
PM Preventivmedelsrådgivning vid MVC

Gäller för: Enheten för Mödravård, Gyn- och Ungdomsmottagningar

Dokumenttyp: Riktlinje

Framtagen av: Joy Ellis

Godkänd av: Kerstin Torgeby

Publicerad: 2011-06-15

RIKTLINJER FÖR BARNMORSKOR

Innehållsförteckning

Rutiner vid preventivmedelsrådgivning	4
Allmänna riktlinjer för hänvisning till gynekolog	4
Pearl Index.....	5
Anamnesen vid preventivmedelsrådgivning	6-9
A. Hormonella preventivmetoder:	
1. Kombinerade metoder (östrogen och gestagen)	
1a. Kombinerat p-piller	10
1b. P-plåster.....	13
1c. P-ring	13
2. Gestagenmetoder	
2 a. Högdoserat: P-spruta	14
2 b Mellandoserade	15
2 b 1. Tabletter ("östrogenfritt p-piller").....	15
2 b 2. Implantat	16
2 c Lågdoserade.....	16
2 c 1. Tabletter ("mini-piller").....	16
2 c 2 Hormonspiral	17
B. Mekaniska preventivmetoder:	
1. Kopparspiral	18
2. Sterilisering	20
3. Kondom.....	20
4. Pessar.....	20
5. Övriga mekaniska metoder.....	21
C. Kemiska preventivmetoder:	
Spermicid	21

D. Övriga preventivmetoder:

1. Billingsmetoden, "säkra perioder"	21
2. Ovulationsindikatorer.....	21
3. Coitus interruptus	21
4. Amning.....	21

E. Akutprevention

1. Hormonell.....	22
2. Mekanisk (kopparspiral)	22

<u>Bilaga 1</u> Tabell, kombinerade metoder.....	23
---	----

<u>Bilaga 2</u> Blodtrycksmätning, formel för BMI	24
--	----

Sökordsregister.....	25
----------------------	----

Rutiner vid preventivmedelsrådgivning

Rådgivaren skall ge patienten noggrann information om de olika preventivmetodernas fördelar, nackdelar, kontraindikationer och säkerhet. Patienten beslutar tillsammans med rådgivaren vilken icke-kontraindicerad metod som är lämpligast.

1. Rådgivningssamtalet

Journal skall föras vid varje besök. Aktuella och tidigare sjukdomar samt sjukdomshereditet är viktiga delar av anamnesen. **Upprepa** anamnesen regelbundet, särskilt efter längre tids uppehåll i preventivmedelanvändning och efter förlossning! Observera att vid nytillkommen hereditet eller anamnes uppstår en situation som är likvärdig med nyförskrivning även om kvinnan använt metoden under längre tid! Fokusera alltid på patientens önskemål och behov!

2. Gynekologisk undersökning

Gynekologisk undersökning erbjuds alltid vid första besöket för preventivmedel och därefter vartannat år till symptomfri kvinna. Provtagning för STI utförs på begäran eller vid misstanke på smitta. Vid symptom som inger misstanke på bakteriell infektion, tag chlamydiatest och eventuellt gonorréodling <http://www.bakteriologi.se/sv/SU/4/Laboratoriemedicincom/Laboratoriemedicins-verksamheter/Klinisk-bakteriologi/Klinisk-bakteriologi/Provtagningsanvisningar/> och kontakta gynekolog. Cytologprov tas på 23-50-årig kvinna om mer än tre år gått sedan sista provet, enligt programmet för regionens gynekologiska cytologprovstagning (använd gärna www.cytburken.se), samt vid blödningsrubbningar så att svaret föreligger till läkarbesöket (se nedan). Patienter med undersökningsfynd som inger misstanke om sjukdom hänvisas till läkare.

3. På recept på hormonella preventivmedel till kvinnor till och med 19 års ålder skrivs "PP 25", så att förskrivningen subventioneras.

Hänvisa till eller konsultera gynekolog:

1. Vid sjukdom, hereditet eller långvarig medicinering, enligt nedan
2. Vid osäkerhet om palpations- eller andra undersökningsfynd
3. Vid blödningsrubbningar enligt nedan
4. Vid undersökningsfynd eller symptom som inger misstanke om infektion (flytningar, buksmärtor, vulvaförändringar, med eller utan feber)
5. Vid medicinskt relaterad osäkerhet om preventivmedelsval

Antal graviditeter per 100 kvinnoår, Pearl Index

Det finns ingen systematisk genomgång av p-metoders effektivitet. För varje metod finns ett varierande antal studier med olika design och kvalitet. Nedanstående siffror utgör Läkemedelsverkets skattning av Pearl Index som kan förväntas vid "typisk användning" under första året och kan användas som vägledning i rådgivningen.

Kvinnlig sterilisering	0,1-0,5
Manlig sterilisering	0,1-0,5
Högdosgestagen för injektion (p-spruta)	0,1-0,5
Hormonspiral	0,2-0,6
Implantat	0,1-1,0
Kombinerade hormonella metoder (p-piller, p-plåster, p-ring)	0,5-1,5
Oralt mellandosgestagen (östrogenerfritt p-piller)	0,5-1,5
Kopparspiral	0,7-1,0
Laktationsamenorré	1
Oralt lågdosgestagen (minipiller)	2-6
Kondom	3-14
Pessar + spermicid	6-20
Avbrutet samlag	16
Naturlig familjeplanering	2-20
Ingen p-metod alls	90

Graviditetsfrekvensen beräknas vara 25-50 % vid mittcykliskt, oskyddat samlag.

Anamnesen vid preventivmedelsrådgivning

Förkortningar

KM: kombinerad metod (östrogen + gestagen)

GM: gestagen metod

HM: hormonell metod. $HM = KM + GM$

Rökning

Alla rökande kvinnor skall informeras om rökningens risker och nackdelar och uppmuntras sluta röka. Rökande kvinnor under 35 år som ej fött barn bör uppmanas att sluta röka men KM kan ändå vara förstahandsmedel för många i denna grupp. Dessa kvinnor bör informeras noga om de ökade hälsoriskerna som hör samman med samtidig rökning-östrogen. Rökande kvinnor som fött barn kan med fördel erbjudas spiral. KM förskrivs inte av barnmorska till rökande kvinnor över 35 år på grund av risk för arteriell trombos, såsom stroke eller hjärtinfarkt.

Bröstcancer

Riskökning, **men låg absolut risk**, för bröstcancer har visats vid användning av äldre p-piller. Moderna KM uppskattas medföra samma förhöjda, men låga absoluta, riskökning.

