

P-pillekontrol i Almen praksis: En gennemgang og analyse af 739 patienter på hormonal antikonceptiva samt afdækning af den generelle holdning til p-pillekontrol blandt lægerne i Almen praksis

Af Sanne Østergaard Treumer og Betina Rose

Indledning

P-pilleinducerede blodpropper kan være alvorlige og i sjældne tilfælde dødelige. Den alment praktiserende læge må derfor sikre sig en række anamnesticke oplysninger i forbindelse med den første ordination. Det er vigtigt at tage stilling til kvindens risikofaktorer herunder risikoen for tromboembolisk lidelse og tilstedeværelsen af kontraindikationer. Til dette formål har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med øvrige europæiske lægemyndigheder udarbejdet en vejledning til brug i almen praksis, der vedrører kvinder, som anvender kombinerede hormonelle kontraktiva (fremover kaldet p-piller). Det anbefales, at disse kvinder kontrolleres regelmæssigt med henblik på at screene for risikofaktorer og kontraindikationer. Hvorledes dette finder sted varierer fra praksis til praksis. Vi har sat os for at afdække dette dels ved at gennemse relevant journalmateriale for p-pillebrugere i praksis, dels ved hjælp af spørgeskema til en række alment praktiserende læger.

De fleste alment praktiserende læger er bekendte med IRF's rekommandationer vedrørende p-piller. IRF anbefaler som udgangspunkt, at der ordineres såkaldte 2. generations p-piller med laveste østrogenindhold grundet den lavere tromboserisiko i forhold til øvrige p-piller. Dette er baggrunden for, at man i almen praksis igennem en årrække har bestræbt sig på at ordinere 2. generations p-piller ved opstart og om muligt skifte præparat, hvis kvinden anvender en anden type. Ved gennemgang af journalmateriale har vi forsøgt at belyse, om lægerne følger de eksisterende anbefalinger.

Formål

Formålet med opgaven er at afdække, hvilken type p-piller kvinderne i vore respektive praksis anvender og vurdere, om Sundhedsstyrelsen og IRF's rekommandationer mht. p-pillegenerationer følges samt belyse de alment praktiserende lægers holdning til p-pillekontrol.

Baggrund

Omkring 400.000 danske kvinder anvender p-piller. Der findes principielt to former for syntetisk hormonal kontraktion. Kombinationspræparater indeholdende østrogen og gestagen og præparater, der kun indeholder gestagen. Overordnet kan kombinationspræparaterne inddeles i mono- og flerfasepræparater. Monofasepræparaterne administreres som tabletter, depotplastre eller vaginalring. Flerfasepræparaterne administreres kun som tabletter.

Kombinationspræparaterne inddeles i såkaldte generationer. De adskiller sig ved østrogen- og gestagendosis samt gestagetype (1., 2., 3. eller 4. generations gestagen). Traditionelt og dominerende er anvendelsen af det syntetiske østrogen ethinylestradiol (EE), men der findes også præparater med naturligt østrogen. Der findes ingen præparater med naturligt progesteron.

Kombinationspræparaterne inddeles i 1. - 4. generation afhængigt af typen af gestagen. For monofasepræparaterne findes 2. - 4. generation, og for flerfasepræparaterne findes 1. - 4. generation. Desuden findes der præparater uden for den aktuelle klassifikation.

I følge Sundhedsstyrelsen og den vejledning, som findes tilgængelig via DSAM's hjemmeside, skal man være opmærksom på følgende risikofaktorer, når man overvejer at udskrive p-piller:

- BMI over 30
- Alder over 35 år
- Rygning (især hos kvinder over 35 år)
- Hypertension
- Tromboemboliske hændelser i familien før 50-års alderen
- Familiær disposition til hypercholesterolæmi
- Migræne
- Hjertekarsygdom
- Diabetes mellitus
- Fødsel inden for de seneste par uger
- Flyrejse over 4 timer eller transporttid over 4 timer pr dag
- Sygdomme med øget risiko for blodprop (fx cancer, systemisk lupus, inflammatorisk tarmsygdom, hæmolytisk uræmisk syndrom, seglcelleanæmi)
- Anden medicin der øger risikoen for blodpropper (fx corticosteroider, antidepressiva, antipsykotika, neuroleptika, kemoterapi).

