

Preventivmedelsrådgivning

Innehållsförteckning

Hoppa till önskat kapitel med Ctrl+klicka

Allmänt	2
Berörda enheter	2
Syfte.....	2
Målsättning.....	2
Nationella riktlinjer och grundinformation	2
Barnmorskans forskrivningsrätt.....	2
Rådgivning/förskrivning av läkare.....	3
Barnmorskors remitteringsrätt	3
Preventivmedelssubvention	3
Besöksrutiner	4
Preventivmedelsrådgivning på distans.....	5
Uteslutande av graviditet	5
Val av preventivmedel.....	5
Kontraindikationer	6
Effektivitet	6
Biverkningar.....	6
Interaktioner med andra läkemedel.....	6
Insättning av preventivmetoder	7
Quick-start av preventivmetod.....	7
Spiralinsättning	7
Byte mellan preventivmetoder	9
Olika preventivmetoder	9
Kombinerad hormonell antikonception	9
Långcykelbehandling	10
Gestagenmetoder	10
Akutpreventivmedel (postcoital antikonception)	11
Sterilisering	12
Särskilda patientgrupper.....	12
Preventivmedel till ungdomar under 15 år.....	12
Preventivmedel med hänsyn till könsidentitet	13
Preventivmedel efter förlossning	13
Hur länge ska man använda preventivmedel?.....	13
Bilaga 1 Frågor vid val av preventivmetod.....	15
Bilaga 2 information om preventivmedel.....	16
Bilaga 3 Checklista om kontraindikationer av kombinerade metoder	17
Bilaga 4 Hormonprofil av kombinerade p-metoder.....	18
Bilaga 5 Preventivmedel vid speciella tillstånd.....	19
Bilaga 6 Preventivmedel – snabbpreferens	21

Allmänt

Berörda enheter

Rutinen berör samtliga barnmorskor med förskrivningsrätt, samt läkare som utövar rådgivning och förskrivning av preventivmedel i Norrbotten.

Syfte

Ge lokala anvisningar och förtydliganden till nationella riktlinjer om anti-konception.

Målsättning

Lätt och enkel tillgång till bästa preventivmetod utifrån individens situation och önskemål.

Nationella riktlinjer och grundinformation

- Grunderna och principerna för preventivmedelsförskrivning finns i nedanstående dokument som skall finnas tillgänglig på samtliga enheter där preventivmedelsrådgivning ges. Innehållet ska vara väl känt av samtliga som bedriver rådgivning/förskrivning.

[Antikonception – Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2:2014.](#)

- [”Praktisk preventivmedelsguide”](#) (Bayer AB, uppdaterad 2023) är en bra handbok med information om olika preventivmedel, deras för- och nackdelar är bra att ha lätt tillgänglig då man ger preventivmedelsrådgivning. Baseras på ovanstående (LMV 2:2014) och är framtagen och kontrollerad av experter i området:

- Fördjupningsinformation om preventivmedel och förskrivning finns bland annat här:

[Antikonception – Bakgrundsdokumentation. Information från Läkemedelsverket 2:2014.](#)

[Vägledningsdokument angående hormonella preventivmedel och bröstcancer.](#) SFOG:s arbetsgrupper för familjeplanering och tonårsgynekologi 2011.

Barnmorskans förskrivningsrätt

Förskrivningsrätten regleras av [SOSFS 1996](#): och i [HSLF-FS 2019:32](#), sida 7 och bilaga 3.

Förskrivningsrätten innefattar rådgivning och förskrivning av preventivmedel i födelsekontrollerande syfte. Däri ingår förskrivning av hormonella preventivmedel, förskrivning, insättning och uttag av hormonspiral och p-stav, insättning och uttag av kopparspiral, samt utprovning av pessar.

Utöver preventivmedel, ingår förskrivning av doxycyklin för behandling av klamydiainfektion i barnmorskans förskrivningsrätt.

Rådgivning/förskrivning av läkare

Det rekommenderas starkt att barnmorskan i första hand förskriver preventivmedel till friska patienter. Vid komplicerade faktorer bör barnmorskan hänvisa till eller konsultera läkare (i första hand distriktsläkare, som vid behov remitterar till gynekolog).

OBS! Vid annan indikation än antikonception gäller inte barnmorskans förskrivningsrätt, och hormonella preventivmedel ska då förskrivas av läkare.

Barnmorskors remitteringsrätt

Remisser till gynekologiska mottagningen ska i princip skrivas av läkare. Det finns dock några preciserade situationer där barnmorska verksam i Primärvården självständigt kan skriva remiss:

- Problem som gäller spiral, t.ex. svårigheter vid insättning, uttag eller byte.
- Komplicerad biverkningsproblematik med hormonell antikonception, där man provat preparat med olika hormonprofil utan att hitta något som passar, och där antikonception/biverkningar till antikonception är enda frågeställningen. Finns annan samtidig problematik skall patienten först bedömas av distriktsläkare.
- Remiss för recept på *Slinda®* inom förmån till behörig patient (se närmare under "preventivmedelssubvention").

Preventivmedelssubvention

Preventivmedlen är subventionerade till patienter med fullständigt personnummer.

Nationell subvention gäller alla receptbelagda preventivmedel inom förmånen ("F") till patienter tom 20 års ålder.

Norrbottens utökade subvention gäller för patienter tom 25 års ålder som söker vård i Norrbotten, oavsett patientens hemregion.

För att patienten ska få ut sina preventivmedel inom Region Norrbottens subvention ska följande anges i patientanvisningsrutan:

"Prev Norrbotten" samt patientens hemregion.

