

Kontinuerlig bruk av kombinerte prevensjonspiller

- et alternativt doseringsregime flere burde

kjenne til

Maja Fosse
Kristine Halvorsen Skjerve
Diana Nuri
William Huan Ho
Oscar Martin Bae Mysen



Prosjektoppgave i kvalitet, ledelse og kunnskapshåndtering
ved det medisinske fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

2021

Fosse, Ho, Mysen, Nuri, Skjerve

2021

Kontinuerlig bruk av kombinerte prevensjonspiller

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Tema/problemstilling: Dette kvalitetsforbedringsprosjektet søker å øke kompetanse vedrørende kontinuerlig bruk av kombinerte prevensjonspiller (combined oral contraceptives, COCs) blant relevant helsepersonell. Vårt inntrykk er at det mangler konsensus rundt dette doseringsregimet, som er et trygt og nyttig alternativ til den vanlige sykliske bruken.

Kunnskapsgrunnlag: Kvalitetsforbedringsprosjektet vårt bygger på en retningslinje fra Faculty of Sexual and Reproductive Health, FSRH. Retningslinjen forteller oss at kontinuerlig bruk av kombinasjonspreparater kan redusere hyppigheten av bortfallsblødninger og symptomer knyttet til den hormonfrie uka. Ulempen er at man kan oppleve å få gjennombruddsblødninger. Kvinner bør få god informasjon om alternative doseringsregimer.

Tiltak: For å øke andelen av mikrosystemets (Maja.no, nettbasert helsetjeneste for kvinner) pasienter som er kjent med muligheten til å bruke p-piller kontinuerlig har vi introdusert følgende tiltak i Maja.no; øke kompetansen blant behandlende leger, publisere informasjonsartikkel, oppdatere informasjonsskriv ("prevensjonsguide") til pasienter.

Kvalitetsindikatorer: Strukturindikatorer: Er informasjonsskrivene oppdaterte? Finnes det rutiner som sikrer at legene er oppdaterte på nyeste kunnskap? Prosessindikatorer: Andel videokonsultasjoner der kontinuerlig bruk av p-piller blir diskutert. Resultatindikatorer: Andel av pasienter med kjennskap til det alternative doseringsregimet, andelen av pasienter som bruker p-piller kontinuerlig.

Ledelse/organisering: Mikrosystemet administrerer prosjektet med en intern ansvarsgruppe som vi kommuniserer med via daglig leder. Vi har utarbeidet forslag til plan og tiltak sammen med mikrosystemet. Videre har de stått for selve implementeringen av tiltakene. Resultatene fra spørreundersøkelsen kommer fortløpende og blir gjennomgått av oss, før vi rapporterer det til mikrosystemet etter endt prosjekt.

Konklusjon: Kunnskapsgrunnlaget viser at det er konsensus i internasjonale retningslinjer og at det er trygt å anbefale kontinuerlig bruk av kombinasjonspreparater. Det understøttes av norsk litteratur og faglig ekspertise, noe som indikerer at dette har en god overføringsverdi til det norske helsevesenet.

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn, tema og problemstilling	1
Kunnskapsgrunnlag	2
PICO-spørsmål	3
Søkestrategi	3
FSRH-retningslinje	4
Hva sier retningslinjen?	4
Hva bygger retningslinjen på?	6
Annen litteratur som underbygger kunnskapsgrunnlaget	7
Metodebok for seksuell helse	7
Veileder i gynekologi (2020)	7
WHO-håndbok: family planning	8
Vurdering av kunnskapsgrunnlaget	8
FSRH-retningslinje	8
Cochrane-oversikt	10
Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget	10
Dagens praksis, tiltak og indikator	11
Dagens praksis	12
Tiltak	13
Informasjon på nett	13
Opplæring av personell	13
Prevensjonsguide	14
Kvalitetsindikatorer	14
Strukturindikatorer	14
Prosessindikatorer	15
Resultatindikatorer	15
Prosess, ledelse og organisering	16
Ledelse og organisering	16
Måling av kvalitetsindikatorer	17

Struktur for gjennomføring av prosjektet	18
Planleggelse	18
Utførelse	18
Kontrollere	19
Korrigerings	19
Evaluering	19
Innføring i daglig drift	19
Forventet motstand	20
Diskusjon og konklusjon	22
Målet med prosjektet	22
Utfordringer vedrørende utvalgt litteratur	22
Hva sier kunnskapsgrunnlaget?	22
Elektronisk helseplattform – Pros and cons	23
Implementering av tiltak på en nettbasert helseplattform	23
Konklusjon	24
Litteraturliste	24
Vedlegg	25
Del II (beskrivelse og evaluering av gruppeprosessen)	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Intern, skal ikke lastes opp i DUO	Feil! Bokmerke er ikke definert.

1 Bakgrunn, tema og problemstilling

I vårt kvalitetsforbedringsprosjekt har vi valgt å fokusere på et tema, som på tross av økende aktualitet, fortsatt er myteomspunnet – nemlig kvinnehelse. Oppgaven dreier seg om kvinnelig prevensjon, som stadig er omdiskutert, og menstruasjon, som stadig er tabubelagt. Nærmere bestemt handler vår problemstilling om å øke kunnskap om kontinuerlig bruk av kombinerte prevensjonspiller (combined oral contraceptives (COCs)) som et alternativt doseringsregime til den vanlige sykliske bruken. Dette da det er en like trygg og akseptert bruksmåte, men som i tillegg gir mulighet til å «hoppe over mensene» på ubestemt tid.

Ideen kom til oss etter at vi selv ble undervist om prevensjon av professor i gynekologi Anne Flem Jacobsen og dr. Marius Johansen (redaktør for Metodebok for seksuell helse, Norges største medisinske håndbok om prevensjon) på modul 6. Her ble det understreket at kontinuerlig bruk av COCs ikke var ny kunnskap (1), men ikke utbredt kunnskap heller. Selv hadde samtlige i nåværende gruppe 7 aldri hørt om alternativet, og i likhet med flere trodd at det kunne være farlig å ikke ha menstruasjon med jevne mellomrom. Dette ble ytterligere fremhevet i modul 7, da vi møtte fastleger som ikke var kjent med muligheten. Av disse grunnene så vi KLoK-oppgaven som en anledning til å øke kompetansen vedrørende kontinuerlig bruk av COCs.

Problemstillingen vår, som på mange måter er «gammelt nytt», har vært problematisert flere ganger tidligere, blant annet av forskning.no (2) og NY times (3), men likevel ser det ikke ut til å ha nådd frem til de det gjelder.

Så, hvorfor er ikke kunnskapen allerede kjent? Svaret på spørsmålet er nok komplekst, med røtter i tradisjon og kultur, som forfatteren av NY-times-artikkelen påpeker. En misoppfatning om at blodet hopper seg opp i kroppen eller at det rett og slett er «unaturlig» å ikke menstruere ser ut til å dominere.

Hvorfor er det viktig? For 50% av verdens befolkning innebærer det å kunne slippe håndtering av eksempelvis bind, tamponger, gjennomblødninger, mensensmerter og PMS. Videre er det en subpopulasjon av kvinner, på hele 10% (4), som har diagnosen endometriose, hvor hovedsymptomet er dysmenore. For dem er dette behandlingsalternativet muligens en redning.

Hvordan spre kunnskapen? I håp om å formidle informasjonen vi selv hadde ervervet, grublet vi lenge på hvordan vi kunne nå frem til flest mulig kvinner innenfor prosjektoppgavens begrensede tidsrammer. Til slutt fant vi frem til det optimale kliniske mikrosystemet for nettopp dette formålet, nemlig Maja.no; en innovativ digital helseplattform rettet spesifikt mot kvinnehelse og prevensjon.

