Regional riktlinje för antikonception

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Fastställd 2023-11-14
Giltig till 2026-11-14
www.vardgivare.skane.se/vardriktlinjer

REGION SKÅNE

Innehållsförteckning

Förord 1
Uppdatering 2
Förankring och remissyttrande 2
Bakgrund 2
Inledning 3
Barnmorskans roll vid preventivmedelsrådgivning 4
Preventivmedelsmetoder 7
Preparatval 8
Hormonell gestagen metod 14
Intrauterina inlägg (spiral) 18
Icke-hormonella metoder 26
Cykelmetoder 28
Sterilisering 29
Preventivmedel vid speciella tillstånd och tillfällen 30
Dokumentinformation 40
Referenser och länkar 41

Förord

Det övergripande syftet med preventivmedelsrådgivning 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 2023-11-14

Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Uppdatering

Vid uppdatering av riktlinjen har tillägg gjorts med hänvisningar till Läkemedelsverkets bakgrundsdokumentation och behandlings-rekommendationer samt antikonception - Vårdgivare Skåne. Då tydliggörs information om när uppdateringar sker inom området, vilket bidrar till förbättrad patientsäkerhet.

- Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)
- Antikonception - behandlingsrekommendation.pdf (lakemedelsverket.se)
- Antikonception - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Förankring och remissyttrande

Riktlinjen har varit på remissrunda till LAG Gynekologi och Läkemedelsrådet.

Bakgrund

Principerna och grunderna för preventivmedelsförskrivning finns fastlagda i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd:

- SOSFS 1996: 21.pdf (socialstyrelsen.se)
- Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation - Antikonception, april 2014 (lakemedelsverket.se)

Författarna för riktlinjen är medvetna om att det finns individer med behov av antikonception vilka inte identifierar sig som kvinnor, vilket beaktas i mötet med individen. Genomgående i riktlinjen har vi valt att använda kvinnor.

Inledning

Preventivmedelsrådgivning

Preventivmedelsrådgivning syftar till att förhindra oönskad graviditet och bevara fertiliteten fram till dess att graviditet är aktuell, samt att främja sexuell och reproduktiv hälsa. Målet är att kvinnan blir nöjd med sin metod och använder den korrekt och konsekvent. Kvinnans aktuella livssituation och tidigare erfarenhet av preventivmedel ska beaktas liksom hennes förväntningar på preventivmetoden.

Kvinnan ska få information om möjliga biverkningar och om eventuella positiva hälsoeffekter av preventivmetoden. Rådgivningsbesöket är ett bra tillfälle att samtala kring relationer, sexualitet, risktagande och framtida fertilitet, samt att erbjuda provtagning för sexuellt överförbara infektioner (STI). Kondom bör rekommenderas som komplement till annan preventivmetod vid nya och/eller tillfälliga sexuella kontakter, vilket bör diskuteras vid rådgivning.

Innan kvinnan lämnar mottagningen bör samtalet sammanfattas och återkopplas till henne, och uppföljningsbesök erbjudas. Om kvinnan önskar kan hennes partner vara med vid rådgivningsbesöket.

Subvention av preventivmedel

Ungdomssubventionen i Region Skåne innebär att hela egenavgiften för preventivmedel inom läkemedelsförmånen subventioneras för kvinnor till och med 25 års ålder. På receptet ska “Ungdomsrabatt” anges. 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.

Råd och riktlinjer (SFOG.se)

Barnmorskans roll vid preventiv-medelsrådgivning

Barnmorskor handlägger självständigt all preventivmedelsrådgivning och förskrivning till friska kvinnor. Vid osäkerhet om aktuell preventivmetod är medicinskt lämplig kan man i de flesta fall låta kvinnan stå kvar på insatt behandling fram till läkarbedömning.

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

- Vid preventivmedelsrådgivning till kvinna med kronisk sjukdom eller medicinering. Detta gäller speciellt vid önskemål om hormonell antikonception.

- Vid preventivmedelsrådgivning till kvinna med menstruations-störningar såsom amenorré/oligomenorré.