Förmånskod ska då alltid anges som "EF".

Norrbottens subvention gäller:

- Alla receptbelagda preventivmedel inom förmånen ("F") till patienter 21 – 25 år.
- **Vissa undantagsläkemedel** som inte ligger inom förmånen ("EF") till patienter tom 25 års ålder.
Dessa läkemedel är (i dec 2022): *NuvaRing®*, *Ornibel®*, *Evra®*, *Zoely®* och *Qlaira®*.

Gestagenpiller *Slinda®* är ett undantagsläkemedel med begränsad subvention, och kan förskrivas till ungdomar tom 25åå inom Norrbottens utökade subvention om:

- minst en annan gestagenmetod har visat sig ge besvärande biverkningar OCH
- andra preventivmetoder anses olämpliga OCH
- förskrivaren är specialist inom gynekologi och obstetrik

När en öppenvårdspatient behöver sitt recept utfärdad av gynekolog enligt ovan, skickas en remiss till **syobgynmot**. I remissen ska anges att det handlar om ”recept på Slinda med subvention” samt kortfattat de uppgifter som behövs för bedömning av subventionsrätten. Gynekologen utfärder receptet och svarar remissen med ”recept utfärdat”. Remitterande barnmorska/läkare informerar patienten vid behov samt ansvarar för uppföljningen.

Observera att det finns en del preventivmedel där all subvention saknas! Detta gäller alla ”EF”-preparat som inte nämns som undantagspreparat i [lathunden för receptutfärdande](#).

Gällande subventionsregler framgår i detalj i styrdokumentet ”[Preventivmedel – subvention S2](#)”.

Besöksrutiner

- Journal skall föras i VAS på samtliga patienter vid varje kontakt och alla åtgärder dokumenteras, inkl LOT- eller BATCH-nummer för spiraler och p-stavar.
- Noggrann anamnes, inkluderande hereditet, är avgörande för adekvat medicinsk bedömning och rådgivning. Anamnesen (i synnerhet förekomst av ev kontraindikationer eller biverkningar) ska kontrolleras/kompletteras vid återbesök.
- Blodtryck kontrolleras vid all nyförskrivning samt på kvinnor med kombinerad metod efter 3-6 månader och ett år, därefter minst vartannat år. Vid BT >140/90 hänvisa till läkare. Skaderisken av måttlig, icke symtomgivande blodtrycksförhöjning uppkommer först efter några år varför man har gott om tid att finna ett alternativ.
- Längd och vikt med beräkning av BMI vid nyförskrivning och återbesök.
- Klamydiaproov erbjuds alla.
- STI-provtagning i övrigt utifrån anamnes.
- Gynekologisk undersökning erbjuds. Rekommenderas vid åtminstone ett tillfälle, men är inte nödvändigt vid förstagångsförskrivning till besvärsfri patient. Informera om värdet att delta i den gynekologiska cellprovskontrollen.
- Vid förstagångsförskrivning, eller vid byte av preventivmedel pga biverkningsproblematik, är det lämpligt att planera utvärdering efter 3-6 månader för uppföljning. Ofta har då initiala bieffekter som t.ex. småblödningar försvunnit.
- Skriv gärna recept för ett års förbrukning, även vid nyförskrivning oavsett planerad tidigare kontroll.
- Tillämpa gärna ”Quick-start” framförallt för ungdomar

- Informera om att hormonella metoder är läkemedel som ska uppges vid kontakt med sjukvården.
- Allmänt hälsosamtal. Eftersom livsstilsfaktorer som kost och motion, bruk/missbruk av tobak, alkohol och andra droger, samt sexuellt risktagande och våldsutsatthet påverkar hälsa och fertilitet har diskussion kring detta en given plats i preventivmedelsrådgivningen. Detsamma gäller naturliga, fysiologiska förlopp som menscykeln, lustens betydelse för erektion och lubrikation samt ålderns inverkan på fertiliteten.
- Vid förskrivning till ungdomar ≤ 25 år kan med fördel *Sexit*-frågeformulär användas, om tillgång till och kunskap om detta verktyg finns.
- Dialog om [RLP - reproduktiv livsplan](#). Syftet är att öka medvetenhet om patienten vill ha barn eller inte och öka hens möjlighet att nå sina mål för familjeplanering.
- Informera om rekommendation för alla kvinnor som planerar att bli gravida att ta 400 µg extra folsyra varje dag, med början minst en månad före befruktningen.

Preventivmedelsrådgivning på distans

Fördelen med att erbjuda preventivmedelsrådgivning på distans via video-länk är ett sätt att öka tillgängligheten. Viktigt är, att den håller samma goda kvalitet som fysiska rådgivningsbesök. Kontroll av blodtryck och vikt samt möjlighet till insättning av p-stav eller spiral bör kunna enkelt erbjudas även om rådgivning sker digitalt.

SFOG (Sveriges förening för obstetrik och gynekologer) har [råd för preventivmedelsrådgivning och förskrivning på distans](#).

Uteslutande av graviditet

För att med säkerhet utesluta graviditet hos en sexuellt aktiv patient som inte använt preventivmedel konsekvent och inte nyligen haft mens, eller har mycket oregelbundna menstruationer (t.ex. inför start av hormonell antikonception, eller insättning av spiral) kontrolleras graviditetstest vid behov både vid insättning av p-medel samt ca 4 veckor senare.

Vid insättning av spiral inom en vecka efter medicinsk abort räcker det att efterhöra att patienten blött som förväntat och säkerställa att hen har ett planerat kontroll för graviditetstest (oftast ca 4 veckor efter aborten).

