

Riktlinjer

Antikonception

2016



LANDSTINGET SÖRMLAND
Läkemedelskommittén

Stockholms läns landstings Riktlinjer Antikonception reviderade maj 2014, omarbetat av läkemedelskommitténs expertgrupp för gynekologi & urologi för Landstinget Sörmland.
Tryckt med tillstånd av Stockholms läns landsting.

Pearl Index

Pearl Index (graviditeter per 100 kvinnoår) för olika metoder vid perfekt användning. Dessutom anges graviditeter (%) under första året med olika metoder vid ”typisk” användning, såsom estimerats från uppgifter till National Surveillance of Family Growth i USA (modifierat från Trussell, 2011)

*enligt Praktisk preventivmedelsguide

Metod	Pearl index vid perfekt användning	Andel (%) kvinnor med oplanerad graviditet under första årets användning vid ”typisk” användning
Ingen metod	85	85
Manlig sterilisering	0,10	0,15
Kvinnlig sterilisering	0,5	0,5
Hormonspiral (den större)	0,2	0,2
Kopparspiral	0,6	0,8
Kombinerade p-piller	0,3	9
P-plåster	0,3	9
P-ring	0,3	9
P-spruta	0,2	6
P-stav	0,05	0,05
Mellanpiller (gestagen)	0,3	9
Lågdoserat gestagenpiller	1,1	>9
Pessar och spermiedödande gel	6	12
Cervixpessar*	13,5	22,8
Spermicider	18	40
Manlig kondom	2	18
Avbrutet samlag	4	22
Naturlig familjeplanering	3-5	24

Inledning

Säkra och lättillgängliga preventivmetoder är avgörande för att både kvinnor och män ska kunna styra över sin egen fertilitet och undvika oönskad graviditet. Det är en del av sexuell och reproduktiv hälsa.

Mottagningens tillgänglighet, både i form av öppna mottagningar och möjlighet att kunna erbjuda tidsbokat besök inom två veckor, är grundläggande för att uppnå hög kvalitet i preventivmedelsrådgivning och kunna tillgodose individuella behov. Lång väntetid och fördröjning av val av preventivmetod innebär ökad risk för oönskad graviditet.

På mottagningen är det också viktigt att det finns möjlighet att konsultera läkare vid behov. Alla preventivmedel innebär en mindre medicinsk risk än en graviditet. Efterfråga kvinnans individuella önskemål och synpunkter. Förutsättningen för att hon ska fortsätta med sitt preventivmedel ökar om hon känner sig delaktig i valet. Fråga även om hennes eventuellt tidigare erfarenheter av preventivmedel och varför hon slutade.

Motiverande samtal är en framgångsrik metod vid mötet med kvinnan om beteendeförändring gällande prevention av oönskad graviditet/STI är önskvärd. Det är viktigt att erbjuda kvinnan information om nya preventivmetoder. Långverkande reversibla preventivmetoder (LARC) förebygger oönskade graviditeter bäst. Påminn alla kvinnor över 23 år om gynekologisk cellprovtagning. Vid behov använd www.cytburken.se (är under införande i Sörmland). Informera om HPV-vaccination som är rabatterat för kvinnor upp till 26 år.

Hormonell preventivmedelspåverkan på miljön

Studier har påvisat hormoner i vattenmiljö. Åtgärder som minskar onödigt utsläpp av hormoner är viktiga. Patienter ska informeras om att p-ringar, p-plåster och andra hormonella läkemedel ej får spolras ut i avloppet. För läkemedelsavfall gäller att detta ska återlämnas till apotek eller till kommunens återvinningsstation.

Vid bedömning av preventivmedels miljöpåverkan ska ett flertal faktorer bedömas, t.ex. material, tillverkning, förpackning, transport, avfall/avfallshandtering, hållbarhet/varaktighet och metodens effektivitet. I dagens läge är kopparspiral det mest miljövänliga alternativet.