- Vid önskemål om kombinerad hormonell antikonception på annan indikation än antikonception. Vid BMI> 30 och önskemål om kombinerad hormonell antikonception.

- Vid blodtryck ≥ 140/90 mmHg och önskemål om kombinerad hormonell antikonception.

- Vid ny förskrivning av kombinerad hormonell antikonception till kvinna över 40 år.

- Vid fortsatt förskrivning av kombinerad hormonell antikonception till kvinna över 45 år.

- Vid önskemål om kombinerad hormonell antikonception till rökande kvinna över 35 år.

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

Till exempel kvinnor med stark ärftlighet för bröstcancer, där eventuella oklarheter råder, kan stå kvar på sin hormonella metod i väntan på adekvat

information (exempelvis när barnmorska hänvisar till gynekolog). Behovet av effektiv antikonception måste hela tiden beaktas.

Angående förskrivning av hormonella preventivmedel till kvinnor med stark ärftlighet för bröstcancer.pdf (SFOG.se)

Ett rådgivningsbesök för preventivmedel bör omfatta en noggrann anamnes:

En strukturerad journal med sökord bör föras och inkludera en hälsoanamnes:

- Tidigare och nuvarande egna sjukdomar och behandlingar inklusive kirurgi.
- Pågående medicinering (inklusive användning av naturläkemedel/-växtbaserade läkemedel, till exempel johannesört, se avsnitt om Läkemedelsinteraktioner).
- Allergier.
- Rökning, snus, alkohol, droger.
- Förekomst hos förstagradssläkting (förälder eller syskon) av venös tromboembolism (VTE), hjärt-kärlsjukdom eller annan allvarlig sjukdom.
- Tidigare graviditeter.
- Tidigare erfarenheter av preventivmedel.
- Menstruationer, inklusive aktuellt blödningsmönster.
- Behov av att dölja preventivmedelsanvändning.
- Våld i nära relationer.

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

Undersökningar/provtagningar:

- Vikt, längd, BMI, blodtryck.
- Gynekologisk undersökning kan erbjudas men behöver inte utföras, utom inför spiralinsättning och vid utprovning av pessar. Vid undersökning/spekulumundersökning dokumentera bedömning av vulva, vagina och portio (VVP), storlek på uterus och läge.
- Erbjud cellprov om screeningprogrammet inte följts.
- Erbjud provtagning för klamydia och eventuellt andra STI-prover.

Uppföljning och fortsatt rådgivning

Återbesök bör erbjudas tre månader efter ny förskrivning av hormonella metoder, för att följa upp hur kvinnan trivs med sin metod och aktivt efterfråga eventuella biverkningar. Det har visat sig att tätare besök kan ge bättre följsamhet.

Återbesök bör även erbjudas 6–12 veckor efter spiralinsättning. Vid kombinerad hormonell antikonception bör blodtrycket kontrolleras efter 3–6 månader, därefter med 1–2 års intervall.

En relevant medicinsk anamnes tas årligen vid fortsatt förskrivning av hormonella metoder och vikt/BMI följs. Yngre kvinnor kan behöva tätare återbesök för att diskutera sin preventivmetod och eventuell förändrad livssituation. 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 digital kontakt med uppdatering av anamnesen.

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.

Ungdomar under 23 år hänvisas i första hand till ungdomsmottagningarna för preventivmedelsrådgivning men kan även omhändertas på barnmorskemottagning i mödrahälsovården. Hos unga kvinnor (<25 år) rekommenderas årliga besök (inte utglesning till vartannat år) när det gäller preventivmedelsförskrivning då följsamheten är sämre hos unga kvinnor och STI-förekomsten är högre.

Effektivitet

Med effektivitet menas hur väl ett preventivmedel skyddar mot graviditet. Effektiviteten är till viss del beroende av användare.

Antikonception - behandlingsrekommendation.pdf (lakemedelsverket.se)

Tabell I. 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, såsom estimerats från uppgifter till National Surveillance of Family Growth i USA (modifierat från Trussell, 2011).

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 (20µg /24h)	0,2	0,2
Kopparspiral ($\geq$300 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

När ska man börja med preventivmedel?