2 Kunnskapsgrunnlag

Kvalitetsforbedringsprosjektet vårt bygger hovedsakelig på en retningslinje fra FSRH guideline: Combined Hormonal Contraception (5) fra 2019, som er godkjent av National

Institute for Health and Care Excellence (NICE). I Norge har vi ingen slik nasjonal retningslinje for prevensjonsmidler, men et viktig oppslagsverk for helsepersonell innen fagfeltet er Metodebok for seksuell helse (6). Denne er utarbeidet ved sex og samfunn, og underbygger vårt kunnskapsgrunnlag. Det samme gjør også veileder i gynekologi (7) fra 2020. Felles for alle disse kildene er at de i stor grad baserer seg på en Cochrane-oversikt fra 2014 (1) når det kommer til temaet kontinuerlig bruk av kombinasjons-p-piller. Denne oversikten sammenligner kontinuerlig og langsyklisk bruk av kombinasjonspreparater (eg. p-piller, p-ring og p-plaster), versus tradisjonell syklisk bruk av disse. Derfor vil vi også kommentere langsyklisk bruk i den kritiske vurderingen av kunnskapsgrunnlaget som følger.

2.1 PICO-spørsmål

Søkestrategien i denne oppgaven ble todelt. Det ble først gjennomført et systematisk litteratursøk og deretter ble faglig ekspertise kontaktet for ytterligere veiledning og råd.

Oppgaven ble innledet med følgende PICO-spørsmål.

P	Kvinner som bruker "combined oral contraceptives" "COC"
I	Kontinuerlig bruk "continuous use"
C	Regelmessig pause hver mnd "Cyclic use "
O	Mindre plager med dysmenore Pasienttilfredshet Bedre preventiv effekt Mindre menstruasjonsrelaterte plager

2.2 Søkestrategi

Ved hjelp av PICO-spørsmålet ble det søkt i Pyramidesøket på helsebiblioteket.no. Det ble søkt med følgende søkeord "combined oral contraceptives" og "continuous use". Dette resulterte i 77 treff på kliniske oppslagsverk, 1 treff på systematiske oversikter og 2 kvalitetsvurderte studier. Fra dette søket ble kun den systematiske oversikten vurdert som særdeles relevant for oppgaven (1).

Søket i McMaster PLUS resulterte kun i én systematisk oversikt, datert til 2014. Øvrige artikler ble ekskludert fra oppgaven på grunn av manglende relevans. Det ble ikke funnet noen relevante nyere RCTer eller systematiske oversikter. Som følge av det noe mangelfulle søkeresultatet ble faglig ekspertise i Norge kontaktet for videre veiledning. Etter kontakt med gynekolog og professor Anne Flem Jacobsen og stipendiat Marius Johansen ble følgende litteratur anbefalt: FSRH (5), WHO Family Planning (8) og nyrevidert veileder i gynekologi (7). Alle disse baserte seg igjen på den ene systematiske oversikten vi fant ved pyramidesøket. Videre kontaktet vi administrerende redaktør for Cochrane Fertility Regulation for å forsikre oss om at det ikke var kommet noe nyere litteratur på området, noe det ikke var.

2.3 FSRH-retningslinje

Retningslinjen er utarbeidet ved fakultetet for seksuell og reproduktiv helse (FSRH) ved Royal College of the Obstetricians and Gynaecologists. Retningslinjen er godkjent av NICE, som er anbefalinger for klinisk praksis i England. Retningslinjen tar for seg bruken av kombinasjonspreparater syklisk (standard regime) sammenliknet med langsyklisk og kontinuerlig bruk.

2.3.1 Hva sier retningslinjen?

Ved å bruke kombinasjonspreparater kontinuerlig kan kvinner unngå symptomer knyttet til bortfallsblødninger og potensielt redusere risikoen for uønskede graviditeter. Kontinuerlig bruk er like trygt og effektivt som vanlig syklisk bruk. Den eneste ulempen er at blødningsmønsteret kan bli forutsigbart, slik at man kan få gjennombruddsblødninger. I tabellen under ser man anbefalingene retningslinjen kommer med når det gjelder kontinuerlig bruk:

How is CHC used?

Key information



Tailored combined hormonal contraceptive (CHC) regimens can reduce the frequency of withdrawal bleeds and can reduce withdrawal symptoms associated with the hormone-free interval (HFI); however, unscheduled bleeding is common.

Clinical recommendations



Women should be given information about both standard and tailored CHC regimens to broaden contraceptive choice.



Women should be advised that use of tailored CHC regimens is outside the manufacturer's licence but is supported by the Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH).



Women should have access to clear information (either written or digital) to support tailored CHC use.

Videre skriver retningslinjen mer inngående om kontinuerlig bruk:

Preventiv effekt: Det er begrenset med data fra studier med graviditet som et utfallsmål, men det finnes indirekte data fra studier som ser på ovarieaktivitet ved ulike regimer. Dette viser at kontinuerlig bruk teoretisk sett forventes å redusere risikoen for ovulasjon og dermed graviditet.

Trygt å bruke? Det er ikke sett noen alvorlige bivirkninger knyttet til kontinuerlig bruk av kombinasjonspreparater. Imidlertid mangler det data som direkte sammenligner risiko for kardiovaskulære hendelser og kreft mellom standard regime og kontinuerlig bruk.

Blødningsmønster: I de fleste studier er blødningsmønsteret likt eller forbedret ved kontinuerlig bruk sammenliknet med standard regime. Studiene viser at antallet blødningsdager vanligvis er færre ved kontinuerlig bruk sammenliknet med syklisk bruk, men at man kan oppleve en økning i antall gjennombruddsblødninger de første månedene. Dette forbedrer seg imidlertid med tiden.

Menstruasjonsplager: Symptomer som hodepine, bekkenmerter, oppblåsthet og ømme bryster forekommer hovedsakelig i pausen fra hormonpreparatet ved standard syklisk bruk. Studier viser at disse menstruasjonsplagene forbedres ved kontinuerlig bruk av kombinasjonspreparater. Samtidig kan også kontinuerlig bruk lette på premenstruelle symptomer.

Tilfredshet: studier viser at kontinuerlig bruk er et akseptabelt alternativ til standard syklisk bruk for mange kvinner.

2.3.2 Hva bygger retningslinjen på?

En viktig kilde til FRSH-retningslinjen er en systematisk oversiktsartikkel fra Cochrane (Edelman et al., 14). Oversiktsartikkelen har inkludert 12 RCT'er som tar for seg kombinasjonspreparater brukt syklisk sammenliknet med både langsyklisk og kontinuerlig bruk. De ulike studiene har store forskjeller i hvilke preparater som er brukt, regime og hvilke utfall som blir målt. Dermed har ikke oversiktsartikkelen kunnet lage metaanalyse.

Pasienttilfredshet: Pasienttilfredshet ble rapportert i 10 av studiene. I en studie hvor man sammenliknet bruken av P-piller i 28-dagers syklus med 70-dagers syklus i et år, rapporterte 63% at de foretrakk 70 dagers syklus. Dette var deltakere som hadde brukt P-piller syklisk før studien startet. Flere studier viste ingen signifikant forskjell i tilfredshet mellom syklisk bruk og langsyklisk/kontinuerlig bruk, men to studier viste tendens til høyere tilfredshet blant de med kortere syklus.

Frafall grunnet blødningsproblemer: Fem RCT'er viste økt frafall grunnet blødningsproblemer ved langsyklisk/kontinuerlig bruk sammenliknet med standard syklisk bruk. Resten av studiene viste ingen forskjell.

Graviditet: Ingen av studiene var adekvat utformet for å måle dette. Det ble imidlertid ikke funnet noen forskjell med unntak av en studie som fant færre graviditeter blant de som brukte kontinuerlig regime (OR 0.1; 95% CI 0.02 to 0.97).

Blødningsmønster: Blødningsmønster ble målt i alle studiene. De rapporterte imidlertid blødningen noe ulikt, noen med blødning og spotting hver for seg, mens andre rapporterte disse sammen. Fire av studiene viser ingen forskjell mellom gruppene når blødning og spotting blir sett under ett, men hvor man ser en reduksjon ved langsyklisk/kontinuerlig regime når man ser på antall blødningsdager alene. Flere andre RCT'er viser også at antall dager med bortfallsblødning var færre blant de med kontinuerlig regime. Spotting kan derimot tendere til å øke ved langsyklisk/kontinuerlig bruk, men det ser ut til at dette kan forbedre seg over tid.