Ref: Blythe Diana, Green contraception, NIH

Dessa riktlinjer är baserade på:

Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer antikonception för hälso-och sjukvård 20140416

Kombinerade hormonella metoder

Besöksrutiner

Första besöket:

Medicinsk/sexualanamnes

Hereditet

Samtal om kvinnans reproduktiva livsplan

Blodtryck, längd och vikt. Då många kvinnor väger mer/mindre än vad de själva tror rekommenderas vägning på mottagningen som rutin för alla patienter.

Erbjudande om klamydiaprovtagning/STI-prover
Gynekologisk undersökning erbjuds
Erbjud cellprov om screeningprogrammet inte följs

Årliga uppföljningsbesök:

Kontroll av anamnes

Kontroll av hereditet

Samtal om kvinnans reproduktiva livsplan

Blodtryck, vikt/BMI kvinnan ska vägas på mottagningen

Erbjudande om klamydiaprovtagning/STI-prover

Gynekologisk undersökning vid behov

Erbjud cellprov om screeningprogrammet inte följs, använd www.cytburken.se

Aspekter på rådgivning och förskrivning

Följ Reklistan om kvinnan inte har egna önskemål.

- Om du väljer att frågå Reklistan dokumentera anledningen i journalen.
- Informera om positiva hälsoeffekter med kombinerade metoder: mindre mensmängd, mindre mensvärk, positiv skeletteffekt, visst skydd mot en del cancersjukdomar.
- Vid nyförskrivning kan kvinnan börja med sina p-piller/ring/plåster när som helst i menscykeln s.k. quick-start. Kompletterande skydd krävs i en vecka om hon inte börjar på första mensdagen. (Risken för blödningstrassel ökar, men får vägas mot risken för oönskad graviditet).
- Vid nyförskrivning rekommenderas blodtrycks-kontroll efter tre-sex månader.

- Vid nytillkomna blödningar uteslut infektion och oregelbundet tablettintag. Om ytterligare utredning krävs hänvisa till gynekolog.
- Om bortfallsblödningen uteblivit i två cykler gör en graviditetstest. Att ha amenorré är ofarligt men byt till ett mer östrogenprofilerat preparat om kvinnan önskar bortfallsblödningar.
- Informera om möjligheten till kontinuerlig behandling, s.k. långcykelanvändning med monofasisk kombinerad metod (att utesluta uppehåll/hormonfria tabletter). Detta innebär att säkerheten ökar. Att välja en kombinerad metod med kortare behandlingsuppehåll än sju dagar ökar också säkerheten.
- Informera kvinnan att hon ska uppge att hon använder p-piller/p-ring/p-plåster vid kontakt med sjukvården.
- Vid glömska: överstiger tablettuppehållet >36 timmar, behövs kompletterande skydd i en vecka. Ge PCA vid oskyddat samlag. Störst risk för graviditet i början och slutet av behandlingsperioden om det tablettfria uppehållet blir längre än 7 dagar.
- Om plåster/ringfri period >7 dagar, rekommenderas kompletterande skydd i en vecka. Ge PCA vid behov.
- Risken för hjärt-kärlsjukdomar ökar med stigande ålder och vid förekomst av andra riskfaktorer såsom rökning, hypertoni, obesitas och diabetes. Man har inte kunnat påvisa en riskökning för hjärt-kärlsjukdomar vid p-pilleranvändning hos friska kvinnor som inte röker och saknar kardiovaskulära riskfaktorer, även i åldrarna >40 år. Det finns där-

för inte någon anledning att avråda friska kvinnor >40 år utan andra riskfaktorer från fortsatt användning av kombinerad hormonell antikonception.