Barnmorska förskriver inte HM till kvinnor med bröstcancer och nyförskriver inte HM till kvinnor med bröstresistenser och bröstcystor. Dessa kvinnor hänvisas till gynekolog för preventivmedelsrådgivning.

Kunskapsläget är osäkert beträffande om användning av KM eller GM medför extra riskökning vid **hereditet** för bröstcancer. Vid hereditet för bröstcancer, definierat som förstagradssläkting som insjuknat i bröstcancer före 45 års ålder eller förekomst av BRCA-gen i familjen, konsulteras därför gynekolog angående kvinna som önskar HM.

Venös tromboembolism (VTE)

KM är kontraindicerade till kvinnor som har/haft:

- lungemboli
- sinustrombos
- annan djup ventrombos, oftast i ben, bäcken eller armar
- hereditet för VTE (syskon eller förälder haft VTE före 60 års ålder)
- koagulationsrubbning som medför ökad risk för VTE

Vid hereditet för koagulationsrubbning eller om flera släktingar, som inte är förstagradssläktingar, haft VTE konsulteras gynekolog om kvinnan önskar KM.

Barnmorska kan förskriva alla GM till kvinnor med VTE-hereditet eller -anamnes samt koagulationsrubbning som medför ökad risk för VTE.

Andra hjärt-kärlsjukdomar, inklusive arteriell trombos

Barnmorska förskriver inte KM till kvinnor som har/haft:

- Hjärtklaffsjukdom
- Cerebrovaskulär sjukdom (t ex stroke)
- Artärtrombos
- Myokardsjukdom (hjärtinfarkt eller kärlkramp)
- Migrän med aura (förflamning, synbortfall, talsvårigheter, sensibilitetsnedsättning)
- Diabetes med kärlkomplikationer

Gynekolog konsulteras angående kvinna som önskar KM och som har:

- Förstegradssläkting med myokardsjukdom med insjuknande före 50 års ålder
- Förstegradssläkting med stroke före 60 års ålder
- Hyperlipidemi eller hyperkolesterolemi

Gynekolog konsulteras före spiralinsättning på kvinna med:

- hjärtklaffsjukdom (endokarditprofylax kan komma ifråga)
- myokardsjukdom (angeläget undvika blodtrycksfall).

Leversjukdom

Barnmorska förskriver inte HM till kvinna med **aktiv** leversjukdom. Tidigare ICP (hepatos) utgör inte kontraindikation för barnmorskeförskrivning av HM. Tag leverstatus före, och 3 efter, nyförskrivning av HM om patienten haft en hepatit tidigare.

Hypertoni

Kvinnor med hypertoni i anamnesen eller blodtryck som överskrider 140/90 vid första besöket skall ej förskrivas KM av barnmorska. Anamnes på lätt eller måttlig preeklampsi utgör ej hinder för barnmorskeförskrivning av KM om normalt blodtryck vid förskrivning. Vid anamnes på svår preeklampsi eller eklampsi skall gynekolog konsulteras vid nyförskrivning av KM. GM kan förskrivas av barnmorska till kvinnor med hypertoni eller anamnes på preeklampsi. Blodtryck kontrolleras tre månader efter förskrivning på kvinna med normalt blodtryck men hypertoni i anamnesen. *Se Bilaga 2*

Diabetes

Barnmorska nyförskrivar inte HM till kvinnor med diabetes utan hänvisar dessa till gynekolog. Fortsatt förskrivning av HM kan ske av barnmorska på läkarordination. Kvinnor med diabeteshereditet (föräldrar och syskon, före 60 års ålder) eller tidigare graviditetsdiabetes kan få HM utskrivna av barnmorska; dock bör plasmaglukos (behöver ej vara fasteprovn) tas före påbörjad behandling och kontrolleras efter 2-3 månader. Värdet bör ligga under 6,2 µmol för fortsatt förskrivning, annars konsulteras gynekolog. KM är kontraindicerat för kvinnor med kärlkomplikationer av sin diabetes, på grund av risk för stroke och andra allvarliga komplikationer.

Fetma och övervikt

Barnmorska nyförskriver inte KM till kvinnor med BMI över 30 (se Bilaga 2). Mellandoserad GM och hormonspiral kan förskrivas av barnmorska till överviktiga kvinnor. Mini-piller är inte en lämplig metod för överviktiga på grund av otillräcklig effekt. P-spruta är inte absolut kontraindicerad men risken för viktökning och svårigheten att placera läkemedlet intramuskulärt hos kraftigt överviktiga kvinnor bör beaktas. Vikten på alla användare av HM kontrolleras vid återbesök. Vid stigande vikt ger barnmorskan rådgivning. Om vikten överskrider BMI 30 konsulteras gynekolog om kvinnan använder KM.

Mag-tarmsjukdomar

Gynekolog konsulteras angående kvinnor med sjukdomar som kan medföra försämrad absorption av tabletter om de önskar tablettmetod. Parenteral metod passar ofta dessa kvinnor bättre. Barnmorska förskriver inte KM till kvinna med inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom, ulcerös kolit) på grund av risken för venös trombos.

Blödningsrubbningar

Mellanblödningar och kontaktblödningar: gynekologbedömning före förskrivning av HM. Om möjligt bör barnmorskan ta cytologprov samt prov för chlamydia och eventuellt gonorré så att svaren föreligger vid läkarbesöket.

Kvinnor som alltid haft oregelbunden mens: barnmorska kan förskriva HM.

Nyttillkommen blödningsoregelbundenhet: gynekologbedömning före förskrivning av HM.

Ökande blödningsmängd: gynekologbedömning före förskrivning av HM.

Kvinnor som alltid haft kraftiga menstruationsblödningar: barnmorska kan förskriva HM.

Amenorré mer än tre månader bör inge misstanke om graviditet, som skall uteslutas, och patienten hänvisas till gynekolog för utredning och preventivmedelsrådgivning.

Medicinering

Barnmorskan skall konsultera läkare inför nyförskrivning av HM till kvinnor som regelbundet tar läkemedel. Att särskilt beakta är vissa antiepileptika (se separat PM), tuberkulosmediciner (särskilt rifampicin) och vissa läkemedel mot HIV, som kan påverka eller påverkas av preventivmetodens effekt. Läkemedel som inger misstanke om att kvinnan har någon åkomma som i sig utgör kontraindikation mot den önskade preventivmetoden skall föranleda noggrann anamnesupptagning och konsultation med läkare före förskrivning.

Hirsutism

Kvinnor med svår eller nyttillkommen hirsutism skall hänvisas till gynekolog inför nyförskrivning av HM.