Menstruasjonsplager: En studie som undersøkte bruken av P-piller i 28-dagers syklus sammenliknet med 168-dagers syklus i 6 mnd viste en signifikant nedgang i dysmenore, hodepine, kvalme og akne ved lengre syklus. Andre studier viser også en nedgang i hodepine og dysmenore ved langsyklisk/kontinuerlig bruk.

Bivirkninger: To av RCT'ene rapporterte om alvorlige bivirkninger som sannsynligvis var knyttet til bruken av kombinasjonspreparater. Anderson et al rapporterte om tre hendelser: lungeemboli (ved 91-dagers syklus), cholecystitt (ved 28-dagers syklus) og forverring av depresjon (ved 28 dagers syklus). Miller et al (2005) rapporterte også om tre uheldige hendelser: Cholecystitt med cholelithiasis (49-dagers syklus), Leiomyom (364-dagers syklus) og DVT (91-dagers syklus). Pasienten som fikk DVT viste seg imidlertid å ha Protein S mangel og antiokardiolin antistoffer.

2.4 Annen litteratur som underbygger kunnskapsgrunnlaget

2.4.1 Metodebok for seksuell helse

Metodebok for seksuell helse er et oppslagsverk for helsepersonell som jobber innen dette fagfeltet. Metodeboken tar for seg tema som prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer og annen tematikk innenfor seksuell og reproduktiv helse.

Metodeboken skriver at studier ikke har vist noen fordeler med en hormonfri uke, og at det heller ikke er påvist negative bivirkninger ved kontinuerlig bruk av kombinasjonspreparater utover 3 uker. Det kan derimot være fordelaktig å bruke kombinasjonspreparater kontinuerlig. Blant annet kan man med stor sikkerhet si at det er tryggere å bruke preparatet kontinuerlig. Hos P-pillebrukere oppstår de fleste svangerskap i tilknytning til den pillefrie uka, og dermed vil det antagelig være sikrere jo færre pillefrie uker kvinnen tar. En annen fordel med kontinuerlig bruk er at det kan hjelpe mot menstruasjonsplager, f.eks. hodepine som noen plages med i den hormonfrie uka.

Kvinnen kan velge å bruke kombinasjonspreparatet kontinuerlig til hun begynner å blø for deretter å ta en pause på 4-7 dager før hun begynner med hormoner igjen. Metodeboka skriver videre at det er viktig å informere kvinnen om at lengre tids amenoré, som er vanlig ved kontinuerlig bruk av kombinasjonspreparater, ikke er skadelig.

2.4.2 Veileder i gynekologi (2020)

Norsk gynekologisk forening har nå kommet med en ny nasjonal veileder i gynekologi (2020). Her skriver de at «kvinnen bør informeres om at forlenget syklus (hoppe over syklus i 2 eller 3 mnd.) eller kontinuerlig administrering (kontinuerlig inntak der en ved gjennombruddsblødning tar en pause på 4-7 dager) er trygt og reduserer blødning»

2.4.3 WHO-håndbok: family planning

«Family planning» er en global håndbok publisert av WHO i 2018. Denne håndboken er viktig steg på veien for universell tilgang på informasjon og helsetjenester av god kvalitet.

Håndboken beskriver fordelene med å bruke P-piller kontinuerlig – at man slipper å ha menstruasjon og at det reduserer menstruasjonssplager. Ulempene er derimot at mange opplever uregelmessige blødninger opptil det første halve året, særlig dersom man ikke har stått på kombinasjonspreparater tidligere. En annen ulempe er et kostnadsspørsmål, ved at man trenger 17 pakker i året istedenfor 13.

2.5 Vurdering av kunnskapsgrunnlaget

2.5.1 FSRH-retningslinje

Vi har fulgt Helsebibliotekets sjekklister for kritisk vurdering av faglige retningslinjer (9) for å vurdere om retningslinjen fra FSRH er pålitelig. Denne sjekklisten er basert på det anerkjente kvalitetsvurderingsverktøyet AGREE II.

Avgrensning og formål: Formålet med retningslinjen kommer tydelig fram: den skal oppsummere tilgjengelig evidens og ekspertuttalelser på kombinasjonspreparater. Retningslinjen skal veilede helsepersonell i klinisk praksis, men ikke tjene alene som en standard for medisinsk behandling eller erstatte klinisk skjønn i enkeltsaker. Det kommer ikke frem noe tydelig PICO-spørsmål i retningslinjen.

Involvering av interessenter: Utarbeidelsen av retningslinjen skjedde ved hjelp av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra flere relevante faggrupper (gynekologer, spesialister i seksuell og reproduktiv helse, spesialsykepleier, professor, fastlege mfl.). Arbeidsgruppen besto også av to pasientrepresentanter, samt tjenestebrukere fra to helseinstanser innen seksuell og reproduktiv helse.

Metodisk nøyaktighet: Retningslinjen ble utarbeidet i samsvar med FSRH sin standard metode for utvikling av kliniske retningslinjer (10). Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget. Det kommer tydelig fram hvilke databaser som er benyttet og tidspunkt for søkene, men søkeord og inklusjonskriterier kommer ikke fram. Videre ble også to retningslinjedatabaser brukt for å sikre at de ikke hadde gått glipp av viktig evidens. Metoden brukt i utviklingen av denne retningslinjen er blitt godkjent av NICE (National Institute for Health and Care Excellence)

Retningslinjen benytter seg av GRADE (11) en metode for å vurdere kvaliteten på evidens og styrke av anbefalinger. Dermed kommer styrker og svakheter i retningslinjen og kunnskapsgrunnlaget tydelig fram.

A	At least one meta-analysis, systematic review or randomised controlled trial (RCT) rated as 1++, and directly applicable to the target population; <i>or</i> A systematic review of RCTs or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results.
B	A body of evidence including studies rated as 2++ directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; <i>or</i> Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+.
C	A body of evidence including studies rated as 2+ directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; <i>or</i> Extrapolated evidence from studies rated as 2++.
D	Evidence level 3 or 4; <i>or</i> Extrapolated evidence from studies rated as 2+.
✓	Good Practice Point based on the clinical experience of the guideline development group.

Helsemessige fordeler, bivirkninger og annen risiko knyttet til implementering av retningslinjen er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av retningslinjen. Det samme er også mulige finansielle og organisatoriske barrierer som helsepersonell kan støte på i implementeringen av anbefalingene.

Det er beskrevet prosedyre for oppdatering av retningslinjen. Kliniske retningslinjer fra FSRH blir rutinemessig oppdatert 5 år etter publikasjon. Oppdatering kan også settes i gang dersom det er tilkommet ny evidens som har stor betydning for anbefalingene.

Klarhet og presisjon: Retningslinjen tar for seg et bredt tema, men det er lett å finne fram til de relevante anbefalingene. Evidensen og anbefalingene presenteres med GRADE, og de er spesifikke og tydelige. De anbefalingene som omhandler alternative regimer har ikke fått GRADE A-D, men er merket som god praksis basert på klinisk erfaring.

Anvendbarhet: Det er flere faktorer som kan hemme bruken av kombinasjonspreparater kontinuerlig. For det første står det ingen ting om denne typen bruk i pakningsvedlegget. Retningslinjen anbefaler at helsepersonell informerer pasientene om at selv om dette ikke står i pakningsvedlegget, er det støttet av FSRH. En annen faktor som kan hemme bruken er myter og tradisjon knyttet til menstruasjon. Retningslinjen skriver at den tradisjonelle syklusen 21/7 ble laget for å indusere en månedlig blødning som skulle etterligne den naturlige

menstruasjon, men at det ikke er noen helsegevinst med en månedlig blødning. På den andre siden er det lett å innføre kontinuerlig bruk, det krever bare at helsepersonell har kunnskapen som trengs for å gi god informasjon. Videre beskriver retningslinjen hvilke alternative regimer man kan følge, og hvordan disse gjennomføres. Det som ikke beskrives i retningslinjen er det økonomiske perspektivet hos kvinnen som trenger økt mengde medikament ved kontinuerlig bruk (17 pakker istedenfor 13)

Interessekonflikter: Det er ingen interessekonflikter blant de som deltok i utviklingen av retningslinjen. FSRH er en veldedig organisasjon som finansierer utviklingen av sine kliniske retningslinjer selv.