- Nyförskrivning av kombinerade metoder till kvinnor >40 år ska ske av läkare.
- Vid 45-års ålder hänvisas kvinnan till gynekolog om kvinnan vill fortsätta med kombinerad metod. Kvinna utan övriga risker kan dras som konsultärende för diskussion om framtida förskrivning med gynekolog. Informera även kvinnan om andra preventionsmetoder.
- Inför elektiv kirurgi bör kombinerad hormonell antikonception sättas ut fyra veckor före ingreppet och alternativa preventivmetoder övervägas, alternativt antikoagulantia sättas in. Uppmana kvinnan att rådgöra med ansvarig läkare.
- Både ammande och icke ammande kvinnor kan börja med kombinerade hormonella metoder tidigast 6 veckor efter förlossningen.
- Beakta kvinnans eventuella behov av att dölja sin preventivmedelsanvändning.

Kontraindikationer

- Anamnes på djup ven- eller artärtrombos
- Hereditet för djup ventrombos, förstagsgradsläktingar - föräldrar, syskon oavsett orsak
- Tidigare eller pågående bröstcancer
- Akut leversjukdom
- Anamnes på egen ischemisk hjärt-kärlsjukdom (TIA, stroke, angina pectoris, hjärtinfarkt)
- Koagulations- eller fibrinolysrubbnings såsom:

Antitrombin-brist, Protein C-brist, Protein S-brist, Faktor V Leiden mutation, APC-resistens utan F V Leiden, Protrombinmutation, Dysfibrinogenemi, Höga nivåer av Faktor VIII, Hyperhomocysteinemi, lupusantikoagulans, antifosfolipidsyndrom

- Familjär hyperlipidemi
- Egna sjukdomar i hjärtklaffar vilket innebär ökad risk för trombos
- Porfyri
- SLE
- Migrän med aura
- Hypertoni 140/90 eller högre och även behandlingskrävande hypertoni
- Rökande över 35 år
- Ulcerös Colit och Morbus Chron
- Uttalade varicer vilket innebär nedsatt venöst återflöde

Relativa kontraindikationer

- Hjärtinfarkt hos manlig förstegradssläkting före 55 år eller kvinnlig dito före 65 års ålder samtidigt med en eller flera riskfaktorer som ålder >35 år, rökning, reumatoid artrit, inflammatorisk tarmsjukdom m.m.
- Diabetes
- Fetma, BMI ≥ 30
- Epilepsi
- Menstruationsstörning
- Kronisk leversjukdom. Vid förskrivning av kombinerade metoder ska leverprover tas (ASAT, ALAT) och barnmorskan kan förskriva vid normala prover efter läkarkonsultation.

- Om det finns relativa kontraindikationer ska första-gångsförskrivning göras av gynekolog. Förnyat recept kan därefter förskrivas av barnmorska om patienten ej försämrats eller ändrat behandling.

Venös tromboembolism vid kombinerad hormonell antikonception

Risken för VTE är störst hos nya användare under det första året och allra högst under de första tre månaderna. Även efter ett uppehåll i användningen återkommer en förhöjd risk vid omstart med kombinerad hormonell antikonception. Vid flygning >8 timmar beakta risk för VTE. Informera om förebyggande åtgärder, det vill säga stödstrumpor, rörelse och rikligt med vätska. Uppskattad relativ risk (RR*) för VTE hos användare av kombinerade hormonella metoder (innehållande <50 µg etinylestradiol) med avseende på ingående gestagen.

Gestagen	Relativ risk
Levonorgestrel	Jämförelseprodukt
Norgestim/Noretisteron	1,0
Desogestrel/Drospirenon	1,5–2,0
Etonogestrel/Norelgestromin	1,0–2,0
Dienogest/Nomegestrolacetat	Ej fastställd

*RR =1,0 anger att risken för VTE jämfört med levonorgestrel varken är ökad eller minskad, medan RR = 1,5-2 innebär att risken för VTE är 1,5-2 gånger ökad jämfört med levonorgestrel.