I følge vejledningen kan flere end én risikofaktor betyde, at der ikke bør anvendes kombinerede hormonelle antikonceptiva. Det er vigtigt, at der screenes før opstart og, at der under behandlingen tages stilling til disse risikofaktorer regelmæssigt, idet kvindens risikofaktorer kan ændre sig med tiden. Der kan undertiden være andre faktorer, som spiller ind, når man skal lave en risikovurdering og i samråd med patienten alligevel vælger hormonelle kontrceptiva på trods af en øget risiko. Det kan f.eks. være bivirkninger til én type p-pille frem for en anden eller manglende evne til at indtage tabletter regelmæssigt. Udover kontrceptiv virkning har p-piller også en række andre effekter såsom positiv indvirkning på acne, forebyggelse af funktionelle ovariecyster, reduktion af blødningsmængde og blødningstid samt bedring af endometrioserelaterede smerter. Alt dette kan spille ind i beslutningsprocessen.

I følge Sundhedsstyrelsen skal lægen være opmærksom på følgende kontraindikationer til p-piller¹:

- Nuværende eller tidligere tromboembolisk hændelse (DVT, lungemboli, AMI, apopleksi, TCI, angina pectoris)
- Kendt blodkoagulationssygdom
- Tidligere migræne med aura
- DM med vaskulære komplikationer
- Meget højt BT (fx systolisk over 160 eller diastolisk over 100 mmHg)
- Meget højt indhold af lipider i blodet
- En større operation eller periode med langvarig immobilisering inden for den nærmeste fremtid.

Guidelines fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) har endnu mere udførlige rekommandationer i forhold til kontraindikationer. Her nævnes også:

- Pancreatitis
- Antiepileptika og antiretrovirale midler (til behandling af HIV), der inducerer leverenzzymer
- Nedsat leverfunktion/svær leversygdom
- Benigne eller maligne levertumorer.
- Østrogenfølsomme tumorer
- Uafklaret vaginalblødning

¹ Kilde: "Tjekliste til læger, der ordinerer kombinerede hormonelle kontrceptiva", Sundhedsstyrelsen 2014

Ifølge DSOG's guidelines influeres risikoen for udvikling af tromboembolisk sygdom ved brug af p-piller både af østrogendosis og gestagentype. Efter at højdosis p-piller er udgået, spiller gestagentypen den største rolle for størrelsen af risikoen for venøs trombose.

Ifølge flere større danske undersøgelser bør man generelt være tilbageholdende med brugen af plaster og vaginalring, da disse typer kontraktiva indebærer den største risiko for både venøse og arterielle tromboser. IRF anbefaler derfor også, at plastre og vaginalring kun bør anvendes af kvinder, der af forskellige årsager ikke kan tage en tablet dagligt.

Metode

For at undersøge forbruget af p-piller i almen praksis udvalgte vi først de relevante ACT-koder for p-piller. Vi søgte dels på Dansk Lægemedel Information A/S's hjemmeside², dels på Statens Seruminstutts hjemmeside over medicindata³. Dette resulterede i en liste med ACT-koder for samtlige p-piller⁴. Nogle ACT-koder havde intet lægemiddel tilknyttet, da det var udgået, men vi valgte alligevel at medtage disse ACT-koder, da vi ikke havde oplysninger tilgængelige om præcis, hvornår lægemidlerne var udgået.

For overskuelighedens skyld valgte vi at fokusere på forbruget af p-piller inden for en afgrænset tidsperiode: 1. januar 2014 til 31. december 2014.

