OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Riktlinje verkställighet

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi
Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

Giltig från: 2026-09-04
Giltig till: 2028-09-04

Kombinerade hormonella metoder, barnmorskemottagningar VGR

Förändringar sedan föregående version

Ny rubrik *Uppföljning* är tillagd.

Meningiom är tillagt som kontraindikation.

Innehållsförteckning

Kombinerade hormonella metoder, barnmorskemottagningar VGR 1
Förändringar sedan föregående version 1
Utförande 2
Inledning 2
Positiva hälsoeffekter 2
Kontraindikationer 3
Tillstånd som fordrar speciell uppmärksamhet 4
Negativa hälsoeffekter, allvarliga 5
Andra negativa hälsoeffekter 5
Om venös tromboembolism 5
Om cancer 6
Vid förskrivning 6
Uppföljning 7

Vid misstanke om bieffekter 8
Vid blödningstrassel 8
Ålder över 40 år 8
Efter förlossning 9
Patientinformation 9
Ansvar 9
Relaterad information 9
Arbetsgrupp 9

Utförande

Inledning

Tillgängliga kombinerade hormonella metoder är piller, plåster eller vaginalring. Dessa verkar främst genom ovulationshämning. Effektiviteten är hög vid konsekvent intag men är beroende av compliance. Risken för graviditet är ökad vid längre paus än sju dagar. Långcykelbehandling ökar ofta compliance och effektivitet.

Användare som önskar blöda regelbundet kan dock pausa eller ta placebotabletter fyra till sju dagar per månad, se FASS. Fertiliteten återkommer snabbt efter utsättning.

Allvarliga biverkningar är sällsynta, noggrann anamnes inklusive hereditet minimerar riskökningen. Vid nyförskrivning följs i första hand Läkemedelsverkets rekommendation om att välja monofasiskt preparat med levonorgestrel eller norgestimat. Bedömer förskrivaren att compliance förbättras om annat preparat väljs enligt patientens önskemål, kan det önskade preparatet dock förskrivas i stället. Bedömningen dokumenteras.

Positiva hälsoeffekter

- Minskad menstruationsmängd och därmed minskad risk för anemi.
- Minskad menstruationssmärta.

- Möjlighet till blödningsfrihet eller glesa blödningar med långcykelbehandling.
- Minskade besvär vid endometrios.
- Frånvaro av ovulationssmärta och minskad mängd funktionella ovarialcystor.
- Minskade besvär av PMS och andra menscykelrelaterade problem.
- Minskade besvär med akne.
- Minskad risk för extrauterin graviditet.
- Minskad risk för salpingit.
- Minskad förekomst av benigna brösttumörer.
- Minskad risk (ca 50%) för ovarialcancer, kvarstår även efter avslutad behandling.
- Minskad risk (ca 50%) för endometriecancer, kvarstår även efter avslutad behandling.
- Minskad risk (ca 20%) för colorektal cancer, kvarstår även efter avslutad behandling.

Kontraindikationer

- Anamnes på venös tromboembolism (VTE), dvs trombos i arm, ben, mesenterium eller lungemboli eller cerebral sinustrombos.
- Trombofili, såsom antitrombinbrist, protein C-brist, protein S-brist, APC resistens (faktor V Leiden), protrombingenpolymorfism, lupus antikoagulans, antifosfolipidsyndrom.
- VTE hos förälder eller syskon, oavsett ålder och orsak (Obs! retinalvenstrombos är inte VTE).
- Bröstcancer, aktuell eller tidigare.
- Inflammatorisk tarmsjukdom (Morbus Crohn, Ulcerös colit), med återkommande skov. Om inga skov under längre tid kan förskrivning ske efter läkarbedömning.
- Tidigare artärtrombos, TIA, stroke, angina pectoris, hjärtinfarkt

- Hjärtsjukdom, inklusive hjärtklaffsjukdom, som innebär ökad risk för VTE.
- Diabetes plus rökning, kärlkomplikationer, ålder >35 år eller andra riskfaktorer.
- Fetma: Vid nyförskrivning BMI >30 och vid fortsatt förskrivning BMI >35
- Hypertoni
- Blodtryck som stiger till >140/90 efter insättning av kombinerad metod
- Mycket uttalade varicer
- Migrän med fokala neurologiska symtom (aura), sjufaldig riskökning för stroke
- Familjär hyperlipidemi
- Aktiv leversjukdom eller levercirrhos (Obs, ej genomgången eller pågående kronisk Hepatit B eller C)
- SLE
- Akut intermittent porfyri
- Postpartum <sex veckor
- **Två eller flera av följande**: rökning, ålder >35 år, okomplicerad diabetes, reumatoid artrit, icke-familjär hyperlipidemi, hjärtinfarkt/stroke hos bror eller far vid <55 års ålder, hjärtinfarkt/stroke hos mor eller syster vid <65 års ålder
- Känt eller tidigare behandlat meningiom

Tillstånd som fordrar speciell uppmärksamhet

- Epilepsi och antiepileptika, se Antikonception vid epilepsi
- Andra mediciner (se Interaktioner | Janusmed och naturpreparat (t ex johannesört)
- Inflammatorisk tarmsjukdom med lång tids frihet från skov, förskrivning kan ske efter läkarbedömning
- Långa flygresor: stödstrumpor, aktivera underben och fötter ofta, röra på sig ofta

- Vid amning rekommenderas annan metod fram till 6 veckor postpartum, se rubrik *Efter förlossning*.