Acne

Avseende kvinnor med svår acne bör gynekolog konsulteras inför nyförskrivning av HM. Preparatet Diane® innehåller 2 mg cyproteronacetat (antiandrogen) och 35µg etinylöstradiol. Det är i Sverige registrerat som ett acnemedel för kvinnor som ej vill bli gravida och skall förskrivas av läkare.

Venös insufficiens

Kvinnor med **uttalade** varicer skall bedömas av läkare innan nyförskrivning av KM. Barnmorska kan förskriva andra HM och även förskriva alla HM till kvinnor med lätta till måttliga varicer om de annars är friska..

Migrän

Kvinnor med migrän hänvisas till gynekolog inför nyförskrivning av KM. GM kan förskrivas av barnmorska. Kvinnor med fokala symtom eller aura (synbortfall, känselnedsättning, pares, talsvårigheter) skall ej använda KM på grund av risk för stroke. Om migrän debuterar under användning av KM byter kvinnan metod och hänvisas till läkare.

Andra sjukdomar

SLE utgör kontraindikation för förskrivning av KM. Om kvinnan önskar annat HM konsulteras gynekolog. I fall av **akut intermittent porfyri**, där KM är principiellt kontraindicerade, sker preventivmedelsrådgivning i samråd mellan gynekolog och porfyrispecialist.

Barnmorskan skall konsultera gynekolog inför nyförskrivning av HM till kvinnor med andra kroniska sjukdomar än de som ovan nämnts.

Amning

KM förskrivs inte under amningen. GM kan förskrivas av barnmorska under amningen, med början 6 veckor efter förlossningen, då den nyföddes steroidmetabolism anses ha mognat.

Epilepsi

Se separat PM: Kvinnor med epilepsi

A. Hormonella preventivmetoder

A 1: Kombinerade metoder

Var god se sidorna 6-9 gällande förskrivning vid olika medicinska tillstånd och läkemedelsanvändning.

A 1 a: Kombinerat p-piller (KPP)

Verkningsmekanismen är ovulationshämmning samt effekter på cervixsekret, som motverkar att spermier simmar in i livmodern, och på endometriet, som blir mindre mottagligt för implantation om ovulation och befruktning ändå skulle ske. Östrogenet i KPP medför regelbundna blödningar, en mycket viktig faktor för compliance i många fall.

Ålder

KPP kan förskrivas till unga flickor sedan menscykeln etablerats, dvs 1 år efter menarche, oavsett menscykelns regelbundenhet. Preventivmedelsrådgivning till flickor under 15 år skall ske vid ungdomsmottagning eftersom man där har personal och resurser för helhetsbedömning av fallet. Preventivmedelsrådgivning till flickor mellan 15 och 18 år bör i första hand ske vid ungdomsmottagning. Kvinnor över 40 år som inte röker kan använda KPP, men gynekolog skall konsulteras för bedömning av om och hur länge barnmorska kan fortsätta förskrivningen. Metodens nytta vägs då mot den åldersrelaterade ökade risken för kardiovaskulära komplikationer och bröstcancer. Nyförskrivning efter 40 års ålder sköts av gynekolog.

Preparatval (se Bilaga 1)

Preparat innehållande 30 - 40 mikrogram etinylöstradiol och något av de äldre gestagenerna lynestrenol, noretisteron eller levonorgestrel bör väljas vid nyförskrivning. Valet mellan enfas- och flerfaspreparat görs grundat på anamnes samt barnmorskans erfarenhet och förtroenhet med respektive preparat. Om "ofarlig" bieffekt uppträder (se nedan) och kvarstår efter några månaders användning bör man byta preparat. Man kan då välja byte till enfas respektive flerfas, till KPP med desogestrel, norgestimant eller drospirenon, till parenteral KM eller till KPP innehållande östradiol.

Positiva biverkningar av KPP

- Regelbundna blödningar
- Minskad blödningsmängd
- Frånvaro av ovulationssmärter
- Minskade menssmärter
- Minskad premenstruell spänning
- Minskad blödningsmängd, minskad risk för anemi
- Minskad frekvens benigna bröstsjukdomar och bröstömhet
- Minskad frekvens ovarialcancer
- Minskad frekvens endometriecancer
- Minskad risk för utomkvedshavandeskap
- Minskad risk för salpingit, därmed bevarad framtida fruktsamhet
- Minskad risk för endometrios
- Minskad risk för PMS/PMDD

Negativa sidoeffekter av KPP

Vanliga, oftast ofarliga

Illamående (ö)
Migrän (ö), annan huvudvärk (g)
Nedstämdhet (g), minskad libido (g)
Acne (g)
Vadkramper (ö), bröstspänning (ö)
Genombrottsblödningar, spotting
Ökad flytning (ö)

Mindre vanliga, allvarliga(ö)*

Ökad risk för venös tromboembolism
Blodtrycksförhöjning
Ökad risk för stroke
Ökad risk för hjärtinfarkt
Ökad risk för bröstcancer

(g) = gestagen effekt, (ö) = östrogen effekt

* Låg absolut risk hos frisk kvinna i fertil ålder. **Obs!** Skall avvikelserapporteras och rapporteras till Läkemedelsverkets biverkningsregister!

Inför förskrivning av KPP

Vikt: Patienten vägs vid nyförskrivning och vid återbesök.

Blodtryck: Skall alltid mätas före behandlingsstart med KPP och därefter årligen. Vid anamnes på tidigare hypertoni och vid uttalad hereditet mäts blodtrycket dessutom efter 3 månaders användning. Om blodtrycket överstiger 140/90 skall gynekolog eller allmänläkare konsulteras. I övrigt se sidan 7 och Bilaga 2.

Prover: Tas riktat enligt ovan

Behandling påbörjas oftast dag 1 i menscykeln.

Vid nyförskrivning är det värdefullt att demonstrera en provkarta för patienten. **Obs! Man kan inleda behandling utan att invänta mens**, i dessa fall används även barriärmetod under första behandlingsveckan och graviditetstest tas innan och 4 veckor efter att behandling påbörjats. **Detta är särskilt viktigt att tänka på för kvinnor som har svårt att skydda sig på annat sätt; det sker många konceptioner medan kvinnor "väntar på mensen" inför behandlingsstart"**

Komplikationer och symtom som inger misstanke om negativa sidoeffekter

Generell klåda: Ta leverprover! Om dessa är förhöjda skall KPP sättas ut* och patienten remitteras till gynekolog. Om prover är ua, hänvisas patienten till allmänläkare

Blodtrycksförhöjning: Om blodtrycket överstiger 140/90 skall gynekolog konsulteras. Om blodtrycket överstiger 160/105 och/eller om hypertonimisstänkta symtom uppträder skall p-piller sättas ut* och patienten skickas **akut** till läkare.