Egen bröstcancer och hereditet för bröstcancer och hormonella metoder

Kvinnor som själva har eller har haft bröstcancer rekommenderas hormonfri antikonception.

Kvinnor som har förstegradssläkting med bröstcancer, med eller utan påvisad bröstcancer, kan använda alla preventivmedelsmetoder, inklusive hormonell antikonception. Kombinerad hormonell antikonception är att föredra före gestagen metod, då kombinerade metoder ger en skydds effekt mot ovarialcancer. Barnmorskan kan förskriva.

Vid stark oro hänvisas kvinnan till gynekolog.

Vikt och antikonception

Kvinnor som använder kombinerade p-piller ökar inte mer i vikt än kvinnor utan p-piller. Kvinnan ska vägas på mottagningen. Kvinnans vikt spelar sannolikt ingen roll för hormonella metoders effektivitet med undantag av lågdos gestagena tableter och PCA innehållande levonorgestrel. BMI ≥ 30 är en relativ kontraindikation för kombinerad hormonell antikonception. En kvinna som önskar en kombinerad metod och har ett BMI ≥ 30 ska i första hand introduceras till andra metoder. Om hon ändå önskar en kombinerad metod ska hon hänvisas till gynekolog vid ny-förskrivning. Om hon redan står på en kombinerad metod kan barnmorskan förlänga receptet i tre månader i avvaktan på gynekologtid.

Gestagena lågdospiller rekommenderas ej som förstahandsval till kvinnor med BMI ≥ 30 .

Kvinnor som genomgått fetmaoperation bör i första hand rekommenderas kopparspiral/hormonspiral eller p-stav. Om kontraindikationer saknas eventuellt p-spruta, p-ring eller plåster. Kvinnor som genomgått fetmaoperation bör helst planera en graviditet tidigast 12-18 månader efter operationen.

Angående akutpreventivmedel så har preparat innehållande levonorgestrel avtagande effekt efter 24 timmar medan ulipristalpreparat har bibehållen effekt i upp till 5 dygn. Även kopparspiral kan sättas in inom 5 dygn.

Antikonception till HIV-positiva kvinnor

Både hormon- och kopparspiral kan användas av hiv-positiva kvinnor. Barnmorskan kan förskriva och sätta in. Önskar kvinnan en kombinerad hormonell metod eller gestagen (undantag hormonspiral) hänvisas kvinnan till gynekolog bland annat pga. risken för interaktion. Pessar rekommenderas ej, då Nonoxynolgel kan öka risken för genitala lesioner vilket kan öka risken för smittöverföring.

Antikonception till kvinnor med psykisk ohälsa

För en kvinna med behandlingskrävande psykisk sjukdom är det extra viktigt att ha möjlighet att planera sitt föräldraskap.

Förskrivning av antikonception bör ske i samråd med behandlande läkare. Både koppar- och hormonspiral kan dock alltid rekommenderas. Flertalet av de antidepressiva läkemedlen kan väl kombineras med hormonella preventivmedelsmetoder och kan förskrivas av barnmorska. Även

sömnmedel och ångestdämpande läkemedel såsom diazepam/bensodiazipider och Propavan har ingen inverkan på hormonell antikonception och barnmorskan kan förskriva.

Kvinnor som önskar preventivmedel och besväras av lättare premenstruellt syndrom PMS kan man upplysa om att en del mår bättre av ett kortare eller inget tablettuppehåll s.k. långcykelanvändning. En del upplever också en viss förbättring av kombinerade p-piller innehållande drospirenon och etinylestradiol, även om det vetenskapliga underlaget är svagt. Kvinnor med uttalade PMS-besvär bör hänvisas till gynekolog för diskussion om andra behandlingar, t.ex. anti-depressiva läkemedel.