2.5.2 Cochrane-oversikt

Cochrane-oversikten ble kritisk vurdert vha. helsebibliotekets sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel (12). Denne er inspirert av «10 questions to help you make sense of a review» fra CASP

Oversikten har et klart formulert formål hvor det tydelig fremkommer hvilken populasjon det er snakk om, hvilket tiltak som gis til intervensjonsgruppen sammenliknet med kontrollgruppen og hvilke utfall som vurderes. Søkestrategien blir nøye forklart, og flere ulike søkemotorer blir benyttet. Det fremkommer hvilke søkeord som ble benyttet ved de ulike søkemotorene, og når søket ble gjennomført, samt tidspunkt for oppdatert søk.

Oversiktsartikkelen har klare definerte inklusjonskriterier og begrunner nøye hvorfor ulike studier ikke har blitt inkludert. Kun RCTer ble inkludert. Seleksjonen skjedde ved hjelp av to uavhengige parter. Det gis opplysninger om sammenlignbarhet i de ulike populasjonene.

Grunnet store variasjoner mellom de ulike inkluderte RCTene blant annet når det kommer til type preparat, doseringsregime og definisjoner av blødninger (bortfallsblødning og spotting), kunne det ikke gjøres en meta-analyse. Resultater fra hver enkelt studie er imidlertid oppgitt, hvor Peto odds ratio med 95% konfidensintervaller ble utregnet for alle dikotome utfall.

2.6 Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

FSRH-retningslinjen fremstår å være av god kvalitet. Innholdet i retningslinjen stemmer overens med det vi finner i norsk litteratur, særlig i metodebok for seksuell helse, selv om dette ikke regnes som en retningslinje. Det er altså konsensus om kontinuerlig bruk i metodebøker og retningslinjer. FSRH-retningslinjen bruker GRADE for å vurdere anbefalingene. Når det kommer til kontinuerlig bruk av kombinasjonspreparater, er ikke

kunnskapsgrunnlaget godt nok til å bruke GRADE, og derfor brukes anbefalingen «Good Practice Point». Altså regnes det som god klinisk praksis basert på erfaring fra forfatterne av retningslinjen. Det eneste unntaket er når det kommer til endometriose, hvor kontinuerlig regime har fått GRADE A, evidens 1++.

Retningslinjen fremstiller ingen av alternativene (syklisk eller langsyklisk/kontinuerlig) som bedre enn den andre, men sier at kontinuerlig bruk kan være et godt alternativ hos mange kvinner, og at det derfor er viktig at kvinnen får informasjon om muligheten. På denne måten kan kvinnen selv bestemme hva som passer henne best.

3 Dagens praksis, tiltak og indikator

3.1 Dagens praksis

Maja.no er en helt ny, heldigital helseplattform innen kvinnehelse. Maja.no ble startet i begynnelsen av 2020 og deres visjon er å forenkle og tilgjengeliggjøre medisinsk behandling og rådgivning for kvinner og samtidig opprettholde et faglig høyt og spesialisert nivå. Plattformen tar utgangspunkt i behandling av seksuelt overførbare sykdommer, urinveisinfeksjoner og hudtilstander, samt behandling med prevensjonsmidler og vaksiner. Målet er at pasientene ikke skal trenge å ta seg fri fra skole og jobb for å besøke lege i tilfeller der dette ikke er medisinsk nødvendig. Helsehjelpen skjer på bakgrunn av digital innsendelse av et bestillingsskjema for resept, innen fagområdet der kvinnen ønsker behandling. Ved bestilling av resept for prevensjonsmidler innebærer skjemaet inngående spørsmål knyttet til hva pasienten ønsker å oppnå med sin behandling med prevensjonsmidler, samt risikofaktorer og bivirkninger. Innholdet i bestillingsskjemaet blir vurdert av en lege og resulterer i et egnet behandlingsforslag med utskrivelse av resept. Ved utskrivelse av resept for p-piller får pasienten tilsendt en standardisert “prevensjonsguide” med informasjon om p-piller og hvordan disse kan brukes (Vedlegg 1). Deretter tilbys videokonsultasjon inkludert i prisen, der pasienten kan ta opp spørsmål om alternative doseringsregimer, bivirkninger og generelt alt man skulle lure på.

Maja.no har åpne informasjonsartikler på sine nettsider, samt informasjonsposter på sosiale medier hvor de informerer om muligheten til å utsette menstruasjon, med opp til 14 dager, eller hoppe over menstruasjon i situasjoner der dette er ønskelig. Det er derimot manglende informasjon om kontinuerlig bruk av p-piller i deres forslag til behandlingsalternativer. Også i “prevensjonsguiden” som tilsendes pasientene som får resept på p-piller gjennom Maja.no, vist i vedlegg 1, er det manglende informasjon om muligheten til kontinuerlig bruk av p-piller. Det er tydelig at kontinuerlig bruk av p-piller ikke inngår som et standard behandlingsalternativ gjennom Maja.no, forut for dette kvalitetsforbedringsprosjektet.



Figur 1: Fiskebensdiagram; mulige årsaker til at kontinuerlig bruk av p-piller er lite utbredt.

3.2 Tiltak

For å øke andelen av Maja.no sine pasienter som er kjent med muligheten til å bruke p-piller kontinuerlig, og dermed kan velge et behandlingsalternativ skreddersydd for seg har vi lagt frem flere alternative tiltak for ledelsen i Maja.no.

3.2.1 Informasjon på nett

Både Maja.no sine nåværende og fremtidige pasienter, samt øvrige publikum kan finne informasjon om bruk av p-piller på Maja.no sine informasjonskanaler på deres nettsider og sosiale medier. Det vil være nyttig å oppdatere tidligere informasjonsartikler slik at de presiserer at kontinuerlig bruk av p-piller også er en trygg mulighet og et alternativ til andre, sykliske forbruk. Dessuten vil en egen informasjonsartikkel som nærmere tar for seg fordeler og ulemper ved kontinuerlig bruk, samt hvordan kontinuerlig administrering av p-piller foregår, kunne øke bevisstheten om denne muligheten blant Maja.no sine egne pasienter og befolkningen. Vi fikk utformet en slik artikkel, som ble publisert på Maja.no sine hjemmesider den 19. februar.

3.2.2 Opplæring av personell

Legene på Maja.no som vurderer bestillingskjemaene har daglige morgenmøter. Her vil det bli informert om at kontinuerlig bruk av p-piller er et like trygt alternativ som annen

administrering av p-piller og at dette er et alternativ som bør foreslås for relevante pasienter. Legene på Maja.no skal altså fra og med 3. mars, på oppfordring fra oss, ta opp kontinuerlig bruk av p-piller som et alternativ i alle lege-pasientkontakter der oppstart, eller endring av p-pillebruk er tema.

3.2.3 Prevensjonsguide

Som nevnt i kapittel 3.1 sender Maja.no ut et informasjonsskriv - “prevensjonsguiden” (vedlegg 1). Dette er den primære informasjonskilden til viktige medisinske opplysninger vedrørende p-piller for pasienter som benytter seg av reseptforskrivning fra Maja.no. Vi har fått revidert denne guiden (vist i vedlegg 2). Tillegget er vist i utdrag 1.

Det er også mulig å ta p-piller kontinuerlig uten pause. Dette er helt ufarlig og kan for mange være svært hensiktsmessig, spesielt om man plages med PMS, endometriose, mensensmerter og store menstruasjonsblødninger.

Utdrag 1.