Data fra hver praksis blev opsamlet ved hjælp af statistikfunktionen i det elektroniske patientjournalprogram XMO. Ved hjælp af XMO's statistikfunktion kunne vi udtrække en liste med de patienter, der inden for tidsperioden anvendte et eller flere lægemidler svarende til de udvalgte ACT-koder. Patientlisterne blev fra XMO eksporteret til et Excel regneark. Der var i alt 326 p-pillebrugere i praksis 1 og 413 i praksis 2.

Efterfølgende blev hver enkelt patient behandlet manuelt ved opslag i XMO og gennemgang af journalmaterialet. For hver patient noterede vi os¹⁾ om patienten havde været til kontrolundersøgelse i forbindelse med behandling med p-piller (i det efterfølgende kaldet p-pillekontrol) inden for det givne tidsrum, og²⁾ om patienten ved kontrol havde forhøjet blodtryk (> 140/90 mmHg).

Nogle af patienterne havde inden for tidsperioden anvendt flere forskellige p-piller og havde derfor flere ACT-koder tilknyttet. For disse patienter gennemgik vi journalmaterialet og noterede, hvilket p-piller (og hvilken ACT-kode) de ved årets udgang endte med at anvende.

Ud fra denne liste kunne vi således gruppere patienterne efter, hvorvidt de anvendte p-piller indeholdende 2. generations eller 3./4. generations gestagen.

For de der havde registreret både 2. og 3./4. generations p-piller, noterede vi os, hvilken generation de endte med at bruge ved årets udgang med fokus på, hvorvidt patienten var skiftet til 2. generations p-piller (efter Sundhedsstyrelsens og IRF's anbefaling).

Desuden gennemgik vi ved opslag i journalmaterialet alle de patienter, der udelukkende benyttede 3./4. generations p-piller. For disse noterede vi os, hvorvidt patienten var tilbudt at skifte til 2. generation eller ej inden for året 2014.

For at få et overblik over anvendelsen af p-piller i forhold til patientsammensætningen, bad vi Region Nordjylland⁵ om udtræk af patientlister for hver enkelt praksis. Dermed fik vi to lister med oplysninger om antal patienter tilknyttet praksis pr. 31. december 2014 med angivelse af patienternes køn og alder. Ved hjælp af disse oplysninger kunne vi efterfølgende udregne, hvor stor en procentdel af patienterne, der inden for en bestemt aldersgruppe anvendte p-piller.

Til analysen udvalgte vi gruppen af kvinder i alderen 14-54 år, da vores p-pillebrugere netop lå inden for denne aldersgruppe. Vi har yderligere opdelt denne gruppe i 8 undergrupper, der hver spænder over 5 år.

De almen praktiserende lægers holdning til p-pillekontrol søgte vi at belyse gennem et spørgeskema. Dette blev udleveret til vore yngre lægekollegaer, der videredistribuerede skemaet til de respektive praksis, hvortil de var knyttet. Efter indsamling blev svarene ført ind i et regneark og data analyseret. Der blev udleveret i alt

² pro.medicin.dk

³ medstat.dk

⁴ En samlet liste over ACT-koderne findes i appendix 1

⁵ Fuldmægtig Helle Meland Vestergaard, Primær Sundhed, Region Nordjylland, Niels Bohrs Vej 30, 9220 Aalborg Øst

61 spørgeskemaer, hvoraf 29 blev returneret besvaret. 4 spørgeskemaer blev returneret for sent, og de blev derfor ekskluderet fra analysen.

Analysen af data blev gennemført vha. regnefunktioner i Microsoft Excel, hvorfra der også blev udviklet tabeller og diagrammer.

Resultater/analyse

Patientsammensætning

Hver praksis har omtrent lige mange patienter ved udgangen af 2014 - hhv. 4611 i praksis 1 og 3977 i praksis 2. I de to praksis udgør kvinderne hhv. 55,0% og 55,8 %.

Alderssammensætningen for kvinder i den fertile alder er forskellig de to praksis imellem (se nedenstående diagrammer og tabeller).

