preparat innehållande dessa gestagener i kombination med etinylöstradiol har något lägre blodproppsrisik jämfört med de övriga. Har kvinnan inte något specifikt önskemål och det inte finns några särskilda positiva eller negativa faktorer som påverkar valet av kombinerad metod bör man börja med något av ovanstående. Om det vid rådgivningssamtalet framkommer faktorer som har betydelse för nöjdhet och följsamhet går det bra att förskriva ett annat kombinerat preparat än ovanstående men det ska då motiveras i journalen varför man frångår rekommendationen.

P-plåster

Finns ett registrerat i Sverige, innehåller etinylestradiol och norelgestromin. Varje plåster används en vecka och minst tre veckor i rad. Långcykelbehandling rekommenderas, se ovan. P-plåster har samma effektivitet som p-piller, men har bättre följsamhet och jämnare serumkoncentration, vilket kan vara fördel för de med cykelrelaterade hälsoproblem. Hudirritation vid applikationsstället kan förekomma.

P-ring

Finns tre registrerade i Sverige vilka innehåller etinylestradiol och etonogestrel. Ringen är en mjuk genomskinlig ring som kvinnan själv sätter in i vagina. Den används i 3 veckor och byts därefter. Långcykelbehandling rekommenderas, se nedan. Fördelar är att man slipper komma ihåg en tablett varje dag. Den har samma biverkningar och risker som andra kombinerade metoder, med tillägg av lokala biverkningar så som vaginala flytningar.

Långcykelbehandling

”Långcykelbehandling” d.v.s. intag av flera kartor/ringar/plåster med aktiva tabletter i följd rekommenderas då det har stora fördelar för de flesta användare. Effektiviteten ökar samtidigt som cykelrelaterade besvär såsom dysmenorré, menstruell migrän och PMS minskar. Även den totala blödningsmängden minskar och därmed minskar risken för anemi.

Vid kontinuerlig behandling får de flesta kvinnor så småningom en genombrottsblödning, men hos vissa kvinnor kan blödning helt utebli. Kvinnan kan, i viss utsträckning, välja när blödningen ska komma, genom att efter 2-3 behandlingscykler göra uppehåll och få en planerad bortfallsblödning. Alternativt kan hon ta tabletterna kontinuerligt tills en genombrottsblödning inträffar och då göra ett uppehåll på 4-7 dagar. Långcykelbehandling gäller för monofasiska tabletter (d.v.s. samma hormoninnehåll i alla tabletter), p-ring och p-plåster.

Blödningsrubbningsar före och under behandling

Oregelbunden menstruation utgör inget hinder för förskrivning. Vid primär amenorré eller mer än 3 månaders mensuppehåll (sekundär amenorré/oligomenorré) ska läkare konsulteras före förskrivning. OBS graviditetstest! Kvinnor med olaga blödning hänvisas till läkarmottagning före förskrivning.

Vid utebliven blödning i två cykler, kontrolleras graviditetstest. Om testet är negativt kan kvinnan fortsätta med sina p-piller. Om månatlig blödning trots allt önskas kan man byta till ett

mer östrogenprofilerat piller. Mellanblödning är vanligt vid behandling med lågdospreparat och förekommer i 10-15 procent av alla cykler. Risken är större vid oregelbundet tablettintag samt under de första månadernas behandling. Om blödningarna inte försvinner kan man byta till annat preparat. OBS! Uteslut klamydiainfektion och graviditet. Glömska, annan medicinerings, kräkningar eller diarré kan påverka hormonupptaget och ökar risken för blödningar.

Biverkningar

Nedanstående biverkningar kan uppkomma och ses då vanligtvis i början av behandlingen. De är oftast övergående eller kan de lindras med tiden.

ÖSTROGENA BIVERKNINGAR

Illamående, Spända bröst, Ödem, Pigmentförändringar, Flytningar, Huvudvärk

GESTAGENA BIVERKNINGAR

Humörpåverkan nedstämdhet, Spända bröst, Minskad libido, Akne, Ökad aptit, Viktuppgång, Huvudvärk, Fett hår, Trötthet

Glömd tablett

Se FASS för respektive preparat.

Risken för graviditet är störst om tablettens har glömts i anslutning till den tablettfria perioden. Har man missat ett eller flera p-piller under långcykelbehandling, kan man välja att göra ett tablettuppehåll på 4 dagar (förutsatt minst 3 veckors behandling sedan senaste uppehållet). Räkna då det första missade p-pillret som dag 1 i tablettuppehållet.

Kontraindikationer mot kombinerad hormonell antikonception

Kvinnor med anamnes enligt nedan ska inte förskrivas kombinerad hormonell antikonception.

- Anamnes på djup ven- eller artär trombos
- Hereditet för djup ventrombos hos förstagsradsläkting (föräldrar och syskon)
- Känd koagulationsrubbing hos kvinnan med ökad risk för trombos
- Sjukdomar i hjärtklaffar som innebär ökad trombosrisk
- Myokardsjukdom eller cerebrovaskulär sjukdom
- Hypertoni (både obehandlad och välbehandlad)
- Uttalade varicer som kan innebära nedsatt venöst återflöde
- Bröstcancer
- SLE (Systemisk lupus erytematosus)
- Fetma, BMI > 35
- Akut intermitterent porfyri
- Migrän med fokala neurologiska symtom (aura)
- Pågående leversjukdom
- Diabetes med vaskulära komplikationer
- Malignitet (aktiv cancer eller behandling under de senaste sex månaderna)
- Inflammatorisk tarmsjukdom (Ulcerös kolit och Morbus Crohn)
- Familjär hyperlipidemi
- Rökning hos kvinnor över 35 år (ingen absolut kontraindikation, läkarbedömning)

Venös tromboembolism och kombinerad hormonell antikonception

Kombinerade preparat som innehåller gestagenerna desogestrel eller drospirenon har en något högre risk för VTE jämfört med preparat innehållande levonorgestrel, noretisteron eller norgestim. VTE-risken för p-ring och p-plåster (etonogestrel resp norelgestromin) ligger på ungefär samma nivå som för preparaten innehållande desogestrel och drospirenon. VTE-risken för preparat innehållande östradiol är än så länge oklar.

Risken för venös tromboembolism (VTE) ökar vid användning av kombinerad hormonell antikonception. Risken är störst hos nya användare under det första året och allra högst under de första tre månaderna. Det viktigaste för att förebygga VTE är att identifiera kvinnor med ökad risk, men blodprov för att påvisa koagulationsrubbnings är sällan av värde och rekommenderas inte för att förutsäga risken för VTE. Anamnesen är viktigast.

Kvinnor som förskrivs kombinerad hormonell antikonception ska informeras om vilka symtom som kan tyda på VTE. Det är viktigt att påpeka för kvinnan att kombinerad hormonell antikonception är läkemedel och att hon alltid ska ange vilket läkemedel hon använder vid eventuell kontakt med andra vårdgivare.