3.3 Kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator er av helsedirektoratet definert som et indirekte mål, som sier noe om kvaliteten på det området man ønsker å måle. De tar utgangspunkt i et, eller flere dimensjoner av kvalitet og kan for eksempel måle en helsetjenestes tilgjengelige ressurser, pasientforløp og resultat av helsetjenesten for pasienten. Kvalitetsindikatorer kan samlet gi et bilde av kvaliteten i helsetjenesten (13). Man deler gjerne kvalitetsindikatorer i tre typer:

3.3.1 Strukturindikatorer

Strukturindikatorer beskriver rammene og ressursene som ligger til grunn for helseforetaket. Dette gjelder blant annet kunnskap og kompetanse blant helsepersonellet, tilgjengelig utstyr og fasiliteter.

Formålet med denne oppgaven er å øke bevisstheten vedrørende kontinuerlig bruk av p-piller som et alternativ, slik at et mest mulig skreddersydd behandlingsprogram kan tilbys til pasientene. En viktig prosess i denne oppgaven er å øke helsepersonellens kunnskap om at kontinuerlig bruk av p-piller er et trygt alternativ. For å få til dette er det viktig at rutiner for opplæring av nåværende og eventuelt nytt personell er på plass. Dessuten er det nødvendig at

informasjonen som vises, eller utgis fra Maja.no sine informasjonsveier er oppdaterte og stemmer overens med de nyinnførte rådene. Våre strukturindikatorer blir som følger:

- Er informasjonen som benyttes og gis ut fra Maja.no oppdatert?
- Foreligger det tilstrekkelig gode rutiner for opplæring av de ansatte, inkludert nyansatte? (Ikke vurdert i piloten, men kan være nyttig å vurdere til senere)
- Er de ansatte kjent med kunnskapsgrunnlaget knyttet til kontinuerlig bruk av p-piller og vet at dette skal legges frem som et mulig alternativ for sine pasienter.

3.3.2 Prosessindikatorer

Prosessindikatorer beskriver ulike prosesser som utføres/foregår innen helseforetaket. Det er et mål på aktiviteter i pasientforløpet, som for eksempel utført diagnostikk, forebygging, kommunikasjon og behandling.

Det er ikke noe mål i seg selv at flest mulig skal benytte seg av kontinuerlig bruk av p-piller, men det er viktig at pasienten blir informert om denne muligheten gjennom kontakten med helsevesenet, og at denne muligheten foreslås der det kan virke hensiktsmessig. Vi ønsker dermed å måle andelen av lege-pasientkontaktene der denne muligheten har blitt tatt opp og informert om. Alle pasientene får allerede tilsendt prevensjonsguiden ved forskrivelse av resept. Vi ønsker derfor å evaluere andelen av de frivillige videokonsultasjonene hvor muligheten for kontinuerlig bruk blir tatt opp. Prosessindikatorene vi ønsker å følge med på er dermed:

- Andel av pasienter som får med seg informasjon om kontinuerlig bruk av p-piller (Alle får prevensjonsguiden ved bestilling av resept på p-piller, så dette er altså ikke nødvendig å måle.)
 - Hvor mange leser egentlig prevensjonsguiden ved reseptbestilling? (Dette er ikke vurdert i piloten, men kan være nyttig for Maja.no å vurdere til senere.)
- Andel videokonsultasjoner om prevensjonsmidler, der kontinuerlig bruk av p-piller blir diskutert.

3.3.3 Resultatindikatorer

Resultatindikatorer er et mål på pasientens nytte, eventuelt ulempe av behandlingen innen gjeldende helsetjeneste. Dette kan innebære alt fra kunnskap hos pasienten om egen helse og egenbehandling, pasienttilfredshet og endringer i biokjemiske markører som indikator for endring av helse og sykdom, til endringer i overlevelse blant pasientgruppen.

Ettersom det ikke er bevist at kontinuerlig bruk av p-piller er bedre enn annen bruk, men derimot at det finnes fordeler og ulemper med alle metodene for å administrere p-piller har vi ikke som mål at flest mulig skal benytte p-piller. Derimot er det ønsket at flest mulig kjenner til muligheten, slik at de eventuelt kan velge dette, dersom pasienten, med eller uten anbefaling fra helsepersonell, tror at dette kan passe best for seg. Av resultatindikatorer er vi derfor interessert i å se på hvor mange flere pasienter som kjenner til denne muligheten som et resultat av forbedringsprosjektet. Videre vil det være interessant å måle tilfredsheten blant pasientene som har fått forskrevet sine p-piller til kontinuerlig bruk. Resultatindikatorerne vi ønsker å følge med på er dermed:

- Andelen av pasientene som kjenner til at kontinuerlig bruk av p-piller er en trygg måte å benytte p-piller.
- Andelen av pasienter som bruker p-piller, som benytter disse kontinuerlig.
- Tilfredshet blant pasientene som benytter p-piller kontinuerlig. (Dette ble ikke målt i piloten, men kan være nyttig for Maja.no å vurdere til senere.)

4 **Prosess, ledelse og organisering**

4.1 **Ledelse og organisering**

Kontaktpersonen vår er daglig leder for Maja.no, som vi har kontakt med gjennom e-post, telefon og digitale møter. Daglig leder sammen med faglig og teknisk ansvarlig utgjør en lokal ansvarsgruppe. Med en intern gruppe blir det lettere å følge opp og administrere prosjektet. Den lokale ansvarsgruppen skal holde resten av personalet oppdatert om prosjektet. Bedriften har eierskap i alle tiltak og står ansvarlig for utførelsen og alt som blir lagt ut.

Oppgavene knyttet til de digitale løsningene blir underlagt en teknisk ansvarlig. Dette innebærer utsendelse av spørreskjemaene til pasientene og de ansatte. Utformingen av spørreundersøkelsen beskrives senere. Andre oppgaver til den tekniske ansvarlige blir å implementere tiltakene våre, som er utsendelse av den oppdaterte prevensjonsguiden, publisering av informasjonsartikkelen på nettsiden deres og innlegg på sosiale medier.

Opplæring av personalet blir den fagansvarliges oppgave. En del av opplæringen blir å informere personalet om kontinuerlig bruk av p-piller. Den fagansvarlige har også ansvaret for kunnskapsoppdatering av personalet, og kan holde fagmøter der det informeres om

kontinuerlig p-pillebruk. I tillegg skal all informasjon som skal deles til pasienter/følgere bli gjennomgått av den fagansvarlige, for å sikre at informasjonen er korrekt og presist formulert.

4.2 Måling av kvalitetsindikatorer

Vi har forberedt en spørreundersøkelse til pasientene og et til de ansatte ved hjelp av UiOs nettskjema. Dette er en sikker og anonymisert digital skjemaløsning for datainnsamling via nett. Spørreundersøkelsen til pasientene består av 4 spørsmål:

- Bruker du p-piller? *Ja/Nei*
- Plages du av menstruasjonsblødninger? *Ja/Nei*
- Er du klar over at du kan bruke p-piller sammenhengende så lenge du vil, uten å ta pauser, og dermed slippe å ha menstruasjon? *Ja/Nei*
- Kunne du tenkt deg å bruke p-piller sammenhengende på denne måten? *Ja/Nei/jeg gjør det allerede*

Spørreundersøkelsen til de ansatte består av 3 spørsmål:

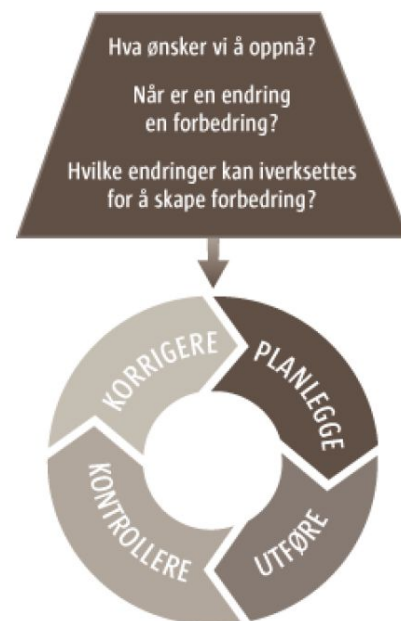
- Er du kjent med muligheten om kontinuerlig bruk av COCs? *Ja/Nei*
- I uken som var; hvor mange videokonsultasjoner hadde du der COCs var tema? *Antall*
- I hvor mange av disse konsultasjonene informerte du om muligheten til kontinuerlig bruk av COCs? *Antall*

Vi sender ut spørreundersøkelsen til alle pasienter som bruker maja.no etter prosjektstart.. Underveis følger vi kontinuerlig med på dataene som kommer inn for å få et inntrykk av utviklingen. Til slutt sammenligner vi dataene før med dataene etter at tiltakene har blitt innført.