Val av preventivmedel

Vid val av preventivmetod ska man alltid utgå från patientens önskemål och situation. Till hjälp kan SFOG:s frågelista i *bilaga 1* användas. Eventuella kontraindikationer för vissa metoder ska kartläggas.

Man bör försäkra att patienten har korrekt information om preventivmetoder. Inför rådgivningsbesöket för preventivmedel kan patienten med fördel hänvisas till befintlig information på nätet. I *bilaga 2* finns effektivitet av olika metoder samt länk till ett filmalternativ.

Kontraindikationer

Gestagenmetoder har få kontraindikationer:

- egen tidigare eller aktuell bröstcancer
- svår leversjukdom

Kombinerade hormonella metoder har utöver dessa en del kontraindikationer. Inför förskrivning är det viktigt att utesluta dessa, gärna med hjälp av checklistan i *bilaga 3*.

Effektivitet

Olika preventivmedels effektivitet finns beskrivet i *bilaga 2*.

Rekommendera gärna **LARC** = långtidsverkande reversibelt preventivmedel

- P-stav, hormonspiral & kopparspiral
- SFOG:s arbetsgrupp för familjeplanering rekommenderar att 40 % av nyförskrivna preventivmedel ska vara LARC
- Vid besvärande biverkningar kan, i samråd med läkare, LARC kombineras med t.ex. p-piller (fördel: ingen risk för graviditet vid ev. glömd tablett).

Biverkningar

Biverkningar av hormonella preventivmedel är individuella, och kan aldrig förutses med säkerhet. De flesta klingar av under några månaders förbrukning, varför ”provperiod” på minst 3 månader rekommenderas. Vid störande biverkningar bör preparat/metod bytas utan onödig uppehåll emellan.

Kombinationsmetoders hormonprofil kan användas som vägledning vid preparatbyte pga biverkningar (*bilaga 4*).

Interaktioner med andra läkemedel

Andra läkemedels effektivitet kan påverkas av preventivmedel eller vice versa. Vid förskrivning av hormonellt preventivmedel till en patient med pågående medicinering bör ställning tas till risk om interaktion. Information för respektive läkemedel finns i FASS!

Epilepsiläkemedel är ett exempel på mediciner som ofta interagerar med preventivmedel. Råd inför preventivmedelsval tillsammans med dessa mediciner finns i *LMV 2:2014 s 25* och i *Praktisk preventivmedelsguide s 90-91*.

Vissa andra läkemedel kan också innebära minskad effekt av alla hormonella antikonceptionsmetoder med systemisk effekt, inklusive implantat, plåster och vaginalring, men sannolikt inte för hormonspiral. Sådana läkemedel är bl.a. vissa **antibiotika**, **läkemedel mot HIV** samt **johannesört**.

Läkemedel som påverkar tarmfunktionen, oftast som biverkan (t.ex. **antibiotika**) kan påverka upptaget av hormoner för antikonception. Vaginal tillförsel av miconazol påverkar inte effekten av vaginal p-ring. Troligen gäller det även andra vaginala candidabehandlingar.

Metabolism av **melatonin** kan hämmas av kombinerade p-piller, och dos-sänkning kan därför behövas. Det är viktigt att informera patienten om detta.

Vid insättning av hormonellt preventivmedel med risk för interaktion med patientens andra medicinering, bör den behandlande läkaren alltid informeras/rådfrågas.

Insättning av preventivmetoder

Quick-start av preventivmetod

- *LMV 2:2014 s 15*
- *Praktisk preventivmedelsguide s 8*

Alla preventivmedel kan insättas/påbörjas utan att vänta menstruation, dvs. annan tid i menscykel än vad som rekommenderas i FASS.

Barriärmetod bör då tillämpas den första tiden (tiden beror på den valda metoden, men 10 dagar är en trygg rutinrekommendation).

Uteslut vid behov graviditet både före och 3-4 veckor efter metoden påbörjas.

Spiralinsättning

Alla spiraler kan användas även av kvinnor som aldrig varit gravida.

Tidpunkt för insättning

- Spiral (både koppar- och hormon-) ger graviditetsskydd direkt om den sätts in
 - inom 7 dagar efter påbörjad menstruation
 - i samband med kirurgisk abort
 - Inom en vecka efter medicinsk abort om blödningen varit som förväntat (patienten ska ha ett planerat kontroll av graviditetstest 3-4 veckor efter aborten).

Vid insättning annan tidpunkt, ska extra skydd (t.ex. kondom) användas i minst 7 dagar, och graviditetstest kontrolleras igen efter minst tre veckor.

Vid behov kan t.ex. mellanpiller erbjudas i väntan på spiralisättningsstid som "bridge-in" metod.

- Vid spiralbyte (till likadan spiral) observera risk för graviditet om insättning av den nya spiralen inte lyckas och patienten har haft oskyddat samlag mindre än fem dygn tidigare. Om det gäller hormonspiral kan mellanpiller påbörjas direkt och används tills ny spiral kan sättas in.
- Vid byte från annan preventivmetod se kapitel "Byte mellan preventivmetoder" nedan
- Spiral (hormon- eller koppar) kan sättas in i samband med elektiv kejsarsnitt.

Förberedelser

- Graviditet ska uteslutas innan spiralinsättning.
- Uteslut alltid även infektion (klamydia/gonorre och bakteriell vaginos) innan spiralinsättning. Bakteriell vaginos kan misstänkas vid il-

laluktande flytning. Verifieras och behandlas på sedvanligt sätt före spiralinsättning.