SYMPTOM SOM KAN TYDA PÅ VTE/LUNGEMBOLI

- Smärta/svullnad i ett ben
- Andfåddhet/andnöd eller hosta
- Bröstsmärta
- Svaghet/domningar i ansikte, armar eller ben

Risikfaktorer för VTE

Här listas exempel på svaga, måttliga och starka riskfaktorer för VTE som bör beaktas vid förskrivning av kombinerad hormonell antikonception. Förekomst av en stark riskfaktor innebär att kombinerad hormonell metod inte bör förskrivas. Förekomst av svaga till måttliga riskfaktorer för VTE bör bedömas individuellt av läkare, oftast bör en annan metod användas i första hand. Samtidig förekomst av flera riskfaktorer innebär högre risk för VTE.

Svag riskfaktor (RR<2)	Måttlig riskfaktor (RR 2-4)	Stark riskfaktor (RR >4)
Kronisk inflammatorisk sjukdom	Fetma	Tidigare VTE
Kronisk obstruktiv lungsjukdom	Protein S-brist	Antitrombinbrist
Kronisk leversjukdom	Nyligen genomgången hjärtinfarkt	Hereditet för VTE
Tidigare stroke	HIV	Faktor V Leiden-mutation
Rökning	Ålder > 45 år	Antifosfolipidsyndrom/SLE
Antipsykotiska läkemedel	Flygresa > 8 timmar	APC-resistens utan faktor V Leiden
		Pågående malign sjukdom
		Höga nivåer av faktor VIII
		Hjärtsvikt
		Protein C-brist
		Protrombin 20210A-mutation
		Svår hyperhomocysteinemi
		Immobilisering

Källa: s. 18:

https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception_rek.pdf

Tillfällig seponering av kombinerad hormonell antikonception

Preparatet behöver inte sättas ut inför lång flygresa men kvinnan kan uppmanas att röra på sig. Inför stora operationer sätts preparatet ut 4 veckor före operation. Vid dagkirurgi kan patienten stå kvar på sin metod och behandlande läkare får vid behov ordinera trombosprofylax.

Kvinnor som vill sätta ut sin kombinerade metod en period för ”att se om kroppen fungerar” ska avrådas från detta då den förhöjda risken för VTE återkommer vid omstart.

Friska kvinnor som inte röker kan fortsätta med sina p-piller till 45-50 års ålder. Det går bra att förskriva till adopterade kvinnor med okänd hereditet. Påtala gärna de positiva hälsoeffekterna.

GESTAGENA METODER

Gestagena preparat indelas i lågdoserade, mellandoserade och högdoserade.

Verkningsmekanism och biverkningar skiljer sig delvis mellan de olika grupperna beroende på tillförd dos. Gemensamt för de gestagena metoderna är att blödningsmönstret blir oförutsägbart och det är mycket viktigt att informera om blödningsrubbnings vid förskrivning.

Det finns få kontraindikationer för gestagena metoder; vid tidigare eller pågående bröstcancer eller aktiv leversjukdom ska gestagena preparat inte ges. Iaktta försiktighet med gestagena preparat vid svår akne. Beakta även eventuella läkemedelsinteraktioner vid förskrivning.

Det är ingen ökad risk för VTE vid användning av låg- och mellandoserade gestagena preventivmetoder och kvinnor som har en ökad risk för VTE kan använda dessa. Huruvida det finns en ökad risk för VTE vid användning av p-spruta är oklart, men kan inte säkert uteslutas varför p-spruta inte är förstahandsval vid förekomst av riskfaktorer för VTE.

Lågdoserade gestagena metoder

Till denna grupp hör minipiller och hormonspiral. Hormonspiral behandlas under avsnittet spiraler.

Minipiller

Verkningsmekanismen är effekt på cervixsekret och endometriet. Ovulationen hämmas helt hos ca 20 procent. Bentätheten påverkas inte.

Graviditetsskyddet är mindre effektivt jämfört med kombinerade p-piller eller mellanpiller. Ett regelbundet tablettintag krävs och metodens säkerhet minskar om intervallet mellan tablettintag är längre än 27 timmar. Om tiden överstiger 30 timmar mellan två piller bör kompletterande skydd användas under en vecka, glömskemarginalen är endast 6 h.

Cirka en tredjedel av användare får någon form av blödningsrubbnings, oftast en förkortning av menscykeln. 5-10 procent får amenorré. Det finns inga belägg för att dubbel dos ger mindre blödningsrubbnings eller ökad antikonceptionell effekt. Vid amenorré med minipiller bör ett graviditetstest tas efter 60 dagar och därefter vid ytterligare ett tillfälle.

Minipiller är ett bra alternativ för ammande kvinnor och till lite äldre kvinnor. Minipiller kan även ges till kvinnor som inte kan eller inte vill använda kombinerade metoder. Till yngre kvinnor bör man i första hand ge mellanpiller då de har högre effektivitet än minipiller. Vid biverkningar på mellanpiller kan minipiller vara ett alternativ. Hos kvinnor med tidigare ektopisk graviditet i anamnesen bör minipiller undvikas då risken för ektopisk graviditet är ökad för minipilleranvändare. Till patienter med BMI > 30 bör man undvika minipiller då data saknas beträffande effektivitet vid fetma.

Det finns två minipiller på marknaden, ett innehållande 0.5 mg lynestrenol och ett innehållande 0.35 mg noretisteron.

Mellandoserade gestagenmetoder

Till denna grupp hör mellandoserade gestagenpiller (mellanpiller) och implantat (p-stav). Verkningsmekanismen är ovulationshämning och påverkan på cervixsekret och endometriet. Dessa preparat har hög effektivitet vid rätt användning. Bentätheten påverkas inte.

Mellanpiller

Mellanpiller innehåller 75µg desogestrel och hämmar ovulationen hos 97-99% av användarna. Mellanpiller är jämförbart med kombinerade p-piller avseende graviditetsskydd och säkerhetsmarginal gällande tablettintag. Vanligaste biverkan är påverkan på blödningsmönstret, vilket kvinnan ska informeras om. Upp till 50 procent får någon form av blödningsrubbing vilket oftast är tätare blödningar. Amenorré ses hos 20 procent.

Implantat

Det finns ett implantat på den svenska marknaden, en p-stav innehållande 68 mg etonogestrel. Staven mäter 2x40mm och sätts in subdermalt i den icke-dominanta armen. Staven är godkänd för tre års användning oavsett kroppsvikt.

Som för övriga gestagena metoder blir blödningsmönstret oförutsägbart med implantat. Amenorré ses hos 20 procent. Frekventa och/eller långdragna blödningar rapporteras av cirka 20%. Blödningsmönstret kan förbättras upp till 4-6 månader efter insättning. Vid oacceptabelt blödningsmönster efter den tiden är det ingen idé att fortsätta med staven och annan metod får övervägas. Att prova med minipiller före p-stavs insättning för att se om man "tål" gestagen finns det ingen indikation för. Metoderna kan inte likställas.