4.3 Struktur for gjennomføring av prosjektet

4.3.1 Planleggelse

Behovet for forbedring når det kommer til kunnskapen om kontinuerlig bruk av COC er allerede diskutert og erkjent tidligere i oppgaven. Før starten av prosjektet vil prosjektgruppen undersøke kunnskapsgrunnlaget og utarbeider mulige tiltak til forbedring. Underveis har vi dialog med Maja.no, som har kommet med tilbakemeldinger og forslag. Ved prosjektstart vil prosjektgruppen informere Maja.no om prosjektets tiltak og mål. Når prosjektet er over, vil vi legge frem resultatene fra prosjektet for Maja.no.



4.3.2 Utførelse

Alle som bestiller p-piller på Maja.no fra og med prosjektstart vil motta en invitasjon til spørreundersøkelsen på e-mail. Dette blir omtrent 100 personer i uken. Samme dag vil også de ansatte få sitt spørreskjema for å kartlegge uken som har vært. Spørreundersøkelsene er åpne og svarene blir fulgt med på kontinuerlig, slik at det blir en dynamisk indikator som gjør at man kan se hvordan svarene er over tid. Til å begynne med vil resultatene fra spørreundersøkelsene bli rapportert hyppig, for eksempel ukentlig hver mandags morgenmøte. Etterhvert som resultatene blir mer stabile, vil man rapportere resultatene sjeldnere, som for eksempel hver måned. Resultatene kan rapporteres i form av kurver, for å få en mer visuell fremstilling av dem.

To uker etter prosjektstart blir tiltakene innført. En e-mail med en revidert versjon av prevensjonsguiden som inkluderer info om kontinuerlig p-pillebruk blir sendt ut til alle som har brukt Maja.no siden prosjektstart. De ansatte vil bli informert av den fagansvarlige om kontinuerlig bruk av kombinasjonsprevensjon. De vil også bli oppfordret til å informere relevante pasienter om dette. Det blir også implementert en informasjonsartikkel om kontinuerlig bruk på Maja.no sine hjemmesider og publisert innlegg på Maja.no sine sosiale medier.

4.3.3 Kontrollere

Alle deltakerne som har mottatt den reviderte prevensjonsguiden vil motta det andre spørreskjemaet to dager etterpå. Dette gjør vi for å måle etter at tiltakene våre har blitt implementert, slik at vi kan sammenligne med målingene gjort før tiltakene.

Målene med tiltakene våre er å få en økning i andelen pasienter som kjenner til muligheten om kontinuerlig bruk av p-piller og antall ansatte som tar det opp ved videokonsultasjon. Til å begynne med er målet vårt at andelen av pasienten som kjenner til kontinuerlig bruk av p-piller ligger stabilt på 95% innen utgangen av 2021. Det langsiktige idealet blir at opp mot 100% av pasientene kjenner til denne måten å bruke p-piller på. Det er også mål om at alle de ansatte kjenner til kontinuerlig bruk og at de tar det opp ved alle konsultasjoner der det er relevant.

4.3.4 Korrigering

Vi følger svarene fra spørreskjemaene kontinuerlig og prosjektet kan tas opp til diskusjon ved den ukentlige rapportering av prosjektet. Korrigerte eller nye tiltak kan innføres og måles på samme måte som vi har gjort med de opprinnelige tiltakene.

4.3.5 Evaluering

Etter prosjektet vil vi gjennomgå resultatene med Maja.no. Vi vil sammenligne dataene med målingene gjort før og etter tiltakene, og vurdere om tiltakene har påvirket indikatorene våre. Det er åpent for å diskutere hva som fungerte og hva som kunne ha blitt gjort bedre.

4.3.6 Innføring i daglig drift

Vi har gjennomført et pilotprosjekt sammen med Maja.no som viser at prosjektet er gjennomførbart. Resultatene er presentert i tabell 1 nedenfor; de indikerer at det er en økning i andel som ble kjent med kontinuerlig bruk etter tiltakene. Etter endt prosjekt håper vi at Maja.no fortsetter med den reviderte prevensjonsguiden (vedlegg 2). Vi håper også at de ansatte fortsetter å informere pasientene sine om muligheten til kontinuerlig bruk av COCs. Vi anbefaler å ha spørreskjemaet gående og foreslår et mål på at andelen pasienter som kjenner til kontinuerlig bruk av COCs ligger stabilt på 95%. Det vil være lurt å se på

resultatene fra spørreundersøkelsene og rapportere det videre til resten av personalet jevnlig, for eksempel på slutten av hver uke. Dette kan være med å motivere de ansatte og samtidig være en påminnelse om å informere om kontinuerlig bruk.

	Før tiltak (n=45)			Etter tiltak (n=55)		
	Ja	Nei	Jeg gjør det allerede	Ja	Nei	Jeg gjør det allerede
Er du klar over at du kan bruke p-piller sammenhengende så lenge du vil, uten å ta pauser, og dermed slippe å ha menstruasjon?	77,8% (n=35)	22,2% (n=10)	-	83,6% (n=46)	16,4% (n=9)	-
Kunne du tenkt deg å bruke p-piller sammenhengende på denne måten?	44,4% (n=20)	26,7% (n=12)	28,9% (n=13)	36,4% (n=20)	14,5% (n=8)	49,1% (n=27)

Tabell 1 : Tabellen viser resultater fra spørreskjema til pasienter av Maja.no.i vårt pilotprosjekt.

Arbeidsplan

Fredag 19.02 Kartlegging 1	<ul style="list-style-type: none"> - Sende spørreskjema til pasienter samt informasjon i nyhetsbrevet - Sende spørreskjema til ansatte
Tirsdag 02.03 Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Revidert prevensjonsveileder implementeres
Onsdag 03.03 Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Ansatte bes informere pasienter om kontinuerlig bruk av <u>COCs</u> på morgenmøte
Kartlegging 2 Fom 05.03	<ul style="list-style-type: none"> - Sende spørreskjema til pasienter (kommer to dager etter pdf) - Sende spørreskjema til ansatte (senere)

4.4 Forventet motstand

Kultur og tradisjon: Kultur, tradisjon og oppfatninger hos både pasienter og behandlere kan påvirke om man tror og stoler på kunnskapen som blir presentert. Det er for eksempel mange

som har en oppfatning om det er usunt å ikke menstruere og at blodet da kan hope seg opp i kroppen. Andre utfordringer kan være knyttet til at menstruasjon ofte er tabubelagt.

Tid og ressurser: Behandlere kan være presset på tid i videokonsultasjonene og derfor hoppe over å informere om kontinuerlig bruk av COCs. Pasienter kan også ha ønske om å ikke bruke tiden sin på å lese seg opp på prevensjonsguiden som har blitt utlevert.

Motivasjon: Alle forandringer på etablerte rutiner og vaner krever motivasjon og innsats. Det kan hende at behandleren ikke ser hensikten med å forklare pasienten informasjon som allerede ligger tilgjengelig. Ved manglende motivasjon må det kartlegges hva som gjør forbedringsarbeidet vanskelig, og hvordan man kan gjøre det enklere. Ukentlig gjennomgang av resultatene fra spørreskjemaet kan være med å motivere de ansatte.

5 Diskusjon og konklusjon

5.1 Målet med prosjektet

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet tar sikte på å sikre god og riktig informasjon om bruk av p-piller. Det er tydelig manglende konsensus rundt kontinuerlig bruk av p-piller, noe vi med dette prosjektet ønsker å forbedre. Målet med prosjektet er ikke at flest mulig skal bruke utpekt behandlingsalternativ, men å spre kunnskap slik at pasientene kan bestemme selv. For kvinner med ulike menstruelle plager kan nemlig dette behandlingsalternativet være en god løsning.