Tabel 1a Patientsammensætning praksis 1 for kvinder fordelt på aldersgruppe

Alder	0-13 år	14-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	55 + år	I alt	I alt 14-54 år
Antal	364	199	177	161	95	154	174	220	241	751	2536	1421
%-del 14-54 år		14,0%	12,5%	11,3%	6,7%	10,8%	12,2%	15,5%	17,0%			100%

Tabel 1b Patientsammensætning praksis 2 for kvinder fordelt på aldersgruppe

Alder	0-13 år	14-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	55 + år	I alt	I alt 14-54 år
Antal	305	167	270	224	172	113	151	154	113	549	2218	1364
%-del 14-54 år		12,2%	19,8%	16,4%	12,6%	8,3%	11,1%	11,3%	8,3%			100%

Den %-mæssige angivelse refererer til, hvor stor en %-del gruppen udgør af den samlede gruppe af 14-54-årige

Diagram 1a Patientfordeling 14-54-årige kvinder i praksis 1

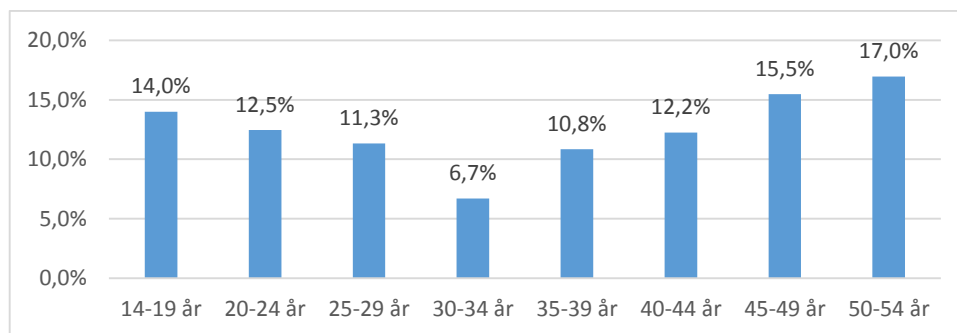
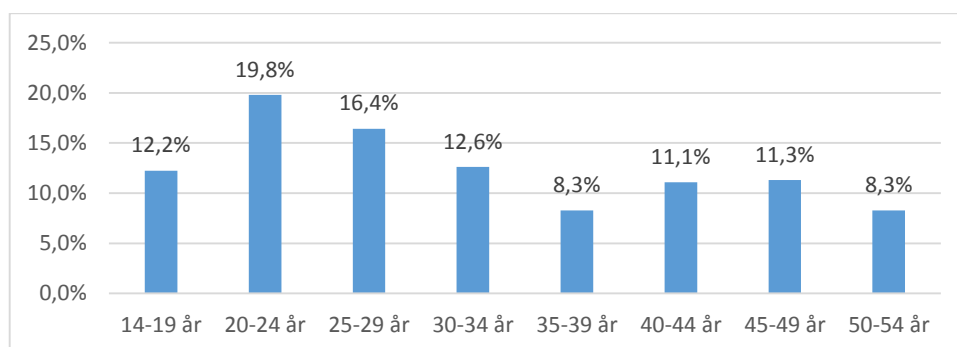


Diagram 1b Patientfordeling 14-54-årige kvinder i praksis 2



Kvinderne er generelt yngre i praksis 2 med overvægt af kvinder i alderen 20-34 år i modsætning til praksis 1, hvor der er flere kvinder i alderen 45-54 år.

Aldersfordeling blandt p-pillebrugere

Overordnet er der lige mange kvinder i den fertile alder i de to praksis (dvs. i alderen 14-54 år), men der er flere p-pillebrugere i praksis 2, hvor de udgør 30,2 % mod 22,9 % i praksis 1. Det procentmæssige forbrug af p-piller inden for de enkelte aldersgrupper er dog meget ens med flest brugere i alderen 20-24-år. Se diagram 2a og 2b.