Svar på infektionsprover behöver inte inväntas om den kliniska misstanken på infektion är låg. Generell antibiotikapofylax vid spiralinsättning rekommenderas inte.

- Eventuell förbehandling:
 - Cytotec® kan ges 2 tabl sublingualt eller vaginalt 3 timmar före spiralinsättning om stående ordination finns från ansvarig läkare på respektive vårdenhets. Underlättar spiralinsättningen, men minskar inte alltid smärtan.
 - Tampong indränkt i bedövningssalva (som Emla®, Tapin® eller liknande) infört två timmar före spiralinsättning hjälper ffa mot smärtan som upplevs vid användning av klotång.
 - NSAID (Ipren®, Diklofenak® etc.) och/eller paracetamol (Alvedon®, Panodil®) kan dessutom tas 30-60 min före insättning för att minska smärtan som upplevs efter spiralinsättningen.
- Patienter med pågående blodförtunnande behandling ska remitteras till gynekologisk mottagning för spiralinsättning (gäller inte vid behandling med enbart acetylsalicylsyra).

Insättningen

- Säkerställ att du känner till hur den aktuella spiralens införare fungerar och används.
- Palpera uterus för att avgöra flektion och storlek.
- Torka bort ev rikligt sekret. Iakta strikt aseptik, dvs inte beröra omgivningen med sonden, spiralen eller införaren. (Vaginaltvätt med klorhexidin bör undvikas)
- Klotång kan användas för att räta ut uterus och minska risken för perforation. Sondmåttet ska vara 6-9 cm. Vid kortare eller längre sondmått ökad risk för utstötning/sämlre effekt. Klotång och uterus-sond ska vara sterila.
- Följ för övrigt tillverkarens anvisningar vid insättning.
- Dokumentera alltid spiralens typ samt LOT- eller BATCH-nummer i patientens journal. Produktinformationen kan klistras in i journalen, märkas med patientens id och inscannas, eller skrivas i journaltexten. (SOSFS 2008:1)

Efter spiralinsättning

- Mensliknande värk och sparsam blödning 1-3 dagar är vanligt. Infektionsrisken är ökad under tre veckor efter spiralinsättning/byte, och vid ökande smärtor, ökande blödning och feber bör infektion misstänkas och patienten uppmanas ta kontakt med vården.
- Uppföljning efter tre månader vid förstagångsinsättning, i övrigt vid behov.

Byte mellan preventivmetoder

Vid byte från en metod till en annan uppkommer ibland frågan om kompletterande barriärskydd bör användas under den första tiden med den nya metoden (tiden beror på den nya metoden, men 10 dagar är en trygg rutinrekommendation).

Förutsatt att den preventivmetoden som avslutas har använts korrekt gäller följande:

Vid byte **från en kombinerad metod** (t.ex. p-piller) direkt till en annan metod (kombinerad, ren gestagen metod eller kopparspiral) behövs inget kompletterande skydd om den nya metoden påbörjas senast dagen efter det hormonfria uppehållet.

Vid byte **från en ren gestagen metod** direkt till en annan ren gestagen metod eller kopparspiral behövs inte heller kompletterande skydd om bytet sker utan uppehåll.

Vid byte **från ren gestagen metod** (tabl, p-stav eller hormonspiral) till kombinerad metod kan extra barriärskydd rekommenderas även om den kombinerade metoden påbörjas direkt utan uppehåll. Det beror på att gestagena metoder (Depo-Provera® undantaget) inte alltid ger anovulation och kombinerade metoder inte alltid ger omedelbar effekt på cervixsekret och endometrium.

Vid byte **från kopparspiral** kan man följa rekommendationerna ”utan tidigare hormonell preventivmedel”.

Vid byte **från spiral (koppar- eller hormon-)** kan man med fördel börja med en hormonell metod (annat än hormonspiral) först och efter 7-10 dagars ”dubbeltid” dra spiralen. Då behålls oavbruten preventiveffekt. Annars innebär uttag av kopparspiral risk för graviditet om samlag ägt rum mindre än fem dagar tidigare.

Olika preventivmetoder

Olika preventivmetoder presenteras mer detaljerat i *LMV 2:2014* samt *Praktisk preventivmedelsguide*.

Kombinerad hormonell antikonception

- *LMV 2:2014 s 16*
- *Praktisk preventivmedelsguide s 13*

Denna grupp innefattar kombinerade p-piller, p-plåster och vaginal p-ring. Val mellan olika varianter bör i första hand baseras på patientens önskemål om administreringssätt. Vid förstagångsföreskrivning rekommenderas ett monofasiskt preparat innehållande gestagen med något lägre tromboserisk: levonorgestrel (ex. Prionelle®, Levesia®) eller norgestimat (ex. Amorest®, Evra®)

Innan föreskrivning (även vid receptförnyelse) ska förekomst av kontraindikationer uteslutas – se *bilaga 3* för checklista om dessa. **Vid nytillkomna**

kontraindikation under pågående behandling, konsultera läkare innan utsättning av preparatet, om patienten inte själv önskar byta till en annan metod.

Vid tillkomst av besvärande biverkningar är preparatbyte ofta indicerat. Som vägledning kan hormonprofiltabell i *bilaga 4* användas.

Långcykelbehandling

Det finns inga kända hälsomässiga fördelar med att ha bortfallsblödning var fjärde vecka. Dessutom är biverkningarna med kombinerade hormonella metoder (bäckensmärta, huvudvärk, svullnad och bröst-ömhet) mest uttalade under den hormonfria perioden.