Insättning/uttag: Staven ska sättas in/tas ut av barnmorska eller gynekolog som har utbildning och känner sig väl förtrogen med tekniken. Emlapläster används vid insättning och uttag. Om lokal delegering finns kan Carbocain 10 mg/ml användas för lokalanestesi vid insättning/uttag. Om en p-stav inte kan palperas ska remiss skrivas till Kvinnoklinik för vidare omhändertagande. Man ska inte leta blint. Staven innehåller en liten mängd bariumsulfat vilket gör att den syns på röntgen, och den kan även lokaliseras med ultraljud men då krävs en linjär givare.

Högdoserad gestagen metod

P-spruta

P-spruta (150mg depot medroxiprogesteronacetat) ges som en intramuskulär injektion var tredje månad. Verkningsmekanismerna är ovulationshämning och påverkan på cervixsekret och endometriet. Ovulationshämningen kan kvarstå länge efter sista injektionen och fertiliteten kan återkomma så sent som 6-12 månader efter utsättande. Att prova med minipiller före användning av p-spruta för att se om man "tål" gestagen finns det ingen indikation för. Metoderna kan inte likställas.

Hämningen omfattar även hypofys-hypotalamusaxeln vilket ger låga östrogennivåer med negativ påverkan på benmassan som följd. P-spruta är inte rekommenderad som förstahandsval till kvinnor under 20 år eftersom de inte uppnått maximal benmassa. Den minskade bentätheten som ses vid användning av p-spruta är reversibel. Bentäthetsmätning behöver inte göras vid användning av p-spruta.

P-spruta rekommenderas inte om kvinnan har riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.

Så gott som alla kvinnor får blödningsrubbingar med oförutsägbara och oregelbundna blödningar. Efter 3 månader har 12% amenorré och efter ett år har hälften av användarna amenorré. Det finns inga belägg för att injektioner tätare än var tredje månad ger mindre

blödningsrubbnings. Det finns ingen annan behandling än att sluta med p-spruta om blödningsmönstret är oacceptabelt.

Eftersom p-spruta är en högdoserad metod kan injektionerna glesas ut till ”äldre kvinnor”. Det finns inga kontrollerade studier avseende detta men följande schema har rapporterats fungera väl:

42-45 år	Injektion var 4:e månad
45-48 år	Injektion var 5:e månad
48-50 år	Injektion var 6:e-8:e månad

P-spruta är en onödigt kraftfull metod till kvinnor som närmar sig 50 år med tanke på minskad fertilitet och påverkan på skelettet. Diskutera därför annan preventivmetod med kvinnan.

INTRAUTERINA INLÄGG (SPIRAL)

Till denna grupp räknas koppar- och hormonspiral. Båda typerna av spiral ger ett mycket högt graviditetsskydd under hela användningstiden och kan vara ett förstahandsalternativ till de flesta kvinnor som önskar en långverkande reversibel preventivmetod, även till unga kvinnor och kvinnor som inte tidigare fött barn.

Kopparspiral

Verkningsmekanism Kopparjoner har en spermietoxisk effekt och kopparspiralen försvårar spermietransporten genom uterus. Dessutom försvåras implantationen om en befruktning skulle ha ägt rum. Ovulationen påverkas inte.

Spiralen ska ha en kopparyta $\geq 300 \text{ mm}^2$, god dokumentation avseende effektivitet och insättningsegenskaper och lång användningstid (≥ 3 år). Kopparspiralen passar bra för kvinnor som önskar en hormonfri metod eller har en kontraindikation mot gestagen.

Kopparspiral kan även användas som akutpreventivmedel, se s.28.

Biverkningar: Riklig menstruationsblödning (ökar i genomsnitt 55 procent), dysmenorré och ökad flytning är vanligt förekommande. Besvären kan behandlas med NSAID och tranexamsyra. Kvinnor med menorrhagi ska därför inte rekommenderas kopparspiral, utan snarare hormonspiral i första hand. Blödningar med kopparspiral ska vara regelbundna. Om mellanblödningar förekommer ska detta föranleda misstanke om infektion, graviditet eller cellförändringar och kvinnan skall bedömas av gynekolog.

Uttag: En kvinna som fått kopparspiral insatt efter 40 års ålder kan behålla den till ett år efter menopaus.

Hormonspiral

Hormonspiral tillhör gruppen lågdoserade gestagena metoder. Det finns flera olika hormonspiraler på marknaden. Alla innehåller Levonorgestrel (LNG).

Verkningsmekanism: Gestagen förhindrar proliferation av endometriet och cervixsekretet blir mindre genomträngligt för spermier. 75 procent av kvinnorna med den större hormonspiralen (Mirena) har oförändrad ovulation. Ytterligare fler har oförändrad ovulation med de två mindre spiralerna.

Preparatnamn	Hormoninnehåll /frisättning per dygn	Användning/ storlek	Registrerade indikationer
Mirena	52 mg LNG / 20 µg /dygn (efter 5 år 11µg/dygn)	5 år / 32x32 mm, Insättningsrör diameter 4,4mm	Antikonception, behandling av riklig menstruation och endometrieskydd vid östrogenbehandling
Kyleena	19,5 mg LNG/ 9 µg/dygn (efter 5 år 7,4 µg/dygn)	5 år/ 28 x30 mm, Insättningsrör diameter 3,8 mm.	Antikonception
Jaydess	13,5 mg LNG/ 6µg /dygn (efter 3 år 5 µg/dygn)	3 år/ 28x30 mm, Insättningsrör diameter 3,8 mm.	Antikonception
Levosert	52 mg LNG/ 20 µg/dygn	4 år, Insättningsrör diameter 4,8 mm.	Antikonception

De två mindre hormonspiralerna (Kyleena och Jaydess) har en smalare införingshylsa och själva spiralen är också mindre. Vid jämförelse med den större spiralen (Mirena) bedömdes insättningen lättare och mindre smärtsam.

Biverkningar

Trots den låga systemiska hormonkoncentrationen vid användning med hormonspiral kan hormonella biverkningar förekomma t.ex. akne, humörpåverkan, bröstspänningar och libidoförändringar.

Den vanligaste biverkan är blödningsrubbingar. Frekventa småblödningar är mycket vanligt de första 3-4 månaderna efter insättning. Det är viktigt att informera om detta vid förskrivning. Efter de första månaderna utvecklar de flesta kvinnor sparsamma regelbundna blödningar eller amenorrhé. Efter några års användning av den större spiralen (Mirena) har cirka 30 procent amenorrhé. Andel med amenorrhé är lägre för de mindre spiralerna (Kyleena 23 procent och Jaydess 12 procent). Med den större spiralen har den totala blödningsmängden minskat med 80-90 procent efter ett år.

Positiva effekter

Hormonspiral har god effekt på dysmenorrhé, vilket även gäller vid endometriosis. De flesta får en mindre blödningsmängd vilket kan vara bra för kvinnor som har rikliga anemiserande menstruationsblödningar.

Uttag

Vid direkt byte av en hormonspiral till nästa undviks de initiala oregelbundna småblödningarna varför detta rekommenderas. Om den större hormonspiralen är insatt efter 45 års ålder på indikation antikonception kan den sitta kvar till ett år efter menopaus. Om den används för endometrieskydd vid östrogenbehandling ska den bytas efter 5 år.