5.2 utfordringer vedrørende utvalgt litteratur

Nærmere gjennomgang av utvalgt litteratur viste at kildene våre baserte seg i stor grad på en Cochrane oversikt fra 2014 (1). Denne systematiske oversikten ble initialt vurdert som en god kilde, men tre problemstillinger utpekte seg i særlig grad.

For det første ble det vurdert som noe problematisk at det ikke hadde blitt gjennomført en metaanalyse. Likevel, etter en nøye gjennomgang av utvalgte studier, ble artikkelen vurdert som egnet for oppgaven.

For det andre var det skrevet at de, på grunn av interessekonflikter, skulle oppdatere den systematiske oversikten. Som følge av det dette tok vi kontakt med administrerende redaktør for Cochrane Fertility Regulation, Makalapua L. Motu'apuaka, som antok at dette kom til å ta lang tid. Hun forventet likevel ikke en endring av konklusjonen.

For det tredje er det viktig å bemerke at studiene hadde en varighet på ett år eller mindre, noe som gjør det vanskelig å fange opp sene bivirkninger. Motu'apuaka bekreftet også at det ikke foreligger noen oppfølgingsstudier.

5.3 Hva sier kunnskapsgrunnlaget?

Kunnskapsgrunnlaget sier at kontinuerlig bruk av kombinasjonspreparater er like trygt og effektivt som vanlig syklisk bruk. Videre er det vist at fordelene med kontinuerlig blant annet kan bidra til å lette menstruasjonsplager. Kontinuerlig bruk kan også bidra til bedre compliance fordi pasientene kun tar samme dose hver dag og ikke trenger å bytte til sukkerpille eller ta 7 dager pause som ved syklisk bruk.

Ulempen med kontinuerlig bruk er at man kan få gjennombruddsblødninger. Disse vil kunne være noe uforutsigbare spesielt de første 6 månedene (8). Videre er det påpekt at det kan være noe dyrere med kontinuerlig bruk da man vil trenge flere pakker/år.

5.4 Elektronisk helseplattform

Vi har tatt for oss et mikrosystem som er nyskapende og ukonvensjonelt, nemlig privat e-helse. Maja.no er en elektronisk helseplattform og har primært kontakt med pasienter via spørreskjema og videokonsultasjoner ved behov. En slik helseplattform presenterer noen fordeler og ulemper.

Fordelene er først og fremst at de retter seg primært mot unge kvinner og at de har et større publikum enn et tradisjonelt fastlegekontor eller en helsestasjon. For det andre er mikrosystemet både nytt og privat, og således mer mottagelig for implementering av tiltak. Deres plattform tilbyr også rask behandling og resept, kun ett tastetrykk unna. Videre er Maja.no på de samme sosiale mediene som unge kvinner. Derfor vil tiltakene som implementeres ikke bare gi informasjon til deres pasienter, men også deres følgere på sosiale medier.

Til tross for fordelene nyskapende digitale helsetjenester presenterer, er utfordringene mange. Først og fremst foregår mye av kommunikasjonen kun via et elektronisk skjema og vil være avhengig av at pasienten forstår spørsmålene konkret og besvarer godt. Ved mulige komplikasjoner eller kontraindikasjoner må pasient ta kontakt med egen fastlege for vurdering. Tjenesten (knyttet til resept for p-piller) er ikke aktuell for pasienter med sammensatte helseproblemer da det kan være vanskelig å evaluere deres reelle behov. Videre legges ansvaret over på pasienten med tanke på måling av blodtrykk og annet før start på p-piller. Det er dermed svært begrensede muligheter for en fysisk undersøkelse. Slike plattformer kan også bidra til at enkelte plager som bør bli undersøkt av lege heller kamufleres av p-pillebruk.

5.5 Implementering av tiltak

Flere tiltak ble presentert ledelsen i Maja.no, hvorav noen ble betraktet som gjennomførbare. Tiltakene retter seg mot helsepersonellet i Maja.no samt den skriftlige informasjonen som formidles gjennom deres plattformer. Det initiale tiltaket er å øke kompetansen blant helsepersonellet, slik at de har grunnlag for å gi gode anbefalinger.

Hovedtiltaket er en oppdatering av informasjonsskrivet som blir tilsendt pasienter som får resept på COCs. Dette er raskt gjennomførbart da Maja.no har ansatte som bidrar med implementering og kvalitetssikring. Fordelen med et elektronisk informasjonsskriv er at

pasienten kan lese den gjentatte ganger. Ulempen er at det er en form for enveiskommunikasjon hvor legen gir informasjon, uten å kunne sikre at pasienten har forstått det som står i skrivet. Maja.no har derfor tilbud om oppfølging med gratis videokonsultasjon dersom man bestiller resept via deres plattform.

Det vil også bli gitt ut informasjon av uformell art på deres egen nettside og sosiale medier, instagram og facebook, hvor helseplattformen har et enda større publikum. Disse tiltakene er kun for å bevisstgjøre følgere på et mulig behandlingsalternativ.

6 Konklusjon

Målet med dette kvalitetsforbedringsprosjektet er å påse at både helsepersonell og pasienter får tilstrekkelig informasjon om et alternativt doseringsregime. På denne måten vil vi også bidra til å avkrefte myten om at det er farlig å ikke ha regelmessige menstruasjoner.

Kunnskapsgrunnlaget viser at det er konsensus i internasjonale retningslinjer og at det er trygt å anbefale kontinuerlig bruk av kombinasjonspreparater. Det understøttes av norsk litteratur og faglig ekspertise, noe som viser at dette har en god overføringsverdi til det norske helsevesenet, og i vårt tilfelle på Maja.no.

Samhandling med utvalgt mikrosystem har vært utmerket og vi ser at ledelsen og behandlende leger er motiverte for implementering av tiltak. Som følge av dette har vi utført et pilotprosjekt som understreker at prosjektet faktisk er gjennomførbart, og at det videre kan være aktuelt å innføre for andre relevante deler av helsevesenet, inkludert det offentlige.

7 Litteraturliste

1. Edelman A, Micks E, Gallo MF, Jensen JT, Grimes DA. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(7):Cd004695.
2. Nordahl M. Det er tryggest å droppe mensen når du går på p-piller: *Forskning.no*; 2019 [Available from: <https://forskning.no/medisin-om-forskning-sex/det-er-tryggest-a-droppe-mensen-nar-du-gar-pa-p-piller/1314686>].

3. Gross R. Why Women on the Pill Still ‘Need’ to Have Their Periods: New York Times; 2019 [Available from: <https://www.nytimes.com/2019/12/11/magazine/birth-control-pill-period.html>].
4. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014;29(3):400-12.
5. FSRH Guideline, Combined Hormonal Contraception: Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH); 2019.
6. M. J. eMetodebok for Seksuell Helse 2017. Available from: <https://emetodebok.no/>.
7. Ræder M, Johansen M, Offerdal K. Veileder i gynekologi. 2020.
8. Family Planning: A Global Handbook for Providers. World Health Organization. John Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2018.
9. Helsebiblioteket.no. Faglige retningslinjer. 2016.
10. Framework for clinical guideline development: Faculty of Sexual & reproductive Healthcare of the royal college of obsterician & gynaecologist; 2018.
11. GRADE: Grade working group; [Available from: <https://gradeworkinggroup.org/>].
12. Helsebiblioteket.no. Systematisk oversikt 2016 [Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/249213.cms>].
13. Helsedirektoratet. Om kvalitet og kvalitetsindikatorer: Helsedirektoratet; 2019 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer#hvaerenkvalitetsindikator>].

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

MAJA

PREVENSJONSGUIDEN

P-piller (kombinasjonspiller)

Preparatnavn

Loette, Microgynon, Mirabella, Oralcon, Marvelon, Mercilon, Yasmin, Yasminelle, Yaz, Zoely, Yana, Synfase, Qlaira

Disse tablettene inneholder en blanding av de kvinnelige kjønnshormonene gestagener og østrogener. De virker først og fremst ved å hemme eggløsningen, men også ved å påvirke livmoren slik at den blir mindre gjennomtrengelig for sædceller.