Patientinformation finns för långcykelbehandling [med p-piller](#) samt [med p-ring eller p-plåster](#).

Gestagenmetoder

- *LMV 2:2014 s 18*
- *Praktisk preventivmedelsguide s 22*

Denna grupp innefattar hormonspiraler, p-stav, mellanpiller, p-spruta samt minipiller.

Gestagena metoder har få kontraindikationer: egen bröstcancer och svåra leversjukdomar.

Gestagena metoder är inte förenade med risk för och bör inte utsättas vid VTE. Under pågående blodförtunnande behandling (inte enbart acetylsalicylsyra) är dock P-spruta mindre lämplig eftersom det administreras intramuskulärt.

Högdosmetod: P-spruta (Depo-Provera®)

- Vid användning hos ungdomar <19år risk för minskad benuppbbyggnad – bentäthetsmätning ska övervägas
- Vid >45år risk för minskad bentäthet samt ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar. Vid övriga riskfaktorer, ta ställning till metodbyte.
- Utglesning av injektioner kan provas enligt nedan. Om blödning då uppstår återgå till injektion var tredje månad:
 - 40-44 år - var 4:e månad
 - 45-49 år - var 5:e månad
 - 50-52 år - var 6-8:e månad

Mellandoserade: P-stav samt mellanpiller (innehållande 75 µg desogestrel eller 4 mg drospirenon)

- P-stav och desogestrel-tablett har ganska lika (bi)verkningsprofil

Lågdoserade:

- Hormonspiraler
 - Vid menstruationsbesvär (rikliga/smärtsamma) välj gärna spiral med högre hormonmängd (Mirena® /Levosertone®)

- Mirena® har en lite tunnare insättningshylsa än Levosertone®, och kan därför vara bättre alternativ för insättning på mottagning.
- Minipiller
 - Mycket viktigt med intag samma tid varje dag.
 - Sämre säkerhet, rekommenderas inte i första hand
 - Ingen subvention

Akutpreventivmedel (postcoital antikonception)

- *LMV 2:2014 s 21*
- *Praktisk preventivmedelsguide s 43*

Mer detaljerad information finns i separat vådrutin: [Akut preventivmedel](#)

Metod/preparat

Akut kopparspiral hög effektivitet

- Är det mest effektiva metoden, och bör rekommenderas om möjligt.
- Insättning inom 5 dygn (120 timmar) efter det oskyddade samlaget
- Påverkas inte av patientens BMI eller hormonell preventivmedel
- Fungerar som fortsatt preventivmedel
- OBS!! Hormonspiral fungerar inte som akutprevention!

”**Akut p-piller**” verkar genom att skjuta upp eller hämma förstående ägglossning och skall tas så snart som möjligt efter det oskyddade samlaget för att ha bäst effekt. Slemhinnan i livmodern påverkas inte d.v.s. de påverkar inte implantationen eller leder till abort. Fungerar därmed inte om ägglossningen redan skett.

Ulipristalacetat (UPA) 30 mg mer effektiv än LNG.

- *ellaOne®* 30 mg
- Ska tas så snabbt som möjligt efter oskyddat samlag, men senast inom 120 timmar.
- Ska inte användas inom 7 dagar efter annat hormonellt preventivmedel.
- Annat hormonellt preventivmedel insätts tidigast efter fem dagar. Barriärmetod ska användas i 14 dagar.
- Försiktighet vid svår astma eller allvarlig leversjukdom

Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg; något mindre effektiv än UPA.

- *Norlevo® /Postinor® /Levodonna®*
- Ska väljas vid glömt p-piller, eller om man önskar quickstart av preventivmedel.
- Ska tas så snabbt som möjligt efter oskyddat samlag, men senast inom 72 timmar.
- Annat hormonellt preventivmedel kan sättas in direkt. Barriärmetod ska användas tills det nya preventivmedlet är effektiv (vanligen 7 dagar).

- I vissa fall kan dubbeldos behöva övervägas (t.ex. mycket högt BMI; kontakta v.b. läkare)

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).

Om kräkning inträffar inom 3 timmar bör en ny tablett tas.

Kvinnor som redan använder hormonell preventivmetod och som önskar akut prevention p.g.a. "tablettglömska" bör rekommenderas kopparspiral eller LNG.

Fortsatt preventivmedel ska alltid diskuteras i samband med att akutpreventivmedel ges.

Uppföljning

Ca 3-4 veckor efter akutpreventivmedel använts bör graviditetstest kontrolleras, oavsett om man får mens på rätt tid eller ej.

Sterilisering

- *Praktisk preventivmedelsguide s 51*

Sterilisering av kvinna utförs av gynekolog som regel på sjukhus. Vid önskemål om sterilisering remitteras/hänvisas patienten till VO Ob/Gyn. Ingreppet är avgiftsbelagt, om medicinsk indikation inte föreligger. För medicinsk indikation krävs vanligen att en graviditet är farlig för individen samt att andra preventivmetoder inte är möjliga. Om sterilisering sker samtidigt med annat medicinskt indicerat ingrepp (t.ex. operativ laparoskopi, kejsarsnitt) och inte medför betydande merarbete sker ingreppet till vanlig patientavgift.

Sterilisering av kvinna kan oftast utföras via laparoskopi, men ibland fordras laparotomi.

Sterilisering av man är ett förhållandevis enkelt ingrepp. Pga resursbrist erbjuds detta inte i Norrbotten. För information om metoden och tillgänglighet kontaktas urologkliniken.

Särskilda patientgrupper

I bilaga 5 finns lista av olika tillstånd med hänvisningar till mer information på *LMV 2:2014* samt *Praktisk preventivmedelsguide*.