Användning av alla preventivmetoder kan med fördel startas när som helst under menstruationscykeln, så kallad ”kvickstart”. Om användning inte påbörjas under de allra första mensdagarna, bör kondom användas under en vecka och graviditetstest eventuellt utföras efter några veckor.

Preventivmedelsmetoder

Kombinerad hormonell metod

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.

Antikonception - behandlingsrekommendation.pdf (lakemedelsverket.se)

Bland positiva hälsoeffekter för kombinerade hormonella metoder kan nämnas:

- minskad blödningsmängd
- minskad mensvärk
- minskade PMS/PMDD-besvär
- minskade besvär av akne och hirsutism
- minskad risk för funktionella ovarialcystor
- minskad risk för ovarial-, corpus- och koloncancer.

Många av de biverkningar som förekommer vid hormonell antikonception är dosberoende, av lindrig natur och ofta övergående inom några månader. Dessa kan minskas genom att byta till ett preparat innehållande annat gestagen.

Vanliga biverkningar är:

- viktförändringar
- vätskeretention
- illamående
- huvudvärk
- småblödningar
- humörförändringar
- inverkan på den sexuella lusten
- bröstspänningar.

Preparatval

I första hand ska de preparat förskrivas som rekommenderas av Läkemedelsrådet i Region Skåne:

Antikonception - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Rekommenderade gestagener i kombination med etinylestradiol har något lägre blodproppsrisk 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 följa rekommendationerna enligt ovan.

Om det vid rådgivningssamtalet framkommer faktorer som har betydelse för nöjdhet och följsamhet går det bra att förskriva ett annat kombinerat preparat än de rekommenderade, men det ska då motiveras i journalen varför man frångår rekommendationen.

P-plåster

Innehåller etinylestradiol och norelgestromin. Varje plåster används en vecka och minst tre veckor i rad. P-plåster har samma effektivitet som p-piller, men har bättre följsamhet och jämnare serumkoncentration, vilket kan vara fördel för de med cykelrelaterade hälsoproblem. Preventivmedels-effekten kan vara försämrad hos användare som väger 90 kg eller mer. Hudirritation vid applikationsstället kan förekomma.

P-ring

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, ringen sitter då i fyra veckor. Viktigt att byta till en ny ring direkt utan ringfri vecka.

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.

Antikonception - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Miljöaspekter på preventivmedel

Då dessa preparat innehåller betydande mängder hormon efter avslutad användning, är det av miljöskäl viktigt att påminna patienten om att de ska destrueras på ett säkert sätt och får inte spolas ned i toaletten. För säkrast hantering lämnas både p-ring och p-plåster in på apoteket, även överblivna tabletter.

Långcykelbehandling

Långcykelbehandling det vill säga 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 (det vill säga samma hormoninnehåll i alla tabletter), p-ring och p-plåster.

Antikonception - behandlingsrekommendation.pdf (lakemedelsverket.se)

Blödningsrubbningar 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 klamydia-infektion och graviditet.

Glömska, annan medicinering, 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, Flytningar, Pigmentförändringar, Huvudvärk

GESTAGENA BIVERKNINGAR

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

Glömd tablett

Se FASS för respektive preparat:

FASS Vårdpersonal - Startsida (fass.se)

Risken för graviditet är störst om tabletten har glömts i anslutning till den tablettfria perioden. Har man missat ett eller flera p-piller under långcykel-behandling, 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 föreskrivas kombinerad hormonell antikonception:

- Anamnes på djup ven- eller artärtrombos.
- Hereditet för djup ventrombos hos förstagradssläkting (föräldrar och syskon).
- Känd koagulationsrubbning 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 (kg/m2).
- Akut intermittent 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).

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. Ge kvinnan en helhetsbild av preventivmedlets positiva och negativa hälsoeffekter.

Antikonception - behandlingsrekommendation.pdf (lakemedelsverket.se)

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 norgestimat. VTE-risken för p-ring och p-plåster (etonogestrel respektive norelgestromin) ligger på ungefär samma nivå som för preparaten innehållande desogestrel och drospirenon. VTE-risken för preparat innehållande östradiol är än så länge oklar.