Gestagena metoder (hög-, mellan- och lågdos)

Besöksrutiner

Första besöket:

Samma rutiner som vid förskrivning av kombinerad hormonell antikonception. Blodtryckskontroll dock ej nödvändigt. Väg kvinnan på mottagningen. Lågdosgestagena piller ej lämpliga för kvinnor med BMI ≥ 30 . Kontrollera att kvinnan kan acceptera ett förändrat blödningsmönster vid förskrivning av gestagener. Ammande kvinnor kan börja med gestagena metoder direkt efter förlossningen. Vid nyförskrivning rekommenderas uppföljningsbesök vid behov.

Kontraindikationer för gestagena metoder

- Tidigare eller pågående bröstcancer
- Pågående leversjukdom

Relativa kontraindikationer

- Svår acne
- Anamnes på depression
- För P-spruta: ålder understigande 19 år
- Kronisk leversjukdom. Vid förskrivning ska leverprover tas (ASAT, ALAT) och barnmorska kan förskriva vid normala prover efter läkarkonsultation.
- Gäller även vid hormonspiral

Vad gäller läkarkonsultation för förskrivning vid relativa kontraindikationer se avsnitt kombinerade hormonella metoder.

Högdos (P-spruta)

Aspekter på rådgivning och förskrivning

- Inget förstahandspreventivmedel.
- Kan användas av kvinnor >19 år som inte har riskfaktorer, se relativa kontraindikationer p-spruta
- Rekommenderas ej till kvinnor som önskar återfå sin fertilitet snabbt efter avslutad antikonceptionsbehandling
- Vid BMI 35 kan det vara svårt att nå in till muskelvävnad, behov av lång nål
- Har dokumenterad effekt vid dysmenorré och endometriosrelaterad smärta
- Ger inte ökad risk för funktionella ovarialcystor
- Kvinnor >40 som önskar fortsätta med p-spruta kan erbjudas utglesning enligt:
40 år - var 4:e mån
45 år - var 5:e mån

50 år - var 6-8:e mån

>51 år - sluta

Om kvinnan får blödningar vid utglesning, överväg att åter ge injektion var 3:e månad.

Mellandos (piller och implantat)

Aspekter på rådgivning och förskrivning

Vid tablettglömska: överstiger uppehållet 36 timmar, behövs kompletterande skydd i en vecka. Ge PCA vid oskyddat samlag.

Insättning/uttag av p-stav:

Insättning av p-stav kräver vana. Skriftliga rutiner bör finnas. Barnmorska som har förskrivningsrätt och som genomgått adekvat utbildning har rätt att sätta in/ta ut p-stav för antikonception. Uteslut graviditet och vid behov ta ny graviditetstest tre veckor efter insättningen. Följ noga insättnings- respektive uttagsanvisningar. Om implantaten bedöms sitta djupt hänvisas patienten direkt till gynnottagning/SESAM-klinik.

Lågdos (piller och hormonspiraler)

Aspekter på rådgivning och förskrivning

Lågdosgestagena piller är ett bra alternativ till kvinnor med lägre fertilitet såsom ammande och kvinnor över 45 år men mindre lämpliga kvinnor med BMI ≥ 30 . Om tablettuppehållet vid glömska överstiger 27 timmar behövs kompletterande skydd i en vecka. Ge PCA vid oskyddat samlag.

För handläggning av hormonspiraler se avsnitt ”Spiral”.

Spiral

Kopparspiral (Nova T är den enda kopparspiralen som är CE-märkt och har god dokumentation) Hormonspiraler

Vid spiralinsättning:

- Medicinsk/sexualanamnes
- Gynekologisk undersökning
- Erbjud STI-provtagning till alla (om inga anamnestiska eller kliniska misstankar om infektion, kan spiralen sättas in utan att invänta provsvar)
- Uteslut graviditet
- Spiral kan sättas in när som helst i menscykeln under förutsättning att kvinnan ej är gravid. Om hormonspiral ej sätts in inom sju dagar efter första mensdagen så ska kompletterande skydd användas i en vecka.
- Om sondmått >10 cm eller < 6 cm sätt ej in spiral. Hänvisa kvinnan till gynekolog.
- Insättning tidigast 6 veckor postpartum. Insättaren bör vara rutinerad. Kvinnan bör informeras om den något ökade risken för perforation vid insättning postpartum (drygt en på tusen).
- Det finns ingen evidens för att ge kvinnan speciella förhållningsregler efter insättning
- Kvinnan bör informeras om en någon ökad infektionsrisk de första 20 dagarna efter insättningen

Uppföljningsbesök: Vid behov

Aspekter på rådgivning och handläggning

- Koppar- eller hormonspiral är ett utmärkt alternativ även till kvinnor som ej fött barn
- Innan insättning av spiral, kontrollera att kvinnan kan acceptera ett förändrat blödningsmönster

- Kopparspiral kan ge rikligare mens och hormonspiral kan ge amenorré
- Kvinnan kan, så till vida ingen kontraindikation finns, rekommenderas att ta antiflogistika (t.ex. Ibuprofen) innan insättning.
Om en graviditet inträffar skall spiralen snarast avlägsnas. En spiralgraviditet innebär en kraftigt ökad risk för sent missfall eller prematur förlossning. Om spiraltrådarna inte syns ska kvinnan hänvisas för snabb gynekologisk bedömning. Eftersom risken för extrauterin graviditet är ökad bör kvinnan rekommenderas ett gynekologbesök även om spiralen tagits bort.
- Om en kvinna har fått en kopparspiral insatt efter 40 års ålder, behöver den ej bytas. Spiralen ska extraheras 12 månader efter menopaus.
- Hormonspiral som utsöndrar 20 mikrogram/24 timmar insatt efter 45 års ålder kan sitta i sju år*
- Kvinnor med hormonspiral hänvisas till gynekolog vid perimenopaus (ca 48-52 år) vid byte
- Vid misstanke om infektion ska spiralen ej dras ut, tag STI prover och invänta svar därefter ev. hänvisa till gynekolog
- Har kvinnan haft samlag 5 dygn före uttag, finns risk för graviditet

*FSRH Guidance Intrauterine Contraception

Kontraindikationer

- Graviditet
- Pågående genital infektion

- Odiagnostiserade blödningar
- Uterusmissbildningar
- Pågående leversjukdom (endast hormonspiral)
- Tidigare eller pågående bröstcancer (endast hormonspiral)

Relativa kontraindikationer

- Rikliga menstruationsblödningar/svår dysmenorré (endast kopparspiral)
- Svår acne (endast hormonspiral)

Postcoital antikonception PCA

Aspekter på rådgivning och handläggning

Kopparspiral

- Den effektivaste akutpreventivmetoden
- Insättning kan ske upp till 120 tim (5 dygn) efter oskyddat samlag
- Kontraindikation gäller samma som vid reguljär användning av spiral
- En stor fördel är att kopparspiralen skyddar mot graviditet också vid upprepade samlag i samma cykel eller senare och innebär möjligheten till en långverkande och mycket effektiv preventivmetod

Ulipristal (UPA) och levonorgestrel (LNG)

- Rekommenderas om kvinnan haft oskyddat sex och glömt att ta p-piller >36 timmar (>27 timmar för lågdospiller). Hon ska sedan fortsätta med sina vanliga p-piller direkt, quick-start.
- UPA är förstahandsval på grund av bättre effektivitet än LNG

- UPA kan tas upp till 120 timmar efter samlag eller misslyckad preventivmedelsanvändning även om effektiviteten sannolikt är störst då tabletten tas inom de första 24 timmarna
- LNG effektivitet avtar kraftigt efter 72 timmar
- Vid behov kan upprepad behandling under samma cykel ges utan risk, risken för oregelbundna blödningar ökar
- Kompletterande barriärmetod skall användas 14 dagar vid UPA och 7 dagar vid LNG
- Kan användas vid amning
- Samtidigt bör preventivmedelsrådgivning ges, inget hinder finns för omgående start med p-piller s.k. quick-start
- Återbesök med graviditetstest inom 3-4 veckor och uppföljning av preventivmetod