Negativa hälsoeffekter, allvarliga

- Ökad risk för VTE, inklusive lungemboli (se nedan)
- Ökad risk för arteriell trombos, propporsakad stroke och hjärtinfarkt
- Blodtrycksstegring
- Liten ökad relativ risk, men låg absolut risk, för bröstcancer
- Liten ökad risk för cervixcancer, patienter med tidigare dysplasi eller mikroinvasiv cervixcancer kan förskrivas kombinerad metod

Andra negativa hälsoeffekter

- Biverkningar som kan bero på den östrogena komponenten; illamående, bröstspänning, vätskeretention, ökad flytning, accentuering av migrän.
- Biverkningar som kan bero på den gestagena komponenten; illamående, bröstspänning, huvudvärk, nedstämdhet, irritabilitet, minskad sexlust, acne, ökad aptit och viktökning.

Om venös tromboembolism

Risken för VTE hos en frisk kvinna i fertil ålder är ca 2/10 000 och år. Användning av kombinerad metod medför en riskökning till 4–8/10 000. Risken för VTE är störst under de första tre månaderna av användningen. Denna risk uppstår igen efter uppehåll.

Misstanke om arteriell eller venös trombos vid följande, till medicinsk akutmottagning utan dröjsmål:

- svullnad, värk och/eller missfärgning i ett ben eller en arm
- plötsligt insättande andningssvårigheter
- talsvårigheter
- förlamning och/eller sensibilitetsnedsättning
- bröstsmärta

- svår, plötslig huvudvärk, eventuellt med illamående/kräkningar

Patienten ska alltid upplysa sjukvårdspersonal om användning av kombinerat medel när hen söker vård, inklusive vid risksituationer för VTE, såsom kirurgi, immobilisering och uttalad dehydrering.
Preventivmedlet bör inte sättas ut, utan antikoagulantia bör i stället sättas in, under perioden med riskökning.

Om cancer

Egen aktuell eller tidigare bröstcancer utgör kontraindikation för kombinerat medel. För övriga, inklusive personer med hereditet för bröstcancer, bedöms nyttan överväga den relativa riskökningen, då den absoluta risken är så låg.

Användning av kombinerat medel är förenat med liten riskökning för cervixcancer, men mekanismen är ännu okänd, liksom om effekten kommer att kvarstå när större andelen av befolkningen är HPV-vaccinerad. Vaccination och regelbundet deltagande i GCK medför en betydligt minskad risk att insjukna i cervixcancer.

Om den totala effekten av kombinerad hormonell antikonception på risken för alla former av cancer analyseras, finner man en neutral eller minskad risk.

Vid förskrivning

- Vid nyförskrivning mäts blodtryck före insättandet, efter 3–6 månader och därefter med 1–2 års intervall, se rubrik *Uppföljning*. Blodtryck på annan vårdinrättning eller apotek godkänns.
- Avråd från ”p-pillervila” på grund av risk för oönskad graviditet och tillfälligt ökad risk för VTE.
- Rekommendera kvickstart efter att graviditets uteslutits.
- Rekommendera långcykelbehandling för alla som inte specifikt önskar blöda regelbundet. Även fördelaktigt för patienter med huvudvärk, dysmenorre eller PMS-symtom under hormonfria perioder. Välj i så fall ett monofasiskt

preparat. Vid genombrottsblödning görs ett uppehåll på fyra dagar, därefter påbörjas användning igen, oavsett om blödningen upphört. Patienten kan också välja att göra uppehåll på fyra dagar när hen önskar blöda, för att minska risken för oförutsägbar blödning.

- Informera om ”glömskemarginal”
  - Om tablettuppehållet blivit mer än 36 timmar behövs kompletterande skydd i en vecka. Störst risk för graviditet om den hormonfria perioden överstiger 7 dagar.
  - Om den hormonfria perioden vid plåster- eller ring användning blivit längre än 7 dagar rekommenderas kompletterande skydd i en vecka.
- **Informera om akut preventivmetod** i händelse av oskyddade samlag i samband med tablettglömska eller då den hormonfria perioden blivit längre än 7 dagar, Akuta preventivmetoder Barnmorskemottagningar VGR.
- P-plåster eller p-ring bör av miljöskäl inte spolas ned i avloppet. För instruktioner se bipacksedel.
- Informera om risken för interaktioner med andra läkemedel samt vissa naturläkemedel till exempel johannesört, se Janusinfo.se - Janusinfo.se.