Huvudvärk som patienten inte känner igen: om blodtrycket är normalt och inga neurologiska symtom uppträder kan preparatbyte ske. Svår huvudvärk eller huvudvärk nattetid och/eller med illamående/kräkningar och/eller med synbortfall, ljusskygghet, förlamningar eller känselnedsättning skall leda till utsättning* och **akut** läkarkontakt.

Symtom som inger misstanke om venös trombos såsom svullnad, värk, missfärgning i ett ben, plötsligt insättande andningssvårigheter eller bröstsmärta skall leda till utsättande av p-piller* och **akut** läkarkontakt.

** OBS!! När Du sätter ut p-piller, glöm inte att påminna patienten om att hon saknar skydd mot graviditet!!*

Blödningskomplikationer

Spotting - stänklödning - förekommer inte sällan vid behandling med KPP. Risken för spotting är högre vid oregelbundet tablettintag. Behandlingen bör om möjligt fortsätta då spotting ofta försvinner efter en eller ett par behandlingscykler. Om så ändå ej sker bör preparatbyte rekommenderas; dock tages först chlamydiatest och cytologprov. Om blödningarna fortsätter, kontakta gynekolog!

Vid **genombrottsblödning** - menstruationsliknande blödning - under pågående KPP-behandling kan ett fem dagar långt uppehåll i medicineringen göras. Därefter påbörjas behandlingen på nytt. Rekommendera då kompletterande skydd under ytterligare sju dagar. Vid upprepade genombrottsblödningar bör preparatbyte ske.

Om **bortfallsblödning uteblir** eller är mycket svag under två på varandra följande cykler bör graviditet uteslutas. Vid negativ graviditetstest vidtages ingen åtgärd; behandlingen kan fortsätta. Om kvinnan önskar ha menstruationer kan byte till ett mer östrogendominerat KPP rekommenderas.

Råd till KPP-användaren

Råd vid **glömd tablett**: Risken för graviditet vid enstaka glömd tablett är svår att värdera och beror av flera faktorer. Om ny tablett tas inom 36 timmar bevaras den kontraceptiva effekten sannolikt. Om tablettintervallet varit längre än 36 timmar och coitus skett under tablettuppehållet kan graviditet ha inträffat. Diskutera akutprevention (se sidan 22) med patienten. Rekommendera graviditetstest om menstruationen uteblir. För säkerhets skull rekommenderas kompletterande skydd (kondom, pessar) under den närmsta veckan. Den största risken för graviditet föreligger om den hormonfria perioden överstiger sju dagar.

Svår diarré, kräkningar eller behandling med medicinskt kol kan kraftigt försämra absorptionen av steroider och därmed effekten av KPP. Vid sådana tillstånd bör därför kompletterande skydd rekommenderas.

Önskemål om **mensförskjutning (gäller enfaspreparat)**: Patienten gör ej uppehåll/börjar ej med placebotabletter så länge hon önskar förskjuta menssen. Upplys patienten om att risk för extrablödning finns, speciellt om förskjutningen sker under längre tid än en vecka. Om patienten tar ett flerfaspreparat, se FASS.

Önskemål om amenorré (gäller enfaspreparat): Om patienten önskar blöda mindre ofta än varje månad kan hon äta tabletterna utan uppehåll under det önskade antalet veckor. Hon skall informeras om risken för spotting om hon önskar långvarig amenorré.

Återkomst av fertilitet efter avslutad KPP-behandling: Om menstruation ej återkommer 6 månader efter avslutad behandling bör orsaken utredas. Rekommendera patienten att ta kontakt med gynekolog.

A 1 b: P-plåster (Evra®)

P-plåstret innehåller både etinylöstradiol och gestagen (norelgestromin) och har samma verkningsmekanism som KPP, dvs framför allt ovulationshämmning. Metoden kan väljas i första hand för kvinnor som har svälj- eller absorptionssvårigheter som omöjliggör peroral behandling, eller som glömmer att ta tabletter dagligen, och som saknar kontraindikationer mot östrogen.

Plåstret byts en gång per vecka under tre veckor. Under den fjärde veckan används inget plåster och bortfallsblödning inträffar. Då plåstret är en KM, gäller allt ovan under rubriken "Kombinerat p-piller" för denna metod, förutom under underrubriken "Råd till KPP-användaren".

Råd till p-plåsteranvändaren:

Glömska: Risken för ägglossning är störst om det plåsterfria intervallet överskrider 7 dagar. Nytt plåster sätts på och kompletterande skydd (se ovan) används under en vecka.

Om ett plåster kvarlämnats på kroppen längre än 7 dagar kan man räkna med bibehållen skyddseffekt i ytterligare 2 dagar. Kompletterande skydd enligt ovan om plåstret kvarlämnats längre.

Önskemål om mensförskjutning: Att fortsätta med ett plåster per vecka i en-två veckor kan förskjuta menssen under den förlängda användningstiden.

Önskemål om amenorré: Patienten kan hoppa över plåsterfria veckan under önskad amenorrétid. Hon informeras om risken för spotting om hon önskar långvarig amenorré.

Vid **klåda** och/eller **utslag** på plåsterstället kontaktas läkare.

A 1 c: P-ring (NuvaRing®)

P-ringen innehåller både etinylöstradiol och gestagen (etonogestrel) och har samma verkningsmekanism som p-piller, dvs framför allt ovulationshämmning. Metoden kan väljas i första hand för kvinnor som har svälj- eller absorptionssvårigheter som omöjliggör peroral behandling, eller som glömmer att ta tabletter dagligen, och som saknar kontraindikationer mot östrogen.

Ringen förs in i vagina, ovanför bäckenbotten. Någon särskild placering i förhållande till cervix behövs inte. Ringen kvarlämnas i tre veckor, tas därefter ut och användaren är ringfri under en vecka då bortfallsblödningen inträffar. Då ringen är en KM, gäller allt ovan under

rubriken "Kombinerat p-piller" för denna metod, förutom under underrubriken "Råd till KPP-användaren".

Råd till ringanvändaren:

Glömska: Risken för ägglossning är störst om det ringfria intervallet överskrider 7 dagar. Ny ring föres in och kompletterande skydd (se ovan) används under en vecka. Om ring lämnats kvar i vagina längre än 21 dagar kan man räkna med bibehållen skyddseffekt i ytterligare 7 dagar. Kompletterande skydd rekommenderas om den kvarlämnats längre.

Önskemål om mensförskjutning: ringen kvarlämnas i totalt fyra veckor, efterföljt av ringfri vecka.

Önskemål om amenorré: Patienten kan byta till ny ring efter tre veckor, utan ringfri vecka, under önskad amenorrétid. Hon informeras om risken för spotting om hon önskar långvarig amenorré.