Insättning (gäller både koppar- och hormonspiral)

Spiralinsättaren ska vara väl förtrogen med tekniken. Gynekologisk undersökning görs inför insättning med bedömning av eventuell infektion samt uteruspalpation för storlek- och lägesbedömning. Fynden vid den gynekologiska undersökningen ska dokumenteras i journalen. Spiral kan sättas in när som helst under menscykeln bara man med rimlig säkerhet kan säga att kvinnan inte är gravid. Insättning av hormonspiral på annan tid än strax efter mens bör följas upp med ett graviditetstest inom 3-4 veckor. Inför insättning bör infektion uteslutas. Vid misstanke om infektion ska spiral inte sättas in. Klamydiatest rekommenderas i samband med insättningen om det inte är taget nyligen men behöver inte utföras rutinmässigt. Om det inte finns tecken till infektion behöver man inte vänta på resultatet av testet utan spiralen kan sättas in. Om positivt screeningsvar konstateras efter insättning ges behandling med spiralen kvar på plats.

Vaginaltvätt behövs inte. Klotång och uterussond ska vara sterila. Klotång ska användas så att en viss sträckning av en flekterad uterus kan ske, och detta skall journalföras.

Kaviteten ska sonderas. Det finns ingen evidens för att rekommendera en kvinna som just fått en spiral insatt att avstå från vaginala samlag, bad eller tamponganvändning under en viss tid efter ingreppet.

Om uterus palperas förstörd eller vid oväntat stort eller litet sondmått < 6 och > 10 konsulteras läkare före insättning.

Hos ammande kvinnor med mindre uterus ska trådarna klippas så de är längre än 2-3 cm.

Perforation vid insättning är sällsynt men risken ökar vid insättning under amningsperioden. Vid misstanke om perforation, t.ex. sondmått som avviker från palpationsfyndet, påverkat allmäntillstånd eller mycket stark smärtreaktion vid insättningen bör kvinnan hänvisas akut till gynekolog.

Smärtlindring

Ingen metod förutom PCB, för att minska smärta vid spiralinsättning har visat sig vara mer effektiv än placebo förutom en trygg omgivning. PCB (paracervikal blockad) är oftast ett onödigt och alltför invasivt ingrepp. Paracetamol och/eller ibuprofen inför insättning kan rekommenderas (placeboeffekt och för smärtlindring efter insättning).

Vid trång cervix har det visat sig att insättningen blir lättare om förbehandling ges med misoprostol. Två tabletter Cytotec (totalt 0.4mg) kan tas peroralt eller vaginalt ca 3h före spiralinsättningen. Kan användas efter konsultation med ansvarig läkare.

Återbesök

Kan erbjudas till nya användare 6-12 veckor efter insättning och därefter endast vid problem eller önskemål om uttag. Om spiraltrådarna inte syns ska kvinnan till gynekolog för ultraljudsundersökning för att se så spiralen inte är utstött.

Graviditet

Vid graviditet med kvarvarande spiral ska spiralen avlägsnas så snart som möjligt oavsett om graviditeten ska fullföljas eller avbrytas. Kvarlämnad spiral ökar risken för missfall och senare graviditetskomplikationer. Extrauterin graviditet ska uteslutas då risken för detta är ökad. Remittera till gynekolog för ultraljud.

Infektioner

En ökad infektionsrisk finns i samband med insättningen och den kvarstår ca 3 veckor. Därefter har inte spiralbärare ökad risk för gynekologiska infektioner jämfört med icke användare. Hormonspiral skyddar till viss del mot infektioner till följd av hormonpåverkan på cervixsekretet. Vid en infektion behöver inte spiralen avlägsnas utan infektionen kan behandlas med spiralen på plats. Vill kvinnan få spiralen uttagen i samband med en infektion ska det inte göras under

pågående infektion då denna i så fall kan förvärras. Spiralen kan tas ut efter några dagars antibiotikabehandling eller i ett senare skede när infektionen är utläkt.

OBS! Ta aldrig ut någon typ av spiral mindre än fem dagar efter sista coitus om inte spiraluttaget är på grund av graviditetsönskemål. Spiraler ska aldrig lämnas kvar ”för evigt” utan tas ut ett år efter menopaus.

ICKE-HORMONELLA METODER

Icke-hormonella metoder är: Barriärmetoder (kondom, femidon, pessar), cykelmetoder (säkra perioder, naturlig familjeplanering) och kopparspiral. Information om kopparspiral finns på sidan 17, Intrauterina inlägg (Spiraler).

KVINNLIG BARRIÄRMETOD

Femidom

Den är gjord av plast eller latex. Den har ringar i båda ändarna och förs in i slidan före samlag. Den ger ett bra skydd mot STI men det finns inte tillräckligt med studier för att bedöma effektivitet, d.v.s. skydd mot graviditet. Femidom kan köpas i butiker på internet. Inga biverkningar.

Pessar

Det finns i två olika former; slidpessar och cervixpessar. Båda sorter används tillsammans med spermiedödande medel.

Slidpessaret tillverkas av silikon eller gummi och finns i fem storlekar. Pessaret kan köpas i butiker på internet. Metoden har PI på 6 vid perfekt användning och 12 vid typsik användning. Inga biverkningar. Utprovning av slidpessar görs av barnmorska eller läkare. Utprovningsset innehåller 5 ringar av olika storlek. Rätt storlek är det då ringen sitter stadigt mot bakre fornix och strax ovan symfyfen. Pessaret täcker då portio och större delen av vaginas framvägg. Då kvinnan rör sig, ska pessaret inte kännas.

För att öka säkerheten bör pessaret användas med **spermiedödande medel**, pessargel, vilken innehåller mjölksyra och cellulosa och gör spermier mindre rörliga. Köps via internet. Ett slidpessar ska sitta kvar 6 timmar efter samlag men längst i 24 timmar.

Cervixpessaret sitter direkt mot livmodertappen och har kanter som följer slidväggen. På koppen sitter det ett handtag/ring som underlättar uttaget. Cervixpessaret, FemCap, är gjort av silikon, finns i tre storlekar och köps via butiker på internet. Inga biverkningar. För ökad säkerhet bör pessaret användas med **spermiedödande medel**. Efter samlag ska cervixpessaret sitta kvar i minst 6 timmar men längst i 48 timmar.

Pearl Index är högre för cervixpessar än för slidpessar.

Vid ägglossning kan man höja säkerheten ytterligare genom att även använda kondom. Om man använder någon form av barriärmetod för att skydda sig mot graviditet, kan det vara bra att rekommendera att ha akut p-piller hemma om pessaret inte satt rätt eller om kondomen gått sönder.

MANLIG BARRIÄRMETOD

Kondom

Kondom ger skydd mot både graviditet och STI (inklusive HPV) vid korrekt och konsekvent

användning. Kondomer finns i olika storlekar och utformningar och latexfria kondomer finns för allergiker. Inga biverkningar.