Information från Läkemedelsverket nr 2, 2014.pdf (lakemedelsverket.se)

Risken för VTE ökar vid användning av kombinerad hormonell anti-konception. Risken är störst hos nya användare under det första året och allra högst under de första tre månaderna. 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. Det viktigaste för att förebygga VTE är att identifiera kvinnor med ökad risk, men blodprov för att påvisa koagulationsrubbning 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.

Riskfaktorer 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. Rökning som ensam riskfaktor hos kvinna <35 år kan handläggas av barnmorska.

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

Information från Läkemedelsverket nr 2, 2014.pdf (lakemedelsverket.se)

Symtom som kan tyda på VTE/Lungemboli

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

Kombinerad hormonell antikonception vid speciella händelser

- 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.

Hormonell gestagen metod

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 blödningsrubbningar 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.

Information från Läkemedelsverket nr 2, 2014.pdf (lakemedelsverket.se)

Lågdoserade gestagen

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

Minipiller

Verkningsmekanismen är effekt på cervixsekret och endometriet. Ovulationen hämmas helt hos cirka 20 %. 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, glömske-marginalen är endast 6 timmar.

Cirka en tredjedel av användare får någon form av blödningsrubbning, oftast en förkortning av menscykeln. 5–10 procent får amenorré. Det finns inga belägg för att dubbel dos ger mindre blödningsrubbningar eller ökad anti-konceptionell 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 kg/m^2> 30 bör man undvika minipiller då data saknas beträffande effektivitet vid fetma.

Mellandoserade gestagener

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

Mellanpiller

Mellanpiller innehåller 75 µg 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 % får någon form av blödningsrubbning vilket oftast är tätare blödningar. Amenorré ses hos 20 %.

Det finns två typer av mellandoserade gestagenpiller (mellanpiller)

- 75ug desogestrel vilka tas dagligen utan uppehåll.
- 4mg drospirenon förpackning med 24 aktiva tabletter och 4 placebotabletter.

Bortfallsblödningsfrekvensen hos drospirenon användare minskar med tiden och är mindre än 20% efter 9 månaders användning. Drospirenon är förknippat med lägre risk för långdragna blödningar än deogestrel och kan dessutom med fördel användas hos patienter med akne tack vare dess antiandrogena egenskaper. Preparatet ingår inte i förmånen.

Implantat

Det finns ett implantat på den svenska marknaden, en p-stav innehållande 68 mg etonogestrel. Staven mäter 2x40 mm 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%. 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. Lokal behandling med lidokain/-prilokain används vid insättning och uttag. Om lokal delegering finns kan Mepivakain 10 mg/ml användas för lokalanestesi vid insättning/uttag. Om en p-stav inte kan palperas ska remiss skrivas till Kvinnoklinik för vidare omhändertagande. 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.

Högdoserade gestagener

P-spruta

P-spruta (150 mg 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-hypothalamus-axeln 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 blödningsrubbningar 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 blödningsrubbningar. 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 ≥ 300 mm², god dokumentation avseende effektivitet och insättningsegenskaper och lång användningstid (5 år). Kopparspiralen passar bra för kvinnor som önskar en hormonfri metod eller har en kontraindikation mot gestagen. Kopparspiral kan även användas som akutpreventivmedel, se rubrik akutpreventivmedel.

Biverkningar

Riklig menstruationsblödning (ökar i genomsnitt 55%), 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.

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 % av kvinnorna med den större

hormonspiralen (Levosertone, och Mirena) har oförändrad ovulation. Ytterligare fler har oförändrad ovulation med de två mindre spiralerna.