Om kvinnan önskar **kan ringen avlägsnas upp till 3 timmar per dygn** med bibehållen skyddseffekt.

A 2: Gestagenmetoder

Allmänt: Se sidorna 6-9 gällande förskrivning vid olika medicinska tillstånd och läkemedelsanvändning.

Vikt: Patienten vägs vid nyförskrivning och vid återbesök.

Prover: Tas riktat enligt ovan

Generell klåda: Ta leverprover! Om dessa är förhöjda skall GM sättas ut (glöm inte att påminna om att patienten nu saknar skydd mot graviditet!) och patienten remitteras till gynekolog. Om prover är ua, hänvisas patienten till allmänläkare.

Blödningsmönster: med undantag för hormonspiralen, så är blödningsmönstret med GM oförutsägbart, vilket det är viktigt att informera noggrant om. Missnöje med blödningsmönstret kan antas påverka compliance och, i vissa fall, inställningen till preventivmedel överhuvudtaget.

A 2 a: Högdoserat gestagen (p-spruta, Depo-Provera)

Verkningsmekanism: ovulationshämmning, effekter på cervixsekret och endometrium (se under rubriken KM).

P-sprutan utgör ett alternativ till kvinnor som önskar ett preventivmedel med hög säkerhet men som inte bör använda KM på grund av kontraindikationer mot östrogen eller östrogena biverkningar. Eftersom blödningsmönstret alltid blir rubbat, vanligen med först oregelbundna blödningsar och sedan amenorré, och då fertiliteten återkommer långsammare än efter andra preparat, är noggrann information extra viktig. Första injektionen ges 1:a - 5:e menscykeldagen och injektionerna upprepas sedan var tredje månad.

Viktökning är vanligare än med andra gestagena preventivmedel och övriga gestagenbieffekter förekommer också, se sidan 11. Observera behovet av lång nål för att medlet verkligen ska hamna intramuskulärt hos kvinnor med stort subkutant fettlager! Kvinnor **under 19 år** som använder p-sprutan riskerar att ej uppnå skelettets peak bone mass och skall använda metoden endast i undantagsfall, efter läkarbedömning.

P-sprutan hämmar ovariefunktionen kraftigt och hos vissa kvinnor kan östrogenhalten sjunka till postmenopausala nivåer. Detta kan **påverka benmassan**. När kvinnan använt metoden i 2 år informerar barnmorskan om risken för osteoporos och diskuterar med kvinnan om någon annan metod passar henne, konsultationen dokumenteras. Är så inte fallet, fortsätter förskrivning av p-spruta om kvinnan önskar. Vid förskrivning till **kvinnor över 45 år** skall kvinnans totala användningstid och eventuella övriga riskfaktorer för osteoporos beaktas.

Bland **riskfaktorer för osteoporos** finns:

- kroniskt alkoholbruk
- rökning
- anorexia nervosa
- vissa läkemedel (bland annat somliga antiepileptika och kortikosteroider)

Metoden förskrivs inte till kvinnor över 50. Kvinnor som fyllt 50, som önskar fortsätta med metoden, hänvisas till gynekolog för ställningstagande till behov av preventivmedel, biverkningar och/eller om andra indikationer för fortsatt behandling finns.

A 2 b: Mellandoserade gestagener

A 2 b 1: Östrogenfritt p-piller (ÖFP) (Cerazette®)

Verkningsmekanism: ovulationshämmning samt effekter på cervixsekret och endometrium (se under KM). Ovulationshämmningen medför att skyddseffekten mot graviditet motsvarar den hos KM. **Detta innebär att det inte rör sig om mini-piller, såsom ibland felaktigt uppges.** ÖFP rekommenderas till kvinnor som har absoluta kontraindikationer mot östrogen, eller östrogena biverkningar som ej försvinner efter preparatbyte, och som önskar hög säkerhet. Åldersgränser finns ej.

Tablettintag sker dagligen, utan uppehåll, med början på menscykeldag 1. **Obs! Man kan inleda behandling utan att invänta mens**, i dessa fall används även barriärmetod under första behandlingsveckan och graviditetstest tages innan och 4 veckor efter att behandling påbörjats. **Detta är särskilt viktigt att tänka på för kvinnor som har svårt att skydda sig på annat sätt; det sker många konceptioner medan kvinnor "väntar på mens" inför behandlingsstart!**

På grund av avsaknad av östrogen blöder en stor majoritet användare oregelbundet, och ett varierande antal får amenorré. Graviditet bör uteslutas, lämpligen med två graviditetstester med 60 dagars intervall, vid nyuppkommen amenorré. Övriga gestagena biverkningar såsom huvudvärk och depression förekommer, se sidan 11. Råden gällande glömd tablett, gastrointestinala besvär och amenorré efter avslutad behandling under rubriken "Kombinerat p-piller" gäller även för denna metod.

A 2 b 2: Implantat (Nexplanon®)

För närvarande finns gestagenimplantat tillgänglig för 3 års bruk. Implantatet innehåller bariumsulfat för att kunna upptäckas med röntgen.

Verkningsmekanism: ovulationshämning samt effekter på cervixsekret och endometrium (se under KM). Lämpliga användare är de med glömska eller svårigheter för tablettintag, absoluta kontraindikationer mot eller biverkningar av östrogen, samt önskan om hög säkerhet. På grund av avsaknad av östrogen blöder en stor majoritet användare oregelbundet, och ett varierande antal får amenorré. Övriga gestagenbieveffekter förekommer också, se sidan 11. Fertiliteten återkommer så gott som genast när implantatet avlägsnats. Implantat förskrivs, sätts in och tas ut av barnmorska eller läkare, efter att förskrivaren erhållit teoretisk och praktisk utbildning i metoden. Se separat PM

<http://primaren.vgregion.se/upload/PVSB/MVC/MVC,%20PM%20och%20riktlinjer,%20ny%20sida/Nexplanon.pdf>

A 2 c: Lågdoserade gestagener

A 2 c 1: Mini-piller (Mini-Pe®, Exlutena®)

Verkningsmekanism: effekter på cervixsekret och endometrium (se under KM); därtill ovulationshämning hos ca 50 % av användarna.

Mini-piller rekommenderas till kvinnor med absoluta kontraindikationer mot eller biverkningar av östrogen men utan önskemål om hög säkerhet. Åldersgränser finns ej men på grund av den relativt låga effekten lämpar sig mini-piller bäst för kvinnor i övre delen av den fertila åldern.