PI för kondom är 2 vid perfekt användning, men 18 vid typisk användning. Informera om att kondomen ska sättas på innan penetration påbörjas och att den skall hållas fast vid pennisroten när penis dras ut för att fungera som skydd mot graviditet.

Kondom bör alltid användas vid tillfälliga sexuella kontakter för att skydda mot STI.

CYKELMETODER

För att använda sig av cykelmetoder krävs att man har regelbundna menstruationer. Alla metoderna har relativt högt PI vid typisk användning

Mäta temperatur. Hos kvinnan stiger kroppstemperaturen 0,1-0,2 grader Celsius efter ägglossning.

Säkra perioder innebär att man räknar ut vilken cykeldag man befinner sig i och anpassar sitt samliv därefter. Ägglossning inträffar vanligen 12-14 dagar efter mensens första dag.

Billingsmetoden innebär att man iakttar förändringen av sekretet på inre blygdläpparna som sker efter ägglossning.

Ägglossningsstickor. Man kan med hjälp av dessa kartlägga ägglossningen för att veta var man är i cykeln.

P-dator/app. Det finns flera olika. Vissa bygger på säkra perioder enbart, andra kombinerar säkra perioder med temperaturmätningar. De studier som finns tillgängliga anger relativt lågt PI, men det finns inga studier som representerar typisk användning i en oselektad grupp individer. Kan inte rekommenderas till kvinnor med hög fertilitet som önskar ett effektivt preventivmedel.

STERILISERING

Sterilisering bör i första hand rekommenderas till kvinnor och män som av olika skäl inte kan eller vill använda reversibla preventivmetoder. Effektiviteten vid kvinnlig sterilisering är jämförbar med användning av LARC. Även efter manlig sterilisering har graviditeter rapporterats men i ytterst låg frekvens.

Sterilisering regleras enligt steriliseringslagen från 1975. Enligt lagen är sterilisering tillåtet för män och kvinnor som fyllt 25 år samt är bosatta i Sverige. Tillstånd från Socialstyrelsen kan ges för den som är mellan 18 och 25 år om särskilda indikationer föreligger.

Sterilisering får inte ske mot någons vilja och det krävs att den som ska genomgå sterilisering förstår innebörden av ingreppet. Enligt Socialstyrelsens anvisningar ska den steriliseringsökande underteckna ett speciellt formulär att hon/han har fått information om övriga preventivmetoder och förstått innebörden av ingreppet. Det ska i informationen framgå att det är ett irreversibelt ingrepp och att ångerreaktioner förekommer. Den läkare eller barnmorska som ger informationen ska också underteckna formuläret. Signerat formulär gäller tills vidare.

Ångerreaktioner förekommer och är vanligare ju yngre kvinnan eller mannen är (<30 år) vid tidpunkten för sterilisering, vid sterilisering postpartum eller inom första året efter förlossning.

Hysteroskopisk sterilisering

Vid hysteroskopisk sterilisering förs ett fyra cm långt implantat (Essure) in i vardera tubarostie. Implantatet orsakar en inflammation och efter tre månader tubarocklusion. Hysteroskopisk

sterilisering utförs med fördel på vaken patient på mottagningen. Metoden kan dock inte erbjudas längre i Sverige (sedan hösten 2017) då leveransen av implantaten är stoppad.

Laparoskopisk sterilisering

Laparoskopisk sterilisering är ett dagkirurgiskt ingrepp som görs i narkos. Tubarpassagen stoppas med hjälp av diatermi, clips eller ringar. Graviditetsfrekvensen är cirka 0.5 procent under det första året efter sterilisering. Laparoskopisk sterilisering är associerat med mycket låg morbiditet (1 procent) och mortalitet (0.01 procent). Till lindriga komplikationer räknas till exempel sårinfektion, hematom och perforation av uterus med manipulator. Bland allvarigare komplikationer är tarm- och kärlskador vanligast. Anestesirelaterade komplikationer finns också beskrivna.

Manlig sterilisering

Manlig sterilisering är effektivt, behäftat med färre komplikationer och mindre kostsamt jämfört med kvinnlig sterilisering. Vid ingreppet delas sädesledarna, vilket görs polikliniskt i lokalbedövning. Andel män som ger upphov till graviditet första året efter sterilisering är 0.10-0.15 procent. De vanligaste anledningarna till graviditet är operativa misstag, oskyddat samlag före tre-månaders kontrollen eller rekanalisering. Komplikationer är bl.a. hematom (2 procent) och infektioner (0.2-1.5 procent). Kronisk skrotal smärta och spermiegranulom är andra sällan förekommande komplikationer.

PREVENTIVMEDEL VID SPECIELLA TILLSTÅND OCH TILLFÄLLEN

PREVENTIVMEDEL TILL UNGA KVINNOR

Unga kvinnor har hög fertilitet och behöver ett högeffektivt preventivmedel.

Unga har svårare med dagligt kom-ihåg jämfört med äldre. Rekommendera p-stav, hormon- eller kopparspiral kombinerad hormonell metod eller mellanpiller.

P-spruta rekommenderas inte i första hand till kvinnor < 20 år. Minipiller är inte heller ett förstahandsalternativ. Uppmuntra kondomanvändning i tillägg till annan metod.

PREVENTIVMEDEL TILL ÄLDRE KVINNOR

Menopaus inträffar i genomsnitt vid 51-52 års ålder. Preventivmedel rekommenderas till ett år efter sista mens.

Nyförskrivning av kombinerade hormonella metoder efter 40 år rekommenderas generellt inte.

Frisk kvinna utan riskfaktorer, utöver ålder, som står på kombinerad hormonell metod kan

fortsätta med denna metod fram till menopaus om hon önskar. Alla gestagena metoder går bra och kopparspiral kan vara en fördel vid rikliga blödningar i anslutning till menopaus.

Kopparspiral som satts in i 40-årsåldern eller senare kan sitta kvar fram till ett år efter menopaus.

Om den större hormonspiralen (Mirena) satts in efter 45 års ålder kan den sitta kvar som preventivmedel fram tills ett år efter menopaus. Används den som endometrieskydd vid östrogenbehandling för klimakteriebesvär ska den bytas efter 5 år.

PREVENTIVMEDEL EFTER ABORT

Det är viktigt med preventivmedelsrådgivning i anslutning till abort då motivationen att påbörja en preventivmetod är hög. Alla hormonella metoder kan påbörjas direkt, samma dag som aborten görs, oavsett graviditetslängd eller abortmetod.

Spiral kan sättas in vid kirurgisk abort oavsett graviditetsvecka, men utstöttningsfrekvensen är högre ju längre gången graviditeten är. Önskas p-stav kan den lämpligen sättas in i samband med kirurgisk abort. Vid medicinsk abort tom v 9+0 är rekommendationen att p-staven sätts in vid

intaget av mifepriston. Evidens för att sätta in p-stav vid intag av mifepriston hos kvinnor som gör abort efter vecka 9+0 saknas.