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

Preparatnamn	Hormoninnehåll (frisättning/dygn)	Storlek (insättningsrör i diameter)	Registrerade indikationer (användningstid)
Jaydess	13,5 mg LNG (6 µg/dygn)	28 x 30 mm (3,8 mm)	Antikonception (3 år)
Kyleena	19,5 mg LNG (9 µg/dygn)	28 x 30 mm (3,8 mm)	Antikonception (5 år)
Levosertone	52 mg LNG (20 µg/dygn)	32 x 32 mm (4,8 mm)	Antikonception (6 år) Menorragi (påvisad effekt under 3 år)
Mirena	52 mg LNG (20 µg/dygn)	32 x 32 mm (4,4 mm)	Antikonception (8 år) Menorragi (5 år) Endometrieskydd vid östrogenbehandling (5 år)

Antikonception - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Positiva effekter

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

Biverkningar

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

Den vanligaste biverkan är blödningsrubbningar. 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 amenorré. Efter några års användning av den större spiralen (Levosertone och Mirena) har cirka 30 % amenorré. Andel med amenorré är lägre för de mindre spiralerna (Jaydess 12 % och Kyleena 23 %). Med den större spiralen har den totala blödningsmängden minskat med upp till 90 % efter ett år.

Insättning av kopparspiral 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. Dokumentera även vilken sort/modell av spiral samt batch/LOT nummer från förpackning.

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 förstorad eller vid oväntat stort eller litet sondmått <6 eller> 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, till exempel sondmått som avviker från palpationsfyndet, påverkat allmäntillstånd eller mycket stark smärtreaktion vid insättningen bör kvinnan hänvisas akut till gynekolog.

Uttag av kopparspiral och hormonspiral

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

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 se tabell ovan hämtad ifrån

Antikonception - Vårdgivare Skåne (skane.se)

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.

Smärtlindring

Ingen metod förutom PCB (paracervikal blockad), för att minska smärta vid spiralinsättning har visat sig vara mer effektiv än placebo, förutom en trygg omgivning.

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 cirka 3 timmar 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 hänvisas 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.

Remittera till gynekolog för ultraljud, extrauterin graviditet ska uteslutas då risken för detta är ökad. Kvarlämnad spiral ökar risken för missfall och senare graviditetskomplikationer.

Infektioner

En ökad infektionsrisk finns i samband med insättningen och den kvarstår cirka 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 klinisk misstanke om, eller vid påvisad infektion, bör kvinnan behandlas innan hormon- eller kopparspiral sätts in. Infektionsscreening rekommenderas men behöver inte rutinmässigt utföras inför spiralinsättning.

Vid positivt provsvar i samband med insättning av hormon- eller koppar-spiral eller vid påvisad infektion under pågående spiralanvändning kan behandling ges med spiralen på plats. Om kvinnan önskar få spiralen extraherad på grund av infektion bör detta göras efter påbörjad antibiotika-behandling. Om infektionen inte svarar på den givna behandlingen bör dock extraktion övervägas, viktigt att då rekommendera annat preventivmedel.

Information från Läkemedelsverket nr 2, 2014.pdf (lakemedelsverket.se)

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, bör sitta i 7 dagar före uttag.

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

Ulipristalcetat (UPA) 30 mg tas så snabbt som möjligt efter oskyddat samlag men senast inom 120 timmar. Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg 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. Vid tveksamhet uteslut pågående graviditet. Behandling kan ges när som helst i menstruationscykeln. Uppföljande besök för preventivmedelsrådgivning bör vid behov erbjudas.

Kvickstart, det vill säga behandling med p-piller som påbörjas direkt efter behandling med akut p-piller, stör inte effekten av vare sig LNG eller UPA. Eftersom ägglossningen kan skjutas upp vid behandling med akut p-piller och detta sker under olika lång tid (olika effektivitet) bör dock barriärmetod användas i 14 dagar efter UPA och i sju dagar efter LNG.

Både UPA och LNG kan köpas receptfritt. Preparaten finns tillgängliga på ungdomsmottagningar. Barnmorskemottagning tillhandahåller UPA till kvinnor före 21 år ålder, övriga får bekosta själva. Metoden kan användas upp till 5 dagar efter oskyddat samlag. På jourtid kan akut p-piller tillhandahållas via gynekologiska akutmottagningar.

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.

Eftersom akut p-piller inte är lika effektivt som många andra preventivmedel bör användning av en mer effektiv preventivmetod rekommenderas i första hand.