Diagram 2a Aldersfordeling, p-pillebrugere praksis 1

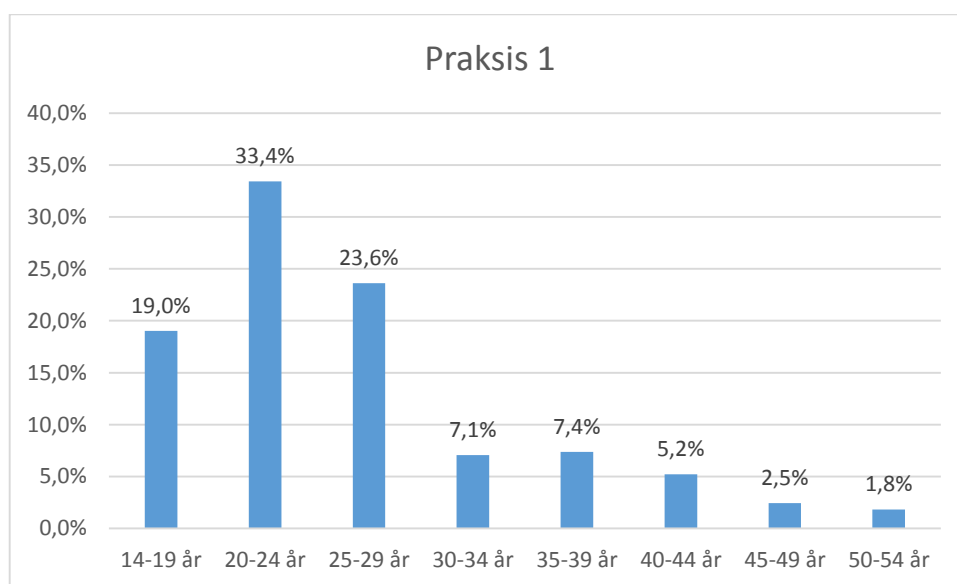
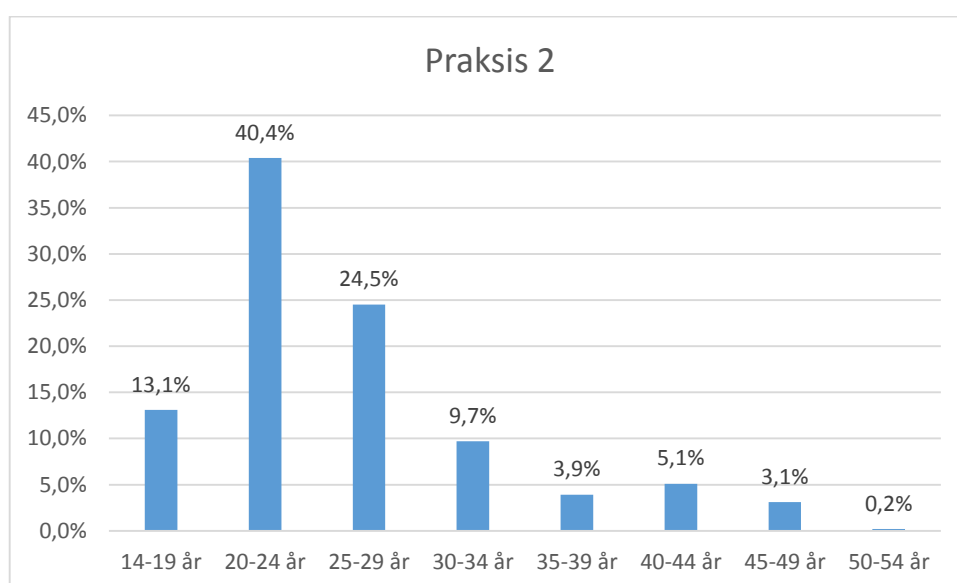


Diagram 2b Aldersfordeling, p-pillebrugere praksis 2



Det ses, at forbruget topes i gruppen af 20-24-årige og derefter falder med alderen. Det bemærkes, at praksis 1 har 6 patienter over 50 år i behandling med p-piller, mens praksis 2 har 1.

P-pilleforbrug blandt kvinder 14-54 år

Af diagram 3a og 3b fremgår det, hvor mange kvinder der anvender p-piller inden for hver enkelt aldersgruppe. Også her er de to praksis meget identiske.