P-pillene tas hver dag til ca. samme tid. Et pillebrett kan enten inneholde 21 eller 28 piller (ved sistnevnte er de siste 7 pillene placebopiller uten hormoner). Man kan velge å hoppe over en menstruasjon ved å gå direkte over på neste brett etter å ha tatt 21 piller.

Husk å lese pakningsvedlegget, her står viktig informasjon!

NÅR SKAL DU IKKE BRUKE KOMBINASJONSPREPARATER

Du skal ikke bruke kombinasjons-p-piller hvis du:

- Er gravid, nylig har født og/eller ammer (6 mnd etter fødsel)
- Har hatt blodpropp, hjertesykdom eller hjerneslag.
- Har kjent genvariant som gir økt risiko for blodpropp
- Har blodtrykk over 140/90 eller bruker blodtrykksmedisiner
- Har migrene
- Har eller har hatt brystkreft
- Er arvelig disponert for brystkreft med en av genvariantene BRCA1/BRCA2
- Har alvorlig leversykdom, eller symptombgivende galleveissykdom
- Har diabetes med varighet over 20 år, eller med komplikasjoner
- Har SLE (systemisk lupus erythematosus)
- Er over 35 år, røyker eller har BMI over 35

Hvis du ikke er fornøyd med kombinasjonspreparater, finnes det mange alternative former for prevensjon!

KOMBINASJONSPREPARATER OG BLODPROPP

Kombinasjonspreparater gir en økning i risiko for blodpropp (oppstår hos 5-12 av 10 000 kvinner som bruker p-piller i et år). Denne risikøkningen er størst de første 6-12 månedene du bruker p-pillene.

TEGN PÅ BLODPROPP KAN VÆRE

- Hevelse i ett ben eller én arm
- Sterke smerter i ett ben eller én arm
- Brystmerter
- Tungpust som ikke har annen åpenbar årsak

Har du noen av disse symptomene, er det viktig at du raskt kontakter lege. For alle spørsmål og bekymringer, gå inn på maja.no

Maja.no

Oppdatert: Mars 2020
Skrevet av: Lege Birgitte Lund Salvik

Fordeler

Høy sikkerhet dersom det brukes riktig. Enkle å ta. Blødningskontroll. Gir ofte reduksjon av smerter og blødningsmengde ved menstruasjon. Kan redusere kviser. Beskytter mot spredning av enkelte kjønnssykdommer til bekket. Beskytter mot eggstokk- og endometriekreft.

Ulemper

Økt risiko for blodpropp, hjerte- og karsykdom samt brystkreft og livmorhalskreft. Beskytter ikke mot kjønnssykdommer.

Pris

Prisen på p-piller varierer mellom ca. 90-300 kr pr pakke (= 3 brett). Er du mellom 16 og 21 år, får du det billigere.

Bivirkninger

De vanligste bivirkningene (1-10%) er kvalme, svimmelhet, magesmerter, ømme bryster, uregelmessige blødninger, hodepine, migrene, endret utflod, nedsatt sexlyst.

De fleste bivirkninger vil gå over i løpet av de første 3 månedene etter oppstart. Med mindre du er alvorlig plaget av bivirkninger, anbefaler vi derfor at du venter i 3 måneder før du eventuelt bytter prevensjonsmiddel.

Vedlegg 1 viser prevensjonsguiden som tilsendes pasientene som får resept på p-piller fra Maja.no. Prevensjonsguiden inneholder informasjon om virkningsmekanisme og kontraindikasjoner for preparatene, samt info om fordeler, ulemper, pris og mulige bivirkninger.

8.2 Vedlegg 2

Maja.no

PREVENSJONSGUIDEN

P-piller (kombinasjonspiller)

Preparatnavn

Loette, Microgynon, Mirabella, Oralcon, Marvelon, Mercilon, Yasmin, Yasminelle, Yaz, Zoely, Yena, Synfase, Qlaira

Disse tablettene inneholder en blanding av de kvinnelige kjønnshormonene gestagener og østrogener. De virker først og fremst ved å hemme eggløsningen, men også ved å påvirke livmoren slik at den blir mindre gjennomtrengelig for sædceller.

Brukerveiledning

Du begynner med en pille daglig fom. første menstruasjonsdag. Begynner du utenom dette må du bruke kondom som tilleggsprevensjon i 7 dager.

P-pillene tas hver dag til ca. samme tid. Et pillebrett kan enten inneholde 21 eller 28 piller (ved sistnevnte er de siste 7 pillene placebopiller uten hormoner). Man kan velge å hoppe over en menstruasjon ved å gå direkte over på neste brett etter å ha tatt 21 piller.

Det er også mulig å ta p-piller kontinuerlig uten pause. Dette er helt ufarlig og kan for mange være svært hensiktsmessig, spesielt om man plages med PMS, endometriose, mensensmerter og store menstruasjonsblødninger.

Husk å lese pakningsvedlegget, her står viktig informasjon!

NÅR SKAL DU IKKE BRUKE KOMBINASJONSPREPARATER

Du skal ikke bruke kombinasjons-p-piller hvis du:

- Er gravid, nylig har født og/eller ammer (6 mnd etter fødsel)
- Har hatt blodpropp, hjertesykdom eller hjerneslag
- Har kjent genvariant som gir økt risiko for blodpropp
- Har blodtrykk over 140/90 eller bruker blodtrykksmedisiner
- Har migrene med aura
- Har eller har hatt brystkreft
- Er arvelig disponert for brystkreft med en av genvariantene BRCA1/BRCA2
- Har alvorlig leversykdom, eller symptomgivende gallegeissykdom
- Har diabetes med varighet over 20 år, eller med komplikasjoner
- Har SLE (systemisk lupus erythematosus)
- Er over 35 år, røyker eller har BMI over 35

Hvis du ikke er fornøyd med kombinasjonspreparater, finnes det mange alternative former for prevensjon!

KOMBINASJONSPREPARATER OG BLODPROPP

Kombinasjonspreparater gir en økning i risiko for blodpropp (oppstår hos 5-12 av 10 000 kvinner som bruker p-piller i et år). Denne risikøkningen er størst de første 6-12 månedene du bruker p-pillene.

TEGN PÅ BLODPROPP KAN VÆRE

- Hevelse i ett ben eller én arm
- Sterke smerter i ett ben eller én arm
- Brystsmerter
- Tungpust som ikke har annen åpenbar årsak

Har du noen av disse symptomene, er det viktig at du raskt kontakter lege. For alle spørsmål og bekymringer, gå inn på maja.no

Fordeler

Høy sikkerhet dersom det brukes riktig. Enkle å ta. Gir ofte reduksjon av smerter og blødningsmengde ved menstruasjon. Kan redusere kviser. Beskytter mot spredning av enkelte kjønnssykdommer til bekkenet. Beskytter mot eggstokk- og endometriekreft.

Ulemper

Økt risiko for blodpropp, hjerte- og karsykdom samt brystkreft og livmorhalskreft. Beskytter ikke mot kjønnssykdommer.

Pris

Prisen på p-piller varierer mellom ca. 90-300 kr pr pakke (= 3 brett). Er du mellom 16 og 21 år, får du det billigere.

Bivirkninger

De vanligste bivirkningene (1-10%) er kvalme, svimmelhet, magesmerter, ømme bryster, uregelmessige blødninger, hodepine, migrene, endret utflod, nedsatt sexlyst.

De fleste bivirkninger vil gå over i løpet av de første 3 månedene etter oppstart. Med mindre du er alvorlig plaget av bivirkninger, anbefaler vi derfor at du venter i 3 måneder før du eventuelt bytter prevensjonsmiddel.

Oppdatert: Des. 2020
Skrevet av: Lege Birgitte Lund Saltvik

Vedlegg 2 viser den reviderte prevensjonsguiden, hvor man har supplert med informasjon om kontinuerlig bruk av kombinerte prevensjonspiller.