Spiral kan sättas vid medicinsk abort så snart graviditeten har stötts ut, oavsett graviditetens längd, om man med rimlig sannolikhet kan säga att graviditeten är avbruten. Om spiralen kan sättas in avgörs då anamnestiskt och kliniskt med avgång av klumpar (eller foster), avtagande av graviditetssymtom (såsom illamående och bröstspänningar), att blödningen följer förväntat mönster samt att man palpatoriskt har normalt fynd. Med fördel kan ett ultraljud göras för att kontrollera att graviditeten har stötts ut. Rekommendationen är att spiral sätts in inom 10 dagar efter en medicinsk abort oavsett graviditetens längd. Är ultraljud inte gjort ska patient med tidig spiralinsättning kontrollera graviditetstest 2-3 veckor efter aborten.

PREVENTIVMEDEL POSTPARTUM OCH UNDER AMNING

Laktationsamenorré (LAM) förekommer hos kvinnor som ammar fullt och har amenorré. LAM innebär ett 98 procentigt skydd mot graviditet de första sex månaderna efter partus.

Spiral (kopparspiral eller hormon) kan sättas in i anslutning till förlossning (vaginal eller kejsarsnitt) eller inom de närmaste dygnen efter förlossningen. Utstötningsrisken är dock ökad men perforationsrisken är extremt låg.

Oftast sätts spiral in i anslutning till efterkontrollen d.v.s. 6-8 veckor efter förlossningen. Det går dock bra att sätta in spiral fr.o.m. 4 veckor efter förlossningen om behov finns. Perforationsrisken är ökad vid insättning under amning och bör då göras av barnmorska eller läkare med erfarenhet. Gestagena metoder kan användas av ammande kvinnor och någon negativ inverkan har inte setts på mjölkens kvalitet eller på barnet. Det går bra att börja med gestagen metod när man önskar efter förlossning och att vänta tills barnet har uppnått en viss ålder är inte nödvändigt.

Kombinerade hormonella metoder ska inte användas under de första 8 veckorna efter förlossningen p.g.a. kvarstående ökad trombosrisk. Någon påverkan på barnet eller bröstmjölkens kvalitet har inte kunnat konstateras, och därför kan kombinerade hormonella metoder användas under amning efter 8 veckor. Underlaget är dock något bristfälligt och rekommendationen är därför i första hand gestagena metoder under amning men har man bra erfarenhet av kombinerade p-piller är det inte kontraindicerat.

PREVENTIVMEDEL VID OBESITAS

I regel orsakar inte kombinerade hormonella metoder eller gestagena metoder någon viktuppgång. Ett svagt samband finns för viktuppgång och p-spruta.

Vid body mass index (BMI) > 30 finns en riskökning för VTE jämfört med normalviktiga. Vid BMI ≤ 30 kan alla metoder användas. Vid BMI > 30 gäller ingen nyföreskrivning av kombinerade hormonella metoder, vid pågående användning av kombinerade metoder – rekommendera byte till en annan metod. Väg in andra riskfaktorer. Vid önskan att stå kvar på metoden ska läkare konsulteras. Vid BMI > 35 gäller ingen föreskrivning av kombinerad hormonell metod annat än på specifik medicinsk indikation.

Preventivmedel vid BMI > 30. Välj kopparspiral, hormonspiral, p-stav eller mellanpiller.

Då det är oklart huruvida minipiller är tillräckligt säkra vid fetma bör dessa undvikas.

Huruvida det finns en ökad risk för VTE vid användning av p-spruta är oklart. Det kan inte säkert uteslutas att användning av p-spruta kan öka risken för VTE. P-spruta är därför inte förstahandsval vid förekomst av riskfaktorer för VTE.

PREVENTIVMEDEL EFTER VIKTMINSKNINGSKIRURGI

Få studier finns om preventivmedel till fetmaopererade kvinnor. Kvinnorna rekommenderas att inte bli gravida 12-18 månader efter operationen varför det är av stor vikt att de har ett effektivt

preventivmedel. Effekten av fetmakirurgi på absorptionen av perorala preventivmedel är ofullständigt känd. Det finns risk för ett försämrat läkemedelsupptag efter operation och peroral behandling bör därför undvikas. I första hand rekommenderas spiral (hormon eller koppar) eller p-stav. Kombinerade hormonella metoder (p-ring eller p-plåster) går bra när BMI ligger under 30.

PREVENTIVMEDEL VID AKNE

Alla kombinerade hormonella metoder förbättrar akne genom effekt av östrogenet. Dock har vissa gestagener som ingår i det kombinerade preparatet en svag egen androgen aktivitet som kan vara negativ på akne. Till kvinnor med akne som önskar ett kombinerat hormonellt preparat rekommenderas kombinationspreparat med ett gestagen med mindre androgena egenskaper t.ex. desogestrel eller drospirenon. Gestagena metoder kan hos vissa individer försämra akne. Till kvinnor som p.g.a. svår akne har behandling med isotretionin födras ett högeffektivt preventivmedel eftersom preparatet är fosterskadande. Lämpligt förstahandsval till de kvinnorna är ett kombinerat hormonellt preparat alternativt kopparspiral.

PREVENTIVMEDEL VID DIABETES

Kvinnor < 35 år med okomplicerad diabetes och utan andra riskfaktorer kan använda alla preventivmetoder.

Kombinerad hormonell antikonception ska inte ges till kvinnor med diabetes som i tillägg till sin sjukdom har någon av följande riskfaktor:

- Ålder över 35 år
- Röker
- Anamnes på vaskulära komplikationer
- Reumatoid Artrit (RA)
- Hyperlipidemi
- Hjärtinfarkt/ischemisk stroke hos förstagrads släkting före 55 år (man) eller 65 år (kvinna)

Mellanpiller, minipiller, p-stav, hormon- eller kopparspiral kan användas vid riskfaktor.

PREVENTIVMEDEL VID MIGRÄN

Det är viktigt att i rådgivningssituationen fastslå om det verkligen är migrän kvinnan lider av. Kvinnor med migrän med aura inte ska använda kombinerad hormonell metod. Övriga metoder kan användas. Kombinerad hormonell metod kan inducera, förvärra, förbättra, ändra karaktär på attacker eller inte påverka migrän alls. Det finns en ökad risk för ischemisk stroke hos patienter med migrän med aura och det finns även en liten ökad risk för ischemisk stroke vid användning av kombinerad hormonell metod.

Vid migrän utan aura kan alla preventivmetoder användas. Till kvinnor som har migrän cykliskt i anslutning till mens kan det vara en fördel att använda ett monofasiskt preparat utan uppehåll (långcykelanvändning) eller välj en gestagen metod.

PREVENTIVMEDEL VID PMS

Kvinnor med Premenstruellt syndrom (PMS) kan bli hjälpta av kombinerad hormonell metod. Fördelaktigt för dessa patienter är att välja ett monofasiskt preparat med låg östrogendos och ett kort eller uteblivet tablettuppehåll. Detta förefaller viktigare än typen av gestagen. T.ex. kan kombinationen 20µg etinylestradiol och drospirenon i 24/4 dagars regim provas.