Diagram 3a Andel af kvinder, der får recept på p-piller fordelt på aldersgrupper i praksis 1

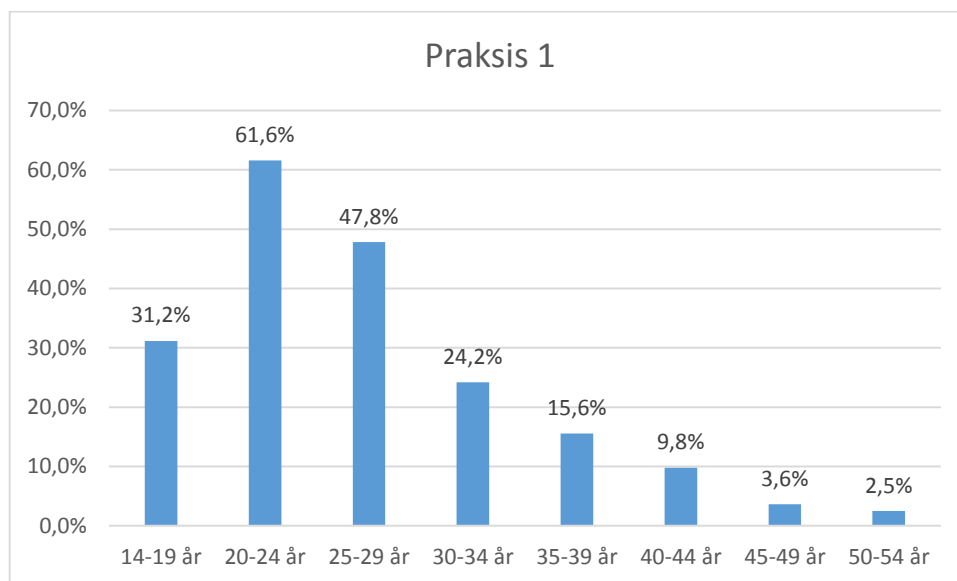
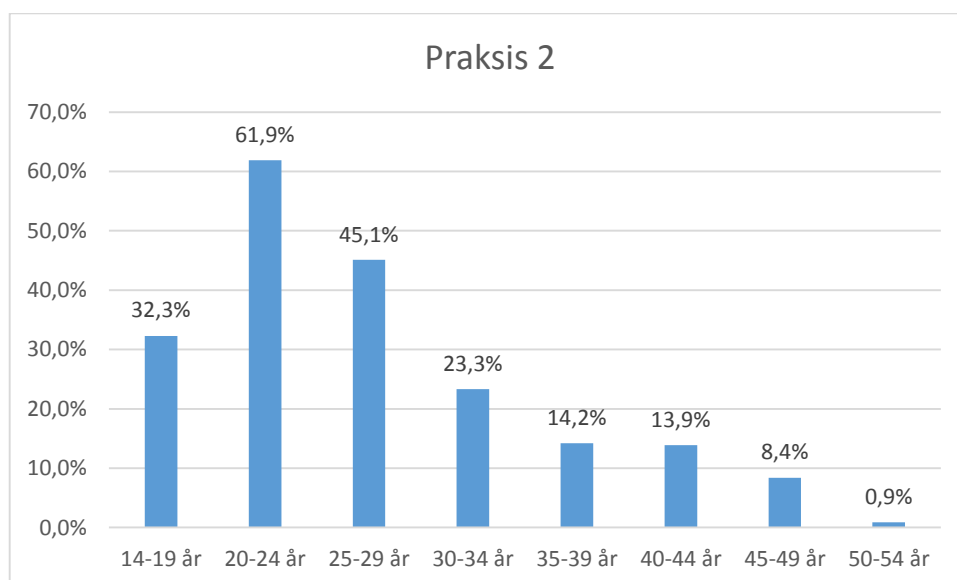


Diagram 3b Andel af kvinder, der får recept på p-piller fordelt på aldersgrupper i praksis 2



P-pillekontroller og blodtryksmåling

Ved journalgennemgang fandt vi en markant forskel i antallet af p-pillekontroller for hver praksis.