Tablettintag sker dagligen, utan uppehåll, med början på menscykeldag 1. Vikten av **regelbundet tablettintag** bör under alla omständigheter påpekas. För bibehållen säkerhet bör dosintervallet ej överskrida 27 timmar. Råden gällande gastrointestinala besvär och amenorré efter avslutad behandling under rubriken "Kombinerat p-piller" gäller även för denna metod. Kvinnor med **utomkvedshavandeskap i anamnesen** som önskar GM bör rekommenderas ÖFP, p-spruta eller implantat. Skrivs ändå mini-piller ut, ska kvinnan informeras om den ökade risken för ett nytt utomkvedshavandeskap. Försämrade effekt av mini-piller kan förväntas vid vikt överskridande 75 kg; hur mycket effekten minskar varierar antagligen mellan individer.

Många användare får blödningsoregelbundenhet. Cirka hälften av mini-pilleranvändarna har oregelbunden mens, ca 40 % har regelbunden mens och 10 % är amenorroiska

Graviditet bör uteslutas, lämpligen med två graviditetstester med 60 dagars intervall, vid nyuppkommen amenorré. Övriga gestagena bieveffekter förekommer också, se sidan 11.

A 2 c 2: Hormonspiral (Mirena)

Beträffande insättnings teknik och komplikationer, se nedan under "B. Spiral"!

Hormonspiralens säkerhet anses vara jämförbar med mekanisk sterilisering så länge spiralen sitter kvar intrauterint. Fertiliteten återvänder snabbt när spiralen avlägsnats. Insättningsröret är något tjockare än Nova-T-spiralens. Hormonspiralen är den enda GM med någotsånär förutsägbart blödningsmönster: efter en period på några månader med spotting, får användaren amenorré eller regelbunden, sparsam menstruation.

Verkningsmekanism: Endometrieförändringarna är troligen hormonspiralens viktigaste antikonceptionella verkningsmekanism. Intrauterint administrerat levonorgestrel kan påverka ovulationen inledningsvis. Mängden cervixsekret minskar vid användande av hormonspiral.

Hormonspiral är förstahandsvalet för kvinnor som behöver en högeffektiv metod som inte kräver regelbundet läkemedelsintag, saknar kontraindikationer och som:

- har menorrhagier *eller*
- har anamnes på spiralgraviditet *eller*
- närmar sig klimakterieåldern

Även för mycket unga kvinnor som rekommenderats spiral kan hormonspiralen vara ett alternativ då toleransen för rikliga, långdragna menstruationer brukar vara låg i denna åldersgrupp.

Negativa bieffekter

Blödningsproblem Informera alltid om "inkörningsperioden" med spotting, som kan vara flera månader, samt att menstruationerna därefter blir sparsammare eller försvinner!! Bakgrunden till effekterna på menstruationen bör noggrant förklaras för kvinnan innan hormonspiralen sätts in.

Gestagenbiverkningar.

Humörförändringar och acne är de vanligaste hormonella biverkningarna. Huvudvärk, depression och andra gestagena bieffekter är sällsynta men förekommer, se sidan 11. Dessa går vanligen över efter några månaders användning.

OBS! Om graviditetsönskan ej föreligger: dra aldrig ut någon typ av spiral mindre än tre dagar efter sista coitus om kvinnan kan vara i ovulationstid! Vänta hellre några dagar vid tveksamhet!

Positiva bieffekter

Hormonspiralen ger ett visst skydd mot uppåttstigande genitala infektioner. **Sparsam mens eller avsaknad av mens** är en önskvärd effekt för många användare. Övriga fördelar med metoden är hög säkerhet, långvarig effekt och reversibilitet samt att daglig motivation från kvinnans sida inte behövs och att fertiliteten återkommer omedelbart efter spiralens avlägsnande.

B. Mekaniska preventivmetoder

B 1: Kopparspiral

Fördelarna med metoden är hög säkerhet, långvarig effekt och reversibilitet, att daglig motivation från kvinnans sida inte behövs samt att fertiliteten återkommer omedelbart efter spiralens avlägsnande. För vissa kvinnor är även frånvaron av hormoner en fördel. Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter skall en kopparspiral ha kopparyta $>250 \text{ mm}^2$ samt god vetenskaplig dokumentation avseende effektivitet och användningstid.

Verkningsmekanism: utövar lokal effekt på endometriet och cervixsekretet, förhindrar äggimplantation, kopparn har toxisk effekt på spermier.

Kopparspiral är förstahandsalternativ till kvinnor som vill ha spiral och som inte tillhör någon av grupperna där hormonspiralen är förstahandsalternativ. Observera att det finns en stor kostnadsskillnad mellan koppar- och hormonspiralerna vilket kan vara avgörande för vissa kvinnor. Kopparspiral är ej förstahandsalternativ till nulligravidae men kan övervägas efter individuell bedömning. Kvinnor med salpingit eller extrauterin graviditet i anamnesen kan efter rådgivning välja kopparspiral. Konsultera gärna gynekolog vid tveksamhet!

Insättning (gäller även hormonspiralen!)

Det är kontraindicerat att sätta in spiral under pågående infektion, gynekologisk eller annan infektion, på grund av ökad risk för uppåttstigande genital infektion och, i värsta fall, sepsis. Vid misstanke på genital infektion, kontakta gynekolog. Spiralinsättning kan ske när som helst under menscykeln om byte sker från annat säkert preventivmedel. I annat fall, ta graviditetstest före och fyra veckor efter insättning.

Läs även på sida 7 om kvinnor med hjärt-kärlsjukdomar angående vilka gynekolog skall konsulteras!

Palpationen av uterus inför insättandet är mycket viktig. Insättaren skall vara väl förtrogen med insättningstekniken för respektive spiraltyp. Klotång i främre eller bakre portioläppen skall alltid användas så att en viss sträckning av en flekterad uterus kan ske. Försiktig sondering av uterus-kaviteten skall ske. Sonden skall vara steril och övriga instrument och rondsål som används vid spiralinsättningen skall vara höggradigt rena efter körning i diskdekontaminator vid 85 C° . Kompresser och undersökningshandskar skall vara rena, behöver inte vara sterila. Arbeta som vid hantering av sterilutrustning, dvs. aseptiskt.

Om uterus palperas större än motsvarande graviditetsvecka 10 och/eller om sondmåttet överstiger 10, avbryts spiralinsättningen och patienten hänvisas till gynekolog (akutremiss om misstänkt perforation, se nedan).