PREVENTIVMEDEL VID LEVERSJKUDOM

En kvinna med aktiv leversjukdom eller levercirros ska inte använda hormonella preventivmetoder. Kvinna med utläkt leversjukdom eller leversjukdom som har blivit kronisk kan få hormonellt preventivmedel om levervärdena är normaliserade. Leverprover bör då kontrolleras vid start av behandlingen och efter 4-6 veckor.

PREVENTIVMEDEL VID KRONISK INFLAMMATORISK TARMSJKUDOM

Kvinnor med kronisk inflammatorisk tarmsjukdom d v s ulcerös kolit eller Chrons sjukdom, har en ökad risk för VTE och ska därför inte använda kombinerade hormonella metoder. Av de få studier som finns förefaller upptaget i tarmen av hormonella preventivmedel vara adekvat. Mellanpiller kan ges men vid diarré bör peroral behandling undvikas. Kopparspiral, hormonspiral eller p-stav är bra alternativ till dessa patienter.

PREVENTIVMEDEL VID SLE/RA

Kvinnor med SLE har en ökad risk för VTE och sjukdomen kan dessutom försämrats av östrogen. SLE-patienter ska inte ha kombinerad hormonell metod. Gestagen metod och spiral går bra. Nya studier har visat att det kan finnas en liten ökad risk för VTE hos kvinnor med RA. RA-patienter har även en liten ökad risk för arteriell hjärt-kärlsjukdom. Kombinerad hormonell metod är inte kontraindicerat men övriga riskfaktorer ska vägas in vid förskrivning.

PREVENTIVMEDEL VID HYPERTONI

Kvinna med manifest hypertoni oavsett om den är behandlad eller ej, ska inte förskrivas kombinerad hormonell antikonception. Vid blodtryck $\geq 140/90$ vid upprepade mätningar bör byte ske från kombinerad hormonell metod till annan preventivmetod. Blodtrycket ska följas efter utsättning och vid kvarstående högt blodtryck hänvisas patienten till vårdcentral för uppföljning av hypertoni.

PREVENTIVMEDEL VID HJÄRT-KÄRL SJUKDOM

Ett nyskrivet (december 2017) utförligt dokument som belyser preventivmedelsrådgivning till kvinnor med hjärt-kärlsjukdom finns på SFOGs hemsida under FARG.
<https://www.sfog.se/start/arg/familjeplanering-farg/rapporter/raad-och-riktlinjer/>

PREVENTIVMEDEL OCH RISK/HEREDITET FÖR HJÄRT/KÄRL SJUKDOM

Vid användning av kombinerad hormonell antikonception finns en liten riskökning för hjärtinfarkt och stroke. Det finns även en liten ökad risk för arteriell hjärt-kärlsjukdom om en förstegradssläkting drabbats före 55 års ålder (far) eller 65 års ålder (mor). Denna riskökning behöver man inte ta hänsyn till vid val av preventivmetod om kvinnan inte har andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom.

Till riskfaktorer räknas:

- Rökning
- Ålder > 35 år
- RA
- Diabetes utan kända kärlkomplikationer

- Hyperlipidemi (ej familjära former för de ska inte ha kombinerad hormonell metod)
- Hjärtinfarkt/ischemisk stroke hos förstagrads släkting före 55 år (man) eller 65 år (kvinna)

Var för sig utgör inte dessa riskfaktorer någon kontraindikation för användande av kombinerade hormonella metoder men vid två eller flera riskfaktorer ska annan metod användas.

PREVENTIVMEDEL OCH HIV

Studier har påvisat ökad risk för VTE hos HIV-positiva patienter med nedsatt immunförsvar och associerade inflammatoriska tillstånd. Den ökade risken för VTE förefaller inte finnas hos välbehandlade patienter med normalt immunförsvar och kombinerad hormonell metod kan då förskrivas. Kondom ger skydd mot HIV-smitta. Smittsamheten är dock låg vid antiretroviral behandling. Vissa HIV-läkemedel interagerar med hormonella preventivmedel vilket måste beaktas. Rådgivning och förskrivning bör ske av läkare. Koppar- och hormonspiral kan användas oavsett vilket HIV-läkemedel kvinnan tar.

PREVENTIVMEDEL VID EPILEPSI

Epilepsi är ett vanligt tillstånd även bland unga fertila kvinnor. Interaktioner mellan antiepileptika och hormonell antikonception är välkända. Flertalet antiepileptika är testade för interaktioner. Antiepileptika används även för behandling av psykisk sjukdom och smärtbehandling. I flertalet fall ger samtidig användning av antiepileptika och hormonella preventivmedel en risk för försämrade antikonceptionell effekt. Lamotrigin är ett undantag då användning av kombinerad hormonell antikonception minskar serumkoncentrationen av lamotrigin. Försök om möjligt undvika denna kombination. Om man trots allt sätter in kombinerad hormonell antikonception till kvinna med lamotrigin måste behandlande neurolog underrättas för att vid behov justera dosen lamotrigin. Enbart gestagen verkar inte påverka nedbrytningen av lamotrigin. För behandlingsrekommendation till kvinnor med epilepsimedicinering se Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer sid 25.

http://www.lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Antikonception_rek.pdf

PREVENTIVMEDEL OCH CANCERBEHANDLING

Kvinnor med pågående cancerbehandling eller som behandlats inom de senaste sex månaderna kan ha ökad risk för VTE. Kombinerad hormonell antikonception bör då undvikas. Hormonspiral kan vara ett bra alternativ till kvinnor med anemi till följd av sin cancersjukdom.

PREVENTIVMEDEL OCH CANCER

Studier har visat en ökad risk för cervixcancer vid användning av p-piller. Sannolikt är detta kopplat till sexualvanor och förekomst av HPV.

Pågående behandling med kombinerade hormonella metoder medför en liten ökad risk för bröstcancer. Inget samband ses mellan användningstid och bröstcancerrikt. Efter avslutad behandling avtar risken successivt och är tillbaka på grundnivån efter 10 år. Översatt i absoluta riskmått innebär det i realiteten en mycket liten riskökning då grundrisken i dessa åldrar är mycket låg och den något ökade risken betraktas knappast som kliniskt relevant.

Frågan om man bör avråda kvinnor med stark ärftlighet för bröstcancer eller känd mutation från att använda kombinerade p-piller har diskuterats. Hos kvinnor med känd ärftlighet för bröstcancer men utan mutationer har man inte säkert kunnat påvisa en ökad risk för bröstcancer vid användning av kombinerade p-piller. Inga säkra slutsatser har kunnat dras om p-pillers eventuella effekter på risken att utveckla bröstcancer hos kvinnor med känd mutation i BRCA1/BRCA2.

Rekommendationen är att kvinnor som har förstegradssläkting med bröstcancer, med eller utan påvisad bröstcancer-gen, kan använda alla preventivmetoder, inklusive hormonell antikonception. Kombinerad hormonell antikonception är att föredra före gestagen metod, då kombinerade metoder ger en skyddseffekt mot ovarialcancer.

Positiva effekter av antikonceptionella metoder

Behandling med kombinerade p-piller ger en minskad risk för ovarial-, endometrie- och kolorektal cancer.