Preventivmedel till ungdomar under 15 år

Det finns ingen nedre åldersgräns till när preventivmedel kan förskrivas. Preventivmedel kan behöva förskrivas i behandlande syfte t.ex. pga dysmenorré (då av/i samråd med läkare) och att skydda ungdomar som redan är sexuellt aktiva från oönskade graviditeter måste anses högprioriterat. Utgångspunkten bör alltid vara den enskilda individens bästa och behov.

Sexualbrottslagen och mognadsbedömning av ungdomar under 15 år har diskuterats intensivt. Syftet med lagstiftningen var att stärka barns och ungdomars skydd mot övergrepp från vuxna, inte att kriminalisera ömsesidigt sex mellan jämnåriga. Information om lagen ska ges, och dialog med föräldrarna eller annan vuxen uppmuntras.

Mognadsbedömning och ställningstagande till om ungdomen kan fara illa, avgör om kontakt med/anmälan till socialtjänsten ska göras. Vid tveksamhet rekommenderas samarbete mellan barnmorska, läkare och socio-nom/psykolog. Noggrann dokumentation är särskilt viktig, liksom uppföljning med tätare kontakt efter förskrivning. (Referens: SFOG: [ARG-rapport nr 69 Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar](#), sidor 65-72)

Preventivmedel med hänsyn till könsidentitet

Alla med vagina och livmoder som har sex med någon med penis bör använda preventivmedel. Samma riktlinjer gäller oavsett könsidentitet eller sexuell läggning.

För en del transpersoner kan mensblödningen vara en ångestframkallande företeelse. En menstruationsminskande behandling kan då vara en hjälp till ångestreducering. Det finns dock ingen garanti till blödningsfrihet vilket patienten behöver få utförlig information om.

Preventivmedel efter förlossning

- *LMV 2:2014 s 22*
- *Praktisk preventivmedelsguide s 63*

Spiral (hormon- eller koppar)

- Kan med fördel sättas in i samband med elektiv kejsarsnitt.
- Kan sättas in inom 10 minuter till 48 timmar efter förlossning. Utstöttningsrisken är då ökad.
- Insättning vid efterkontroll (6-16 veckor efter förlossning), efter uterusstorlek normaliserats: om menstruationerna inte kommit igång hos en ammande kvinna, är perforationsrisken ökad och spiral bör då sättas in enbart av erfaren insättare, helst med tillgång till ultraljud.

Gestagenmetoder kan påbörjas redan på BB.

Kombinationsmetoder påbörjas inte förrän 6-8 veckor efter förlossning, pga ökad risk för VTE.

Hur länge ska man använda preventivmedel?

- *LMV 2:2014 s 22*

Menopaus inträffar vid omkring 52 års ålder, med stora variationer. Preventivmedel rekommenderas till ett år efter sista menstruation. FSH är opålitlig för bekräftande av menopaus, framför allt låga-lätt förhöjda värden. Höga FSH-värden kan sannolikt bekräfta menopaus.

Användare av perorala gestagenmetoder bör fortsätta så länge de har blödningsar, och sluta efter ett års amenorré. De som inte blöder med gestagena

metoder, liksom de som har kombinerade hormonella metoder, kan föreslås sluta vid ca 52-53 års ålder. Om blödningar återkommer/fortgår bör man fortsätta ytterligare ett år.

Bilaga 1 Frågor vid val av preventivmetod

Dessa frågor bör ställas i ett frågeformulär inför besöket eller, om det inte förekommer, i ett telefon- eller videosamtal:

1. Hur viktigt är det för dig att inte bli gravid?
 - Det är verkligen viktigt för mig att inte bli gravid
 - Skulle inte göra så mycket om jag blev gravid
2. Skulle du tycka att det finns fördelar med att slippa tänka på preventivmedel varje dag, vecka eller månad?
 - Ja / Nej / Kanske
3. Tar du smärtstillande vid mens?
 - Ja, alltid / Ja, ibland / Nej, aldrig
4. Behöver du stanna hemma från skolan eller från arbetet pga. din mens?
 - Ja, alltid / Ja, ibland / Nej, aldrig
5. Vilken typ av mensskydd använder du den dagen du blöder mest?
 - Binda
 - Tampong
 - Både binda och tampong samtidigt
 - Menskopp
6. Hur ofta får du byta ditt mensskydd de dagar du blöder som mest?
 - En gång om dagen
 - 3 gånger om dagen
 - 4-6 gånger per dag
 - Oftare än 6 gånger per dag
7. Om det går att påverka, på vilket sätt önskar du att ditt preventivmedel ska påverka din mens?
 - Jag önskar undvika eller minska min mens
 - Ingen betydelse
 - Jag önskar regelbunden mens varje månad

Bilaga 2 information om preventivmedel

Effektivitet av olika preventivmetoder

- *LMV 2:2014 s 15*
- *Praktisk preventivmedelsguide s 7*

Metodens effektivitet i procent	Antal graviditeter / 10 000 kvinnor och år
99,2 – 99,99 %	P-stav < 1 gravid Hormonspiral 10 – 30 gravida Kopparspiral 80 gravida
91 – 94 %	P-piller / P-ring / P-plåster 900 gravida P-spruta 600 gravida
82 – 88 %	Pessar 1200 gravida Kondom 1800 gravida
76 – 78 %	Avbrutet samlag 2200 gravida Naturlig familjeplanering 2400 gravida

[Effektivitet-infoblad](#)

Inf filmer om preventivmedel

Om möjlighet finns, kan man be patienten titta på en informationsfilm om olika preventivmedel innan besöket.