Uppföljning

Vid fortsatt förskrivning inrapporteras blodtryck och vikt varje år vid identifierade riskfaktorer och vartannat år för övriga.

Vartannat år genomförs ett barnmorskebesök för avstämning och ny riskbedömning inför fortsatt förskrivning, följ Checklista vid preventivmedelsrådgivning barnmorskemottagningar VGR.docx. Obs! Byt länk när dokumentet upprättat Detta besök genomförs i första hand som videobesök eller fysiskt besök vid behov.

I undantagsfall kan recept förlängas med extra tre månader i väntan på nytaget blodtryck.

Vid misstanke om bieffekter

Misstanke om trombos: se ovan

Blodtrycksförhöjning: Om blodtrycket överstiger 140/90 konsultera läkare. Om blodtrycket överstiger 160 systoliskt respektive 110 diastoliskt, hänvisa akut till läkare vid vårdcentral eller akutmottagning. Gynekolog konsulteras, vid behov, avseende preventivmedelsbyte.

Huvudvärk som patienten inte känner igen: Om blodtrycket är normalt och inga neurologiska symtom finns kan preparatbyte ske. Om fortsatt huvudvärk, allmänläkarbedömning. Se ovan om svår, plötslig huvudvärk.

Generell klåda: Ta leverprover. Vid avvikelse, bedömning av gynekolog. Vid fortsatt klåda trots normala leverprover remittera patienten till vårdcentral.

Obs! Det finns sällan indikation för barnmorska att sätta ut kombinerat medel akut före läkarbedömning vid misstänkt bieffekt!

Vid blödningstrassel

- Om bortfallsblödningen uteblivit i två cykler rekommenderas graviditetstest. Det är ofarligt, och för många önskvärt, att inte blöda. Om patienten hellre vill ha bortfallsblödningar kan byte till ett mer östrogenprofilerat preparat göras.
- Vid nytillkomna blödningar: Uteslut graviditet, ta klamydiaprov, uteslut oregelbundet tablettintag. Hänvisa till eller konsultera gynekolog vid kvarstående blödningstrassel efter 3–4 månader. Om gynekolog inte misstänker sjukdom och blödningstrassel kvarstår kan byte till mer gestagenprofilerat preparat göras.

Ålder över 40 år

Risken för både arteriell trombos och VTE ökar med stigande ålder. Eventuell förstagångsförskrivning av kombinerad hormonell metod till

personer över 40 år ska göras i samråd med gynekolog. Barnmorska kan fortsätta förskrivning till frisk, icke-rökande person mellan 40 och 45 år, som saknar riskfaktorer och som använt metoden tidigare. Vid önskemål om fortsatt förskrivning efter 45 år konsultera gynekolog. Inför varje förskrivning görs noggrann genomgång av anamnesen.

Efter förlossning

Kombinerade hormonella metoder ska inte användas de första sex veckorna postpartum på grund av den ökade trombosrisken hos den nyförlösta. Kombinerad metod kan användas därefter oavsett om patienten ammar eller inte. Ingen påverkan har setts på vare sig produktionen av bröstmjölk eller barnet.

Patientinformation

Patientinformation Långcykelbehandling med P-piller Barnmorskemottagningar VGR.pdf

Ansvar

Mödrahälsovårdsöverläkare ansvarar för innehållet i riktlinjen. Områdeschefer och enhetschefer ansvarar för att riktlinjen implementeras och efterlevs.

Relaterad information

- Antikonception_behandlingsrekommendation (läkemedelsverket.se)
- Antikonception_bakgrundsdokumentation (läkemedelsverket.se)
- Terapigrupp Gynekologi - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen
- P-piller och tromboembolism, Terapigrupp Gynekologi, utvidgade terapiråd

Arbetsgrupp

Innehållsansvarig

Karin Jerhamre Sundh, mödrahälsovårdsöverläkare, Centralt

mödrahälsovårdsteam (CMHV), Regionhälsan.

Innehållsgranskare

Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan

Anna Trollstad, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Anna-Karin Broman, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Jenny Immerstrand, mödrahälsovårdsöverläkare, CMHV, Regionhälsan.

Godkännare

Maria Gjertsen, regionområdeschef, barnmorskemottagningar och gynekologi, Regionhälsan.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Barnmorskemottagning och gynekologi

Innehållsansvar: Karin Jerhamre Sund, (karje1), Överläkare

Granskad av: Anna Hagman, (annha67), Överläkare, Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare, Anna Trollstad, (anntr1), Överläkare, Jenny Immerstrand, (jenim1), Överläkare

Godkänd av: Maria Gjertsen, (marem2), Regionområdeschef

Dokument-ID: RHS9927-391389789-68

Version: 5.0

Giltig från: 2026-09-04

Giltig till: 2028-09-04