Användning av kopparspiral har visat sig ge en minskad risk för endometriecancer (bakomliggande mekanism är oklar). Sannolikt ger även hormonspiral ett skydd mot endometriecancer men endast ett fåtal studier finns avseende detta.

LÄKEMEDELSINTERAKTIONER

Tillstånd där man ska ta interaktioner med hormonella preventivmedel i beaktande är fram för allt vid behandling av tuberkulos, HIV och epilepsi. Johannesört påverkar den antikonceptionella effekten och rekommenderas **inte** vid samtidig användning av hormonella preventivmedel.

AKUTPREVENTIVMEDEL

Till denna grupp räknas kopparspiral och två olika typer av akut p-piller som innehåller levonorgestrel (LNG) eller ulipristalacetat (UPA). Rekommenderas efter oskyddat samlag eller kondomhaveri för att förhindra oönskad graviditet.

Om möjligt bör i första hand användning av kopparspiral uppmuntras då det är den effektivaste metoden och är ett fortsatt effektivt preventivmedel. Av akut p-piller rekommenderas i första hand UPA då det är effektivare än LNG oavsett hur lång tid det har gått sedan det oskyddade samlaget.

KOPPARSPIRAL

Kopparspiralen verkar genom att förhindra fertilisering men kan också förhindra implantationen om fertilisering redan skett.

En kopparspiral kan sättas in upp till 120 timmar (5 dygn) efter ett oskyddat samlag och förhindrar nästan 99 % av graviditeterna som annars skulle ha inträffat.

Kontraindikationer är graviditet, pågående infektion och våldtäkt. Relativa kontraindikationer är rikliga menstruationer och/eller kraftig dysmenorré.

AKUT P-PILLER

Ulipristalacetat (UPA) 30mg tas så snabbt som möjligt efter oskyddat samlag men senast inom 120 timmar. Levonorgestrel (LNG) 1,5mg tas också så snabbt som möjligt efter oskyddat samlag men senast inom 72 timmar enligt registreringen. Efter 96 timmar avtar effektiviteten påtagligt.

Verkningsmekanismen är att förskjuta eller förhindra ovulation (follikeltillväxten hämmas). LNG har inte någon effekt efter det att LH börjat stiga men UPA kan förhindra ägglossning fram till LH-toppen. Då oskyddat samlag och behandling med akut p-piller sker efter LH-toppen och fram till ett dygn efter att ovulationen skett blir behandlingen ineffektiv.

Akut p-piller kan ges från dag 21 postpartum och från dag 7 efter en abort. Om föregående mens varit normal behöver inte graviditetstest tas. Vi tveksamhet uteslut pågående graviditet. Behandling kan ges när som helst i menstrationscykeln. Uppföljande besök för preventivmedelsrådgivning bör vid behov erbjudas.

Både UPA och LNG kan köpas receptfritt. Preparaten finns oftast tillgängliga på ungdomsmottagningar och barnmorskemottagningar. På jourtid kan akut p-piller tillhandahållas via gynekologiska akutmottagningar. UPA är dyrare än LNG.

Effektiviteten (efter sammanslagning av tidsintervall) för LNG bedöms vara 69 % och för UPA 85 %. Behandling med akut p-piller skyddar inte vid upprepade oskyddade samlag efter användning. Behandlingen kan upprepas i samma cykel men mer än 24 timmar ska ha gått sedan förra behandlingen.

Huvudvärk och illamående är de vanligaste biverkningarna. Vid kräkning inom tre timmar efter tablettintag tas ny tablett. Påföljande menstruation kan komma för tidigt eller bli fördröjd. Akut p-piller ökar inte risken för ektopisk graviditet

Behandling med akut p-piller har kontraindikationer; graviditet och känd överkänslighet. Relativ kontraindikation; svår leversjukdom och behandling med UPA.

Vid amning rekommenderas LNG. Vid UPA och amning ska kvinnan pumpa och slänga mjölken i en vecka.

LNG och UPA kan inte avbryta eller skada en graviditet där implantation skett.

INTERAKTIONSRISKER VID AKUT P-PILLER ANVÄNDANDE

Gestagen och UPA binder båda till gestagenreceptorn. Gestagenet kan, genom bindning till receptorn, minska effekten av UPA och motverka den ovulationsförskjutande eller ovulationshämmande effekten av akut p-pillret.

Därför bör kvinnor som vill börja med hormonell antikonception efter användning av UPA vänta 5 dagar med att starta med preventivmedlet. Vid start av hormonell antikonception efter LNG rekommenderas däremot kvickstart. Barriärmetod rekommenderas vid samlag inom de följande 7 dagarna efter att hormonell metod påbörjats.

KVINNOR SOM REDAN ANVÄNDER HORMONELLA PREVENTIVMEDEL

Kvinnor som redan använder hormonell preventivmetod och som önskar akut prevention p.g.a. ”tablettglömska” bör rekommenderas LNG eller kopparspiral. Barriärmetod rekommenderas vid samlag inom de följande 7 dagarna. På grund av risken för interaktion bör man inte använda UPA inom 7 dagar efter användning av LNG. Efter användning av UPA bör man vänta i 5 dagar innan användning av hormonell metod (inkl. LNG som akutpreventivmedel).

INTERAKTION MED ANDRA LÄKEMEDEL

- LNG och UPA kan ha nedsatt effekt hos kvinnor som använder enzyminducerande läkemedel (t.ex. vissa antiepileptika, HIV- och TBC-läkemedel, Johannesört) p.g.a. snabbare nedbrytning. Kvinnor som står på sådan läkemedelsbehandling ska i första hand rekommenderas kopparspiral. Om detta inte är ett alternativ bör dubbel dos (3 mg) av LNG rekommenderas. Man bör upplysa användaren om att evidens för dubbel dos saknas.
- UPA bör inte ges till kvinnor med svårkontrollerad astma som behandlas med peroralt kortison.
- Effektiviteten för UPA kan reduceras av läkemedel som höjer pH i magsäcken.

KVINNOR MED HÖG KROPPSVIKT

För LNG antyder vissa studier, men inte andra, en minskad effekt hos kvinnor med en högre kroppsvikt/BMI. Detsamma gäller för UPA där begränsade data från kliniska studier antyder en eventuellt minskad effekt men först vid en högre vikt/BMI. Data är inte tillräckliga för att säkra slutsatser ska kunna dras och preparaten kan således användas av kvinnor oavsett kroppsvikt.

REFERENSER OCH LÄNKAR

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation - Antikonception, april 2014

<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Antikonception/>

Regionala rekommendationer för preventivmedelsförskrivning finns i Skånelistan, utgiven av Läkemedelsrådet i Region Skåne. Uppdateras årligen.

<https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/skanelistan/>

SFOGs hemsida, Arbetsgruppen för familjeplanering, FARG

<https://www.sfog.se/start/arg/familjeplanering-farg/rapporter/raad-och-riktlinjer/>

Medical eligibility criteria for contraceptive use, WHO 2015

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/en/

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG), guidelines

<http://www.rcog.org.uk/guidelines>