[Film om preventivmedel på olika språk hos RFSU](#)

Bilaga 3 Checklista om kontraindikationer av kombinerade metoder

Absoluta kontraindikationer - Förskriv inte kombinerade hormonella preventivmedel om patienten uppfyller något av nedanstående:

- ☐ Rökning vid ålder ≥ 35 år
- ☐ Anamnes på eller pågående djup ven- eller artärtrombos
- ☐ Anamnes på cerebrovaskulär- eller myokard-sjukdom (ex. TIA, hjärtinfarkt)
- ☐ Sjukdom i hjärtklaffar som innebär ökad risk för trombos
- ☐ Känd koagulations- eller fibrinolysrubbning som innebär ökad trombosrisk
- ☐ Migrän med aura
- ☐ Andra sjukdomstillstånd som kan öka risken för VTE (till exempel, SLE, Crohns sjukdom, ulcerös kolit)
- ☐ Akut intermittent porfyri
- ☐ Uttalade varicer, som kan innebära nedsatt venöst återflöde
- ☐ Anamnes på eller pågående bröstcancer, eller annan hormonberoende cancerform (t.ex. genitalia)
- ☐ Pågående annan cancersjukdom, eller cancerbehandling inom senaste 6 månaderna
- ☐ Familjär hyperlipidemi
- ☐ Förstagsgrads släkting (förälder eller syskon) som har haft VTE, speciellt om före 50 års ålder
- ☐ Diabetes mellitus med kärlkomplikationer
- ☐ BMI ≥ 35 kg/m²
- ☐ Mindre än 6-8 veckor från förlossning
- ☐ Hypertoni (systoliskt 140–159 mmHg eller diastoliskt 90–99 mmHg), även om behandlad
- ☐ Odiagnostiserad uterusblödning
- ☐ Meningiom (även tidigare) – kontraindikation för enbart Zoely® (*nomegestrolacetat*)

Relativa kontraindikationer - Förekomst av flera av dessa faktorer bör ses som absolut kontraindikation:

- ☐ Rökning vid ålder < 35 år
- ☐ Andra sjukdomstillstånd som kan öka risken för VTE (till exempel reumatoid artrit, sicklecellanemi,)
- ☐ Hjärtinfarkt/ischemisk stroke hos förstagsgradssläkting: man som insjuknat < 55 års ålder eller kvinna som insjuknat < 65 års ålder.

Speciell uppmärksamhet krävs – Läkarbedömning rekommenderas:

- ☐ BMI 30-34,9 kg/m² – ingen nyinsättning av kombinerad metod, men om inga övriga riskfaktorer kan pågående behandling fortsättas (observera att riskökningen vid hög BMI ökar med åldern).
- ☐ Migrän (utan aura)
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Kronisk leversjukdom
- ☐ Hyperlipidemi
- ☐ Epilepsi
- ☐ Ålder ≥ 35 år – om inga andra riskfaktorer finns, kan kombinerad hormonell metod användas upp till menopaus utan läkarbedömning. Patienter i perimenopausen hänvisas till gynekolog om risk-nytta-avvägningen är svår. Den medicinska risken ska alltid vägas mot behovet av en högeffektiv preventivmetod

Bilaga 4 Hormonprofil av kombinerade p-metoder

- Vid gestagena biverkningar (blödningsrubbning, humörförändring, libidosänkning, akne) byt gärna till ett mer östrogenprofilerat preparat eller ett med annat gestagen.
- Vid östrogena biverkningar (illamående, bröstspänning, vätskeretention, huvudvärk) byt gärna till ett mer gestagenprofilerat preparat.
- Observera att *P-ring och *p-plåster pga annan administreringssätt har enbart måttligt vägvisande placering i denna lista.
- Kombinationspiller med annan östrogen än EE kan inte placeras i listan, men nämns i tableen nedanför.
- Preparat som saknas all subvention har tillägg (EF)
- *Preparat i kursiv ingår i Norrbottens subvention som undantagspreparat*
- Diane®/Zyrona® är ett läkemedel mot akne, och inte registrerat som preventivmedel.



PREPARAT (Östrogen: etinylestradiol)	EE-dos µg/dygn	GESTAGEN	Gestagen-dos µg/dygn
GESTAGENPROFILERAT			
Levesia	20	Levonorgestrel	100
Prionelle, Abelonelle, Anastrella, Levrette, Rigioncont, Neovletta (EF)	30	Levonorgestrel	150
Trionetta	30/40	Levonorgestrel	50/75/125
Mercilon (EF)	20	Desogestrel	150
* <i>Nuvaring/Ornibel</i>	15	Etonogestrel	15
Daylette, Dizminelle, Estrelen, Yaz (EF), Diza (EF)	20	Drospirenon	3000
* <i>Evra</i>	33,9	Norelgestromin	203
Amorest	35	Norgestimat	250
Desolett (EF)	30	Desogestrel	150
Dizmine, Rosal, Yasmin (EF)	30	Drospirenon	3000
Dienorette	30	Dienogest	2000
(Diane, Zyrona)	35	Cyproteronacetat	2000
ÖSTROGENPROFILERAT			

PREPARAT	ÖSTROGEN	E-dos mg/dygn	GESTAGEN	G-dos mg/dygn
<i>Zoely</i>	Estradiol	1,5	Nomegestrolacetat	2,5
<i>Qlaira</i>	Estradiol	1 / 2 / 3	Dienogest	0 / 2 / 3