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.

Biverkningar vid användning av akut p-piller

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

Interaktionsrisker vid användning av akut p-piller

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 på grund av ”tablettglömska” bör rekommenderas LNG eller kopparspiral. Kvinnan ska behålla spiralen i en vecka, därefter har hon möjlighet att välja preventivmetod.

- Fortsätta den hormonella preventivmedelsmetoden,
- Alternativt behålla kopparspiralen och då avsluta sin pågående hormonella preventivmetod.

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 (inklusive LNG som akutpreventivmedel).

Interaktion med andra läkemedel vid användning av akut p-piller

LNG och UPA kan ha nedsatt effekt hos kvinnor som använder enzym-inducerande läkemedel (till exempel vissa antiepileptika, HIV- och TBC-läkemedel, johannesört) på grund av 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.

Kontraindikationer vid behandling akut p-piller

Behandling med akut p-piller (LNG och UPA) har inga absoluta kontraindikationer förutom känd överkänslighet och graviditet. För koppar-spiral gäller samma kontraindikationer som vid reguljär användning. Vid svår leversjukdom bör försiktighet iakttas vid behandling med UP

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.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Icke-hormonella metoder

Icke-hormonella metoder är: Barriärmetoder (kondom, femidon, pessar), cykelmetoder (säkra perioder, naturlig familjeplanering) och kopparspiral.

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, det vill säga 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 spermiehämmande medel.

Slidpessaret

Tillverkas av silikon eller gummi och finns i fem storlekar. Det finns även en variant som endast är en storlek. Pessaret kan köpas i butiker på internet. Metoden har PI på 6 vid perfekt användning och 12 vid typisk 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 symfysen. 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 spermiehämmande medel, pessargel, vilken innehåller mjölksyra och cellulosa och gör spermierna 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 spermiehämmande 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.

Anvisning för rengöring av provpessar på barnmorskemottagning

Anvisningen gäller för alla typer av provpessar: slidpessar Milex® och Caya® samt cervixpessar Femcap®.

Mellan utprovningarna skall pessaret som har använts på slemhinna vara höggradigt rent vilket innebär att pessaret skall rengöras och desinfekteras enligt följande:

- Utför mekanisk rengöring med ljummet vatten, diskmedel och mjuk borste direkt efter användning för att avlägsna sekret.
- Diska därefter pessaret i diskdesinfektör eller autoklav. Placera pessaret så att hela produkten blir rengjord och desinfekterad.
- Plocka ur pessaren med rengjorda, spritade händer, låt torka och förvara pessaret i kärl med lock för att bevara renhetsgraden till nästa utprovning.

Alkohol eller vikronbad rekommenderas inte då det medför risk för att sekret och mikroorganismer ”bränner fast” i produkten. Provpessaret behöver inte steriliseras.

Anvisning för rengöring av provpessar på barnmorskemottagning.pdf (kunskapsstodforvardgivare.se)

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. För att använda sig av säkra perioder krävs att man har regelbundna menstruationer.

Ägglossning inträffar vanligen 12–14 dagar efter mensens första dag.

Billingmetoden

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 menstruationscykeln.

P-dator/app

Kontroll av säkra perioder finns även varianter som 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 oselekterad 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 steriliseringssökande 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

Hysteroskopisk sterilisering fanns tidigare som metod men är ej längre tillgänglig.

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 % under det första året efter sterilisering. Laparoskopisk sterilisering är associerat med mycket låg morbiditet (1 %) och mortalitet (0.01 %). Till lindriga komplikationer räknas till exempel sårinfektion, hematom och perforation av uterus med manipulator. Bland allvarligare 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 0.15 %. De vanligaste anledningarna till graviditet är operativa misstag, oskyddat samlag före tre-månaders kontrollen eller rekanalisering. Komplikationer är bland annat hematom (2 %) och infektioner (0.2–1,5 %). 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 hormonspiral 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 (Levosertone eller Mirena) satts in efter 45 års ålder kan den sitta kvar som preventivmedel

fram tills ett år efter menopaus. Används (Levosertone eller Mirena) 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 utstötningsfrekvensen 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 graviditetslängd, 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 graviditets-symtom (såsom illamående och bröstspänningar), att blödningen följer förväntat mönster samt 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 graviditetslängd. 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 % skydd mot graviditet de första sex månaderna efter partus. Det förutsätter täta amningstillfällen, för att uppnå 98% skydd.