I praksis 1 var i alt 94 ud af 326 kvinder til kontrol i 2014 svarende til 28,8 %.

I praksis 2 var i alt 346 ud af 413 patienter til kontrol i 2014 svarende til 83,8 %.

Tabel 2a P-pillekontroller i praksis 1

	14-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	I alt
Antal patienter	62	109	77	23	24	17	8	6	326
Patienter i %	19,0%	33,4%	23,6%	7,1%	7,4%	5,2%	2,5%	1,8%	100,0%
Antal kontroller	19	31	23	5	9	3	4	0	100
Kontroller i %	30,6%	28,4%	29,9%	21,7%	37,5%	17,6%	50,0%	0,0%	28,8%
BT > 140/90 ved kontrol	0	0	0	0	0	1	0	0	1
BT > 140/90 i %									1,1%

Tabel 2b P-pillekontroller i praksis 2

	14-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	I alt
Antal patienter	54	167	101	40	16	21	13	1	413
Patienter i %	13,1%	40,4%	24,5%	9,7%	3,9%	5,1%	3,1%	0,2%	100,0%
Antal kontroller	50	140	85	35	11	14	8	0	343
Kontroller i %	92,6%	83,8%	85,1%	87,5%	68,8%	66,7%	69,2%	100,0%	83,8%
BT > 140/90 ved kontrol	0	3	4	0	1	2	1	0	11
BT > 140/90 i %									3,2%

Diagram 4a P-pillekontroller i % i praksis 1

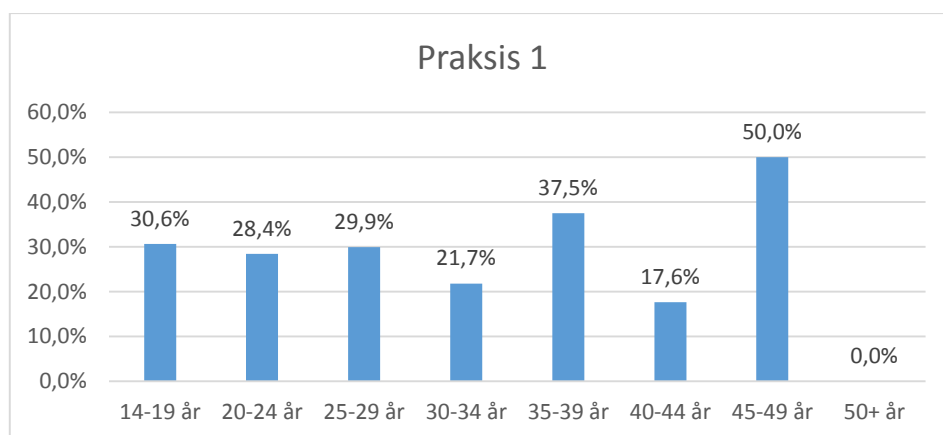
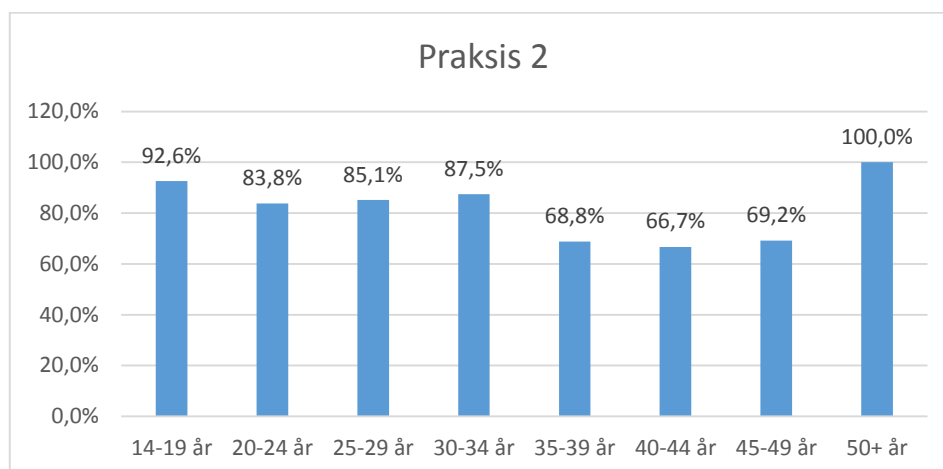