PREPARAT	ÖSTROGEN	E-dos mg/dygn	GESTAGEN	G-dos mg/dygn
Drovelis (EF)	Estetrol	14,2	Drospirenon	3

Bilaga 5 Preventivmedel vid speciella tillstånd

Läkemedelsverkets rekommendationer 2:2014 och Praktisk preventivmedelsguide (2020) har lättillgänglig information ang bl.a. följande tillstånd:

Akne

- LMV 2:2014 s 24
- Välj gärna östrogenprofilerad kombinationsmetod

Amning och postpartum

- LMV 2:2014 s 22
- Praktisk preventivmedelsguide s 63

Bröstcancer

- LMV 2:2014 s 23
- Praktisk preventivmedelsguide s 97
- [Vägledningsdokument från SFOG](#)

Depression

- LMV 2:2014 s 25

Diabetes mellitus

- LMV 2:2014 s 23
- Praktisk preventivmedelsguide s 79

Epilepsi

- LMV 2:2014 s 25, 26
- Praktisk preventivmedelsguide s 87-91

Gastric bypass-opererade

- Praktisk preventivmedelsguide s 83

HIV

- LMV 2:2014 s 24

Hjärt- och kärlsjukdomar

- LMV 2:2014 s 23
- Praktisk preventivmedelsguide s 78

Hypertoni

- LMV 2:2014 s 23

- Praktisk preventivmedelsguide s 80

Inflammatorisk tarmsjukdom

- LMV 2:2014 s 24
- Praktisk preventivmedelsguide s 93

Leversjukdom

- LMV 2:2014 s 24
- Praktisk preventivmedelsguide s 80

Migrän

- LMV 2:2014 s 25
- Praktisk preventivmedelsguide s 84

PMS, PMDS

- LMV 2:2014 s 25

Reumatisk sjukdom (SLE & RA)

- LMV 2:2014 s 25
- Praktisk preventivmedelsguide s 92

Risk för venös trombosjukdom

- LMV 2:2014 s 23
- Praktisk preventivmedelsguide s 75

Ärftlighet för arteriell kärlsjukdom (hjärtinfarkt & ischemisk stroke)

- LMV 2:2014 s 23
- Praktisk preventivmedelsguide s 78

Övervikt och fetma

- LMV 2:2014 s 24
- Praktisk preventivmedelsguide s 81

GÄLLER FÖR VERKSAMHET

Obstetrisk och gynekologisk vård länsklinik; Division Nära; Region Norrbotten
prevention

GODKÄNT DATUM

2025-04-14

DOKUMENT-ID, Version

ANSVARIG

Peppi Nash

PROCESS

VARD-5-9774, 17.0

PROCESSLEDARE

Peppi Nash

Abort och

Bilaga 6 Preventivmedel – snabbreferens

Kombinationsmetoder – ”2-hormonsgrupp”

- Piller – ring – plåster
 - Bra blödningskontroll
 - Trombosrisk – därav kontraindikationer
 - Mkt bra alternativ vid ex dysmenorré (långcykel!)
- **Kontraindikationer** (för fullständigare lista se ”cheklistan” i vårdrutinen)
 - Migrän med aura
 - Obesitas
 - Anamnes på DVT eller (trombotisk) stroke
 - Hereditet för DVT
 - Visa sjukdomar: SLE, Morbus Crohn, ulserös kolit, hjärt-/kärlsjukdomar...
- **Mindre passande vid:**
 - Rökning (kontraindikation vid >35 år)
 - Vissa sjukdomar: Hypertoni, Hyperlipidemi, Inflammatorisk- /autoimmun sjukdom, Epilepsi, Kronisk leversjukdom, Migrän
 - Hereditet för hjärt- /kärlsjukdomar
- **Biverkningar** (möjlig problemlösning i parentes)
 - Humör (byt till piller med annan gestagen)
 - Akne (byt till mer östrogendominerad p-piller)
 - Mellanblödningar (STI? Grav? Byt preparat/metod)

Gestagenmetoder – ”1-hormonsgrupp”

Högdos

P-spruta

Mellandos

Mellanpiller: - desogestrel
- Slinda®

P-stav

Lågdos

Hormonspiral: Mirena® – 8 år
Kyleena® – 5 år
Jaydess® – 3 år
Minipiller – rekommenderas ej i första hand; sämre effektivitet än mellanpiller

- Ändrad, oförutsägbar blödningsmönster
- Ingen trombosrisk

• Kontraindikationer

- Egen bröstcancer, även tidigare
- Svår leversjukdom
- P-spruta >45 år: multipla riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar

• Biverkningar (prova byta preparat)

- P-stav och piller med desogestrel har sgs lika biverkningsprofil
- Humör (Slinda® ofta bättre tolererat)
- Akne (kombimetod eller Slinda® bättre)
- Blödningsbekymmer (STI? Grav? Mirena® / Slinda® / kombimetod)
- **OBS!** Vid blödningstrassel med LARC (ffa spiral, men även stav) prova gärna tillägg av valfri p-piller ist för direkt byte till en mindre säker preventivmetod

Spiraler

- **Kontraindikationer:**
 - Uterusmissbildning

Kopparspiral

- Ökad blödningsmängd ~55% (prova tranexamsyra v.b.)
- Ökade menssmärtor (NSAID v.b.)
- Mindre lämplig vid smärtsamma / rikliga mens

Hormonspiral

- Biverkningsprofil som vid övriga gestagenmetoder
- minskad blödningsmängd
- Vid smärtsamma/rikliga mens helst Mirena® (högst hormonmängd)