*Obs! Lokala föreskrifter kan förekomma

Insättning under postpartumperioden (gäller även hormonspiralen)

Båda spiraltyper kan användas av ammande kvinnor. En ammande kvinna kan få spiral insatt när avslaget varit borta en vecka. Kvinnor förlösta med okomplicerat sectio kan få spiral insatt om 8 veckor gått efter ingreppet och avslaget är slut. **Det föreligger en avsevärt ökad risk för perforation vid insättning i puerperalperioden, framför allt på ammande kvinnor.** Spiralinsättningen anses vara mindre smärtsam hos ammande kvinnor än hos icke ammande kvinnor vid motsvarande tidpunkt efter förlossningen. Troligen är även smärt- och blödningsbiverkningar mindre hos ammande kvinnor. 80 % av perforationer sker under puerperalperioden!

Insättningskomplikationer: perforation (gäller även hormonspiralen!)

Vid osedvanligt stark smärtreaktion i samband med insättningen, större sondmått än det förväntade efter palpation eller ovanligt riklig blödning bör perforation alltid misstänkas. Patienten skall då till läkare för ultraljudskontroll av spiralens läge. Om spiralen inte går att lokalisera kompletteras undersökningen med en buköversiktsröntgen.

Perforation till urinblåsa och tarm finns beskrivna i litteraturen. Perforation kan ske i samband med insättandet och senare. Uterusperforation efter spiralinsättning skall alltid anmälas till Läkemedelsverkets biverkningsregister och avvikelserapport skall skrivas.

Kontroller (gäller även hormonspiralen!)

Regelbundna kontroller är ej nödvändiga om patienten förblir besvärsfri efter insättningen och om hon känner spiraltrådarna vilket hon bör göra efter varje avslutad mens. Kontroll rekommenderas dock efter 2-3 månader om patienten tidigare haft spiralkomplikation.

Komplikationer (gäller även hormonspiralen!)

Vid **smärta av sådan grad att perforation misstänks** skall läkarebedömning ske omgående.

Vid **flytningar/smärta som inger misstanke om cervicit/endometrit/salpingit**, skall läkarbedömning ske omgående.

Om **spiraltrådarna ej syns**, uteslut graviditet och ordna läkarbesök för att utesluta perforation alternativt utstött spiral. Informera kvinnan om att hon eventuellt saknar skydd mot graviditet!

Vid **konstaterad spiralgraviditet**, remittera omgående till gynekolog. **Dra spiralen om det är möjligt**, oavsett om kvinnan vill/vet om hon vill fullfölja graviditeten eller inte.

OBS! Om graviditetsönskan ej föreligger: dra aldrig ut någon typ av spiral mindre än tre dagar efter sista coitus om kvinnan kan vara i ovulationstid! Vänta hellre några dagar vid tveksamhet!

Blödningsskomplikationer (obs!! gäller endast kopparspiral)

De flesta kvinnor med kopparspiral får **ökad mensblödning**, både mängd och längd, och patienten informeras om detta före insättning. Kvinnor med menorrhagi och spiralönskan skall

rekommenderas hormonspiral i första hand. Man kan rekommendera tranexamsyra för att minska blödningsmängden varefter patienten kan uppsöka läkare för att få motsvarande utskrivet på recept. Kopparspiralanvändare som besvärar av **mellan- eller**

kontaktblödningar skall skötas som andra kvinnor med dessa symtom, det vill säga, testa för chlamydia och eventuellt gonorré, tag cytologprov och hänvisa till gynekolog för närmare utredning och bedömning.

B 2: Sterilisering

Kvinnor som är övertygade om att de inte önskar, eller som av medicinska skäl avrått från, att föda fler barn och som misslyckats med/vantrivts med/drabbats av allvarliga bieffekter av andra preventivmetoder skall upplysas, både skriftligt (broschyr) och muntligt om sterilisering av både män och kvinnor. Bekräftelsen på erhållen information skrivs på av patienten som sedan remitteras vidare för läkarbedömning.

B 3: Kondom

Barnmorskan skall kunna ge noggrann och detaljerad information om kondomanvändning för bästa möjliga preventiva effekt:

- att kondomen skall sitta på penis under hela samlaget
- att ett par cm av kondomen bör hänga utanför ollonspetsen efter att den dragits på så att ejakulatet får plats
- att kondom skall bytas efter varje ejakulation
- att eventuellt glidmedel skall vara vatten- eller silikon- men ej olje- eller petroleumbaserat
- att säkerheten ökar om kondom kombineras med spermicid, pessar, ovulationsindikator eller avbrutet samlag.

Barnmorskan bör vidare bekanta sig med sortimentet och veta vad som kännetecknar olika kondomtyper. Latexallergiker skall informeras om latexfria kondomer.

Kondomer är den preventivmetod som ger bästa skyddet mot sexuellt överförda infektioner (STI).

B 4: Pessar

Utprovas av barnmorska. Kvinnan får på mottagningen prova att sätta in och ta ut pessaret själv. Informera om att pessar skall användas tillsammans med spermicid, att en ny dos spermicid skall sprutas in i vagina med pessaret kvar på plats inför varje upprepat samlag och att pessaret skall kvarlämnas i vagina minst 8 timmar efter senaste samlaget. En fördel med pessar jämfört med kondom är att den inte behöver sättas in i omedelbar anslutning till själva samlaget, utan som mest en timme dessförinnan. Säkerheten ökar om pessaret kombineras med kondom, avbrutet samlag eller ovulationsindikator. Se separat PM.

B 5: Övriga mekaniska metoder

Cervixpessar i olika storlekar kan köpas via Internet. Det finns inte mycket vetenskaplig dokumentation bakom metoden men den kan utgöra ett alternativ för enstaka kvinnor.

Kvinnlig kondom kan köpas via Internet. Metoden erbjuder visst skydd mot STI.

C. Kemiska preventivmetoder

Spermicid rekommenderas till kvinnor som accepterar en lägre antikonceptionell effekt eller som ej vill/avråds från att använda intrauterina- eller hormonella preventivmetoder. Metodens effektivitet ökar om den kombineras med kondom, ovulationsindikator eller avbrutet samlag. Se PM Pessar angående förskrivning.

D. Övriga preventivmetoder

D 1: Billingsmetoden, Naturlig familjeplanering (NFP)

Härmed menas olika metoder för paret att anpassa samlivet efter kvinnans ovulation.

Billingsmetoden lärs ut av utbildade handledare. Kontaktperson och handledare kan finnas via www.familjeplanering.se.

D 2: Ovulationsindikatorer, p-dator

Apoteket säljer ovulationsindikatorer vars syfte är att hjälpa paret att påvisa kvinnans fruktsamma respektive mindre fruktsamma dagar.

Den så kallade p-datorn, som bygger på ovulationsindikatorer, kan beställas via www.persona.info/se/, där kvinnan kan hämta information om metoden.