Spiral (koppar 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 det vill säga 6–8 veckor efter förlossningen. Det går dock bra att sätta in spiral från och med 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 gestagenmetod 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 6 veckorna, då det efter förlossningen på grund av kvarstående ökad trombosrisk. Någon påverkan på barnet eller bröstmjölkens kvalitet har inte kunnat konstateras, och därför kan kombinerade hormonella metoder användas under amning efter 6 veckor enligt:

Råd och riktlinjer (SFOG.se)

Underlaget är dock något bristfälligt och rekommendationen är därför i första hand gestagena metoder under amning. Har man bra erfarenhet av kombinerade p-piller, är det inte kontraindicerat.

De kvinnor som ska föda med planerat kejsarsnitt kan få en spiral insatt i samband med kejsarsnittet. Spiralinsättningen påverkar inte amningen eller barnet. Recept för spiralen kan antingen skrivas av barnmorskan på BMM eller vid inskrivningen på sjukhuset. Kejsarsnittet görs precis som vanligt men efter att barnet har fötts så förs spiralen in på plats. Därefter syr man ihop såret som vanligt. Återbesök sker enligt lokala rutiner efter 2–3 veckor för att korta av trådarna. Utstötningsfrekvensen är endast några få procent.

Rutinmässig tillhandahållande av intrauterin preventivmedel vid elektivt kejsarsnitt i en nationell folkhälsotjänst: en serviceutvärdering - PubMed (nih.gov)

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 (kg/m2) finns en riskökning för VTE jämfört med normalviktiga. Vid BMI ≤ 30 (kg/m2) kan alla metoder användas. Vid BMI >30 (kg/m2) gäller ingen nyförskrivning 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 (kg/m2) gäller ingen förskrivning av kombinerad hormonell metod annat än på specifik medicinsk indikation.

Preventivmedel vid BMI >30 (kg/m2). 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.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel efter viktminskningskirurgi

Få studier finns om preventivmedel till kvinnor som genomgått viktminskningskirurgi. 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 kg/m^2 ligger under 30.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

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 till exempel desogestrel eller drospirenon.

Gestagena metoder kan hos vissa individer försämra akne. Till kvinnor som på grund av svår akne har behandling med isotretionin fodras ett högeffektivt preventivmedel eftersom preparatet är fosterskadande. Lämpligt

förstahandsval till de kvinnorna är ett kombinerat hormonellt preparat alternativt kopparspiral.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel vid diabetes

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

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 förstagradssläkting före 55 år (man) eller 65 år (kvinna).

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

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel vid migrän

Det är viktigt att i rådgivningssituationen fastslå om det verkligen är migrän som 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 välja en gestagen metod.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

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. Till exempel kan kombinationen 20 µg etinylestradiol och drospirenon i 24/4 dagars regim provas.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel vid leversjukdom

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.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel vid kronisk inflammatorisk tarmsjukdom

Kvinnor med kronisk inflammatorisk tarmsjukdom det vill säga 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.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel vid SLE/RA

Kvinnor med SLE har en ökad risk för VTE och sjukdomen kan dessutom försämras 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. Patienter med RA har även en liten ökad risk för arteriell hjärt-kärlsjukdom. Kombinerad hormonell metod är inte kontraindicerat men övriga riskfaktorer ska vägas in vid förskrivning.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel vid hypertoni

Kvinna med manifest hypertoni oavsett om den är behandlad eller ej, ska inte förskrivas kombinerad hormonell antikonception. Vid blodtryck ≥ 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.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel vid hjärt-kärlsjukdom

Preventivmedelsråd och rekommendationer till kvinnor med hjärt- och kärlsjukdom finns att ta del av på:

- Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)
- Preventivmetoder för antikonception – behandlingsrekommendation (lakemedelsverket.se).
- Råd och riktlinjer (SFOG.se)

Preventivmedel och risk/hereditet för hjärt-/kärlsjukdom

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 förstagradssläkting drabbats före 55 års ålder (far) eller 65 års ålder (mor). Denna riskökning behöver man bara ta hänsyn till om kvinnan 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 förstagradssläkting 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.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

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 anti-retroviral 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.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

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 försämrad antikonceptionell effekt. Lamotrigin är ett undantag då användning av kombinerad hormonell antikonception minskar serum-koncentrationen av lamotrigin. Försök om möjligt undvika denna kombination. Om man trots allt sätter in kombinerad hormonell anti-konception 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, läs: Antikonception - behandlingsrekommendation, april 2014 (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel vid 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, däremot kontraindicerat med hormonspiral vid pågående bröstcancerbehandling.

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Preventivmedel och risk för cancer

Studier har visat en ökad risk för cervixcancer vid användning av p-piller. Sannolikt är detta kopplat till sexualvanor och förekomst av HPV. Förebyggande av livmoderhalscancer och hormonella preventivmedel (thelancet.com)

Pågående behandling med kombinerade hormonella metoder medför en liten ökad risk för bröstcancer. Inget samband ses mellan användningstid och bröstcancerrisk. 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 förstagradssläkting med bröst-cancer, med eller utan påvisad bröstcancergen, kan använda alla preventiv-metoder, inklusive hormonell antikonception. Kombinerad hormonell antikonception är att föredra före en gestagen metod, då kombinerade metoder ger en skyddseffekt mot ovarialcancer.

Angående förskrivning av hormonella preventivmedel till kvinnor med stark ärftlighet för bröstcancer.pdf (SFOG.se)

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 enligt:

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudansvarig	Pernilla Wargéus	Regional samordnings-barnmorska	Pernilla.Wargeus@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Hälso- och sjukvårdsdirektör	Pia.Lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Utvecklingsenhet kvinnohälsa LAG gynekologi Läkemedelsrådet		Utvecklingsenhet.kvinnohalsa@skane.se Lakemedelsradet@skane.se
Kontaktperson Koncernkontoret	Susanna Sjökvist	Medicinsk rådgivare	Susana.Sjokvist@skane.se
Administrativ kontaktperson	Elisabeth Daulin	Publicerare	Elisabeth.Daulin@skane.se

Giltighet

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Revidering	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
Revidering	2021-04-20	2023-04-20	Karin Hallstedt Petra Pålsson Louise Blomqvist
Revidering	2023-11-14	2026-11-14	Amie Devinder, Pernilla Wargéus

Referenser och länkar

Antikonception - bakgrundsdokumentation.pdf (lakemedelsverket.se)

Antikonception - behandlingsrekommendation.pdf (lakemedelsverket.se)

Antikonception - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Angående förskrivning av hormonella preventivmedel till kvinnor med stark ärftlighet för bröstcancer.pdf (SFOG.se)

Anvisning för rengöring av provpessar på barnmorskemottagning, Region Stockholm:
Anvisning för rengöring av provpessar på barnmorskemottagning.pdf (kunskapsstodforvardgivare.se)

FASS Vårdpersonal - Startsida (fass.se)

Förebyggande av livmoderhalscancer och hormonella preventivmedel (thelancet.com)

Information från Läkemedelsverket nr 2, 2014.pdf (lakemedelsverket.se)

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation - Antikonception, april 2014 (lakemedelsverket.se)

Regionala rekommendationer för preventivmedelsförskrivning finns i Skånelistan, utgiven av Läkemedelsrådet i Region Skåne. Uppdateras årligen.
Skånelistan - Vårdgivare Skåne (skane.se),

Rutinmässig tillhandahållande av intrauterin preventivmedel vid elektivt kejsarsnitt i en nationell folkhälsotjänst: en serviceutvärdering - PubMed (nih.gov)

Råd och riktlinjer (SFOG.se)

SOSFS 1996:21.pdf (socialstyrelsen.se)