Kontraindikation

- Känd överkänslighet mot preparatet
- Känd graviditet
- Vid svår leversjukdom bör försiktighet iakttas vid behandling med UPA

Andra metoder

Laktationsamenorrhémetoden (LAM)

Aspekter på rådgivning och handläggning

Amning skyddar mot en ny graviditet och fördröjer menstruationens återkomst. Modern forskning visar att amning

kan vara lika säkert preventivmedel som spiral och minipiller under förutsättning att dessa villkor uppfylls:

- Full amning inklusive nattamning, dvs. ingen ersättning ges till barnet
- Kvinnan har amenorré
- Gäller fram till att barnet är sex månader

Kondom

Aspekter på rådgivning och handläggning

Det enda reversibla preventivmedlet för män.

- Skyddar mot STI
- Är lättillgängligt
- Ska användas under hela samlaget och vid varje samlag
- Är rekommenderat vid tillfälliga sexuella kontakter
- Alla kondomanvändare bör informeras om och uppmanas köpa PCA för att ha som ”back-up” om man misslyckas med kondomen
- Femidom är en kvinnlig kondom som skyddar mot STI (fungerar även till MSM)

Pessar

Aspekter på rådgivning och handläggning

Slidpessar

- Gummi/silikonkupa som förs in i vagina så att den täcker portio

- Ska alltid kompletteras med spermiedödande medel
- Storleken provas ut av barnmorska eller läkare
- Vid utprovning skall kvinnan få möjlighet att själv både sätta in och ta ut pessar/provring
- Kan sättas in när som helst före samlaget och bör sitta kvar minst sex timmar och max 24 timmar efteråt

Cervixpessar

- Placeras direkt på livmodertappen
- Ska kompletteras med spermiedödande medel
- Kan sättas in när som helst före samlaget och bör sitta kvar minst sex timmar och max 48 timmar efteråt
- Kan beställas direkt på internet men kvinnan kan med fördel bokas in på mottagningen för utprovning och information

Alla pessaranvändare bör informeras om och uppmanas köpa PCA för att ha som ”back-up” om man misslyckas med pessaret. Utprovningsringar och pessar kan köpas via företagets hemsidor där det även finns användningsinstruktioner. Det finns olika spermiedödande medel, som kan köpas på internet. Apotek tillhandahåller Nonoxynol, som är en extempore beredning. Förskrivs av barnmorska.

Naturliga metoder

Naturlig familjeplanering innebär att samlag undviks under de dagar som kvinnan är fertil det vill säga fem dagar före, till och med dagen efter ägglossningen, så kallade säkra perioder. I en 28 dagars cykel inträffar ägglossningen oftast 14 + 2 dagar före nästa mens. Efter att ägglossningen inträffat stiger basaltemperaturen med 0,5 gr. Metoden kan förbättras genom att kvinnan regelbundet mäter morgontemperaturen och/eller med Billingmetoden, vilket innebär att kvinnan lär sig att undersöka sitt eget cervixsekret och känna igen de naturliga variationerna. Billingmetoden kan användas även vid oregelbundna menstruationer.

P-dator

Det finns olika typer av P-datorer. En modell fungerar genom att mäta hormoner i urinen och på så sätt kan kvinnan avgöra om hon är i en fruktsam period eller inte. En annan modell går ut på att kvinnan mäter sin basaltemperatur vid samma tidpunkt varje morgon innan hon gått upp ur sängen. Metoden är osäker då spermier kan leva upp till fem dagar. Det vill säga att kompletterande skydd måste användas fem dagar *före* ägglossning vilket förutsätter helt regelbunden menstruation.