D 3: Avbrutet samlag

Metoden bygger på mannens kännedom om sin sexuella reaktion och förmåga att avbryta samlaget strax innan ejakulationen. Ju äldre paret och relationen är, desto högre är den sannolika preventiva effekten som givetvis ökar om metoden kombineras med spermicid eller ovulationsindikatorer.

D 4: Amning

Den globalt sett mest använda metoden. Mest effektiv under de första 6 månaderna, om kvinnan ammar helt (utan tillägg), och även nattetid, samt inte återfått menstruationen. Effekten varierar hos olika kvinnor. Informera kvinnan om att första ovulationen kan inträffa före första menstruationen!

E. Akutprevention

Kvinnor som erhåller akutprevention skall erbjudas rådgivning för att om möjligt hitta annan antikonceptionsmetod för framtida bruk.

E 1: Hormonell

E 1 a: Levonorgestrel (NorLevo, Postinor)

Effektiviteten ökar ju kortare tid som gått sedan det oskyddade samlaget. Effekten av metoden är bäst upp till 72 timmar efter det oskyddade samlaget. Metoden verkar genom att hämma eller förskjuta ägglossning. Det finns i princip inga kontraindikationer mot denna metod. Kvinnan skall informeras om att nästa mens kan komma tidigare, att metoden inte ger hundra procentigt skydd och att hon därför bör ta graviditetstest efter några veckor. Hon skall erbjudas planerad tid för preventivmedelsrådgivning. Man kan ge akutprevention 2 gånger per cykel om flera oskyddade samlag skett men kvinnan ska informeras om möjligheten till ökad risk för konception om ovulationen förskjutits. Paketet innehåller en tablett á 1,5 milligram levonorgestrel som sväljes så snabbt efter det oskyddade samlaget som möjligt, då den graviditetsförebyggande effekten minskar snabbt med tiden. Preparatet är receptfritt.

E 1 b: Ullipristal (ellaOne)

Ullipristal är ett antiprogesteron som intas i tablettform. **Preparatet måste skrivas ut av läkare och är verksamt i upp till 120 timmar efter det oskyddade samlaget.** Då preparatet kan interagera med upptaget av gestagen skall kvinnor som står på, och missat, perorala preventivmedel använda barriärmetod i 14 dagar eller till nästa bortfallsblödning. Svår astma är en kontraindikation. I övrigt skall kvinnan informeras om att metoden inte är hundra procentig, att nästa mens kan komma vid annan tid än den förväntade och att hon bör ta graviditetstest efter några veckor. Metoden skall inte användas mer än en gång under samma menscykel då detta inte studerats. Eftersom metoden innebär att ägglossningen kan förskjutas bör oskyddat samlag senare under samma menscykel undvikas.

E 2: Mekanisk

En annan akutpreventionsmetod är att sätta in en kopparspiral inom 5 dygn efter det oskyddade samlaget. Denna metod är mycket effektiv. Den lämpar sig inte för offer för sexuella övergrepp eller i andra situationer där risken för genitala infektioner är ökad/okänd. Utför graviditetstest före insättning vid minsta tveksamhet! Observera att hormonspiral inte fungerar som akutpreventivmedel. För att metoderna skall fungera är det viktigt med en noggrann anamnes avseende tidpunkt för samlaget och tidpunkten för sista mens. Vid tveksamhet bör graviditetstest utföras efterföljt av konsultation med gynekolog.

Bilaga 1: kombinerade preparat

Hormondoserna (per dag och behandlingscykel) och profil för olika kombinerade metoder

	Per dag	Per cykel	
P-piller med etinylöstradiol	Etinyl- östradiol (µg)		Gestagen
Trimiron®	35-30-30	665	desogestrel
Desolett®	30	630	desogestrel
Orthonett® Novum	35	735	noretisteron
Restovar®	37,5	825	lynestrenol
Cilest®	35	735	norgestimat
Synfase	35	735	noretisteron
Trinovum®	35	735	noretisteron
Mercilon®	20	420	desogestrel
Trinordiol® Trionetta® Tiregol	30-40-30	680	levonorgestrel
Neovletta® Rigevidon	30	630	levonorgestrel
Yasminelle Liofora	20	420	drospirenon
Yaz	20	720	drospirenon
Yasmin®	30	630	drospirenon
Övriga preparat	Östrogen	Gestagen	
Qlaira	1-3 **	52**	dienogest
Evra®	34*	714*	norelgestromin
NuvaRing®	15*	315*	etonogestrel

*etinylöstradiol, µg. Obs! parenteral metod!

**estradiolvalerat, mg

Observera att tidvis förekommer synonympreparat under andra namn!

Bilaga 2

1. Blodtrycksmätning

Blodtrycket mäts med patienten sittande, manschetten i hjärt höjd på höger arm. Bred manschett användes vid överarmsdiameter överskridande 32 cm. Diastoliska blodtrycket mäts vid Korotkoffnivå 4, det vill säga den nivå där hjärtljuden minskar i intensitet. Automatisk eller manuell manschett kalibreras minst årligen mot kvicksilvermanometer.

2. Uträkning av BMI

Patientens vikt **i kg** delas med patientens längd **i meter** i kvadrat

Exempel: Patienten är 162 cm (=1,62 meter) lång och väger 70 kg:

$$\text{BMI} = \frac{70}{1,62 \times 1,62} = 26,7$$

Sökordsregister

Sökord	Sida
Acne	8
Akut intermittent porfyri	9
Amning	9, 21
Artärtrombos	7
Blodtryck	7, 11
Blödningskomplikationer	4, 8, 12, 17
Bröstcancer	6
Diabetes	7
Epilepsi	9
Fetma	8
Glömska	12, 13, 14
Hereditet, arteriell trombos	7
Hereditet, myokardsjukdom	7
Hereditet, venös trombos	6
Hirsutism	8
Hjärtinfarkt	7
Hjärtsjukdom	7
Huvudvärk	11
Hyperlipidemi	7
Hypertoni	7
Klåda	11
Koagulationsrubbning	6
Kärlkramp	7
Leversjukdom	7
Lungemboli	6
Mag-tarmsjukdomar	8, 13
Medicinering	8
Mensförskjutning	13, 14
Migrän	7, 9
Myokardsjukdom	7
Osteoporos, riskfaktorer	15
Porfyri	9
Preeklampsi	7
Rökning	6
Sinustrombos	6
SLE	9
Stroke	7
Trombos, arteriell	7
Trombos, arteriell, hereditet	7
Trombos, venös	6, 12
Trombos, venös, hereditet	6
Venös insufficiens	9
Venös tromboembolism	6
Vikt	8, 11
Åderbräck	9
Övervikt	8