Diagram 4b P-pillekontroller i % i praksis 2



I praksis 1 fandt man ved kontrol én patient med BT >140/90, mens man i praksis 2 fandt 11. For begge praksis gælder, at de kvinder, der ved kontrol fik konstateret forhøjet blodtryk, ved efterfølgende kontroller viste sig at være normotensive, og kvinderne fortsatte behandlingen med p-piller.

P-piller med 2. eller 3./4. generations gestagen

I praksis 1 anvendte 29,6 % p-piller med 3. eller 4. generations gestagen, og ud af disse blev over halvdelen tilbudt at skifte til 2. generations p-piller i 2014. Således var 75,9 % af alle p-pillebrugerne i behandling med 2. generations p-piller ved årets udgang.

I praksis 2 anvendte 9,7 % p-piller med 3. eller 4. generations gestagen, og ud af disse blev 2/3 tilbudt at skifte til 2. generations p-piller i 2014. Således var 93,4 % af alle p-pillebrugerne i behandling med 2. generations p-piller ved årets udgang.

I hver praksis var der 3 patienter, der anvendte p-piller med gestagener uden for klassifikation (fx Diane Mite).

Tabel 5a Forbrug af 2. samt 3./4. generations p-piller i praksis 1

2. gen før	2. gen efter	3./4. gen før	3./4. gen efter	Skiftet	Tilbudt skift	Ej tilbudt skift
218	235	92	77	15	51	41
70,4%	75,9%	29,6%	24,8%	29,4%	55,4%	44,6%

Tabel 5b Forbrug af 2. samt 3./4. generations p-piller i praksis 2

2. gen før	2. gen efter	3./4. gen før	3./4. gen efter	Skiftet	Tilbudt skift	Ej tilbudt skift
370	383	40	27	13	27	13
89,6% ¹	92,7% ¹	6,5% ¹	6,5% ¹	32,5% ²	67,5% ²	32,5% ²

¹ Antal procent af samtlige p-pillebrugere

² Antal procent af de p-pillebrugere, der anvendte 3./4. generations p-piller før

For aldersfordeling blandt brugerne af 2. samt 3./4. generations p-piller se appendix 2 (tabel 3a, 3b, 4a, 4b, diagram 6 og 7).

Spørgeskemaundersøgelse

Der blev uddelt 61 spørgeskemaer, hvoraf 29 blev returneret udfyldt svarende til en svarprocent på 47,5 %. Se spørgeskemaet i appendix 3.

P-pillekontroller i praksis

Ud af de 29 spørgeskemaer måtte nogle udgå i et eller flere spørgsmål, idet lægerne havde valgt mere end én svarmulighed. Således udgik to spørgeskemaer til spørgsmål 1 og et spørgeskema i spørgsmål 2. De samlede svar på spørgsmålene er som følger:

Spørgsmål 1: I alt står lægerne for 63 % af kontrollerne, mens sygeplejerskerne står for 33,3 % af kontrollerne. En enkelt læge svarede, at der ikke blev foretaget nogen efterfølgende kontroller.

Spørgsmål 2: 96,6 % af de alment praktiserende læger svarede, at p-pillebrugerne kommer til kontrol efter opstart af p-piller. Heraf kommer de 96,3 % efter 3 måneder, mens 3,7 % kommer til kontrol efter 1 år.

Spørgsmål 3: 82,8 % af lægerne angiver, at patienterne kommer til efterfølgende kontrol én gang årligt. 6,9 % af patienterne kommer sjældnere end hvert 2. år, og 6,9 % kommer slet ikke til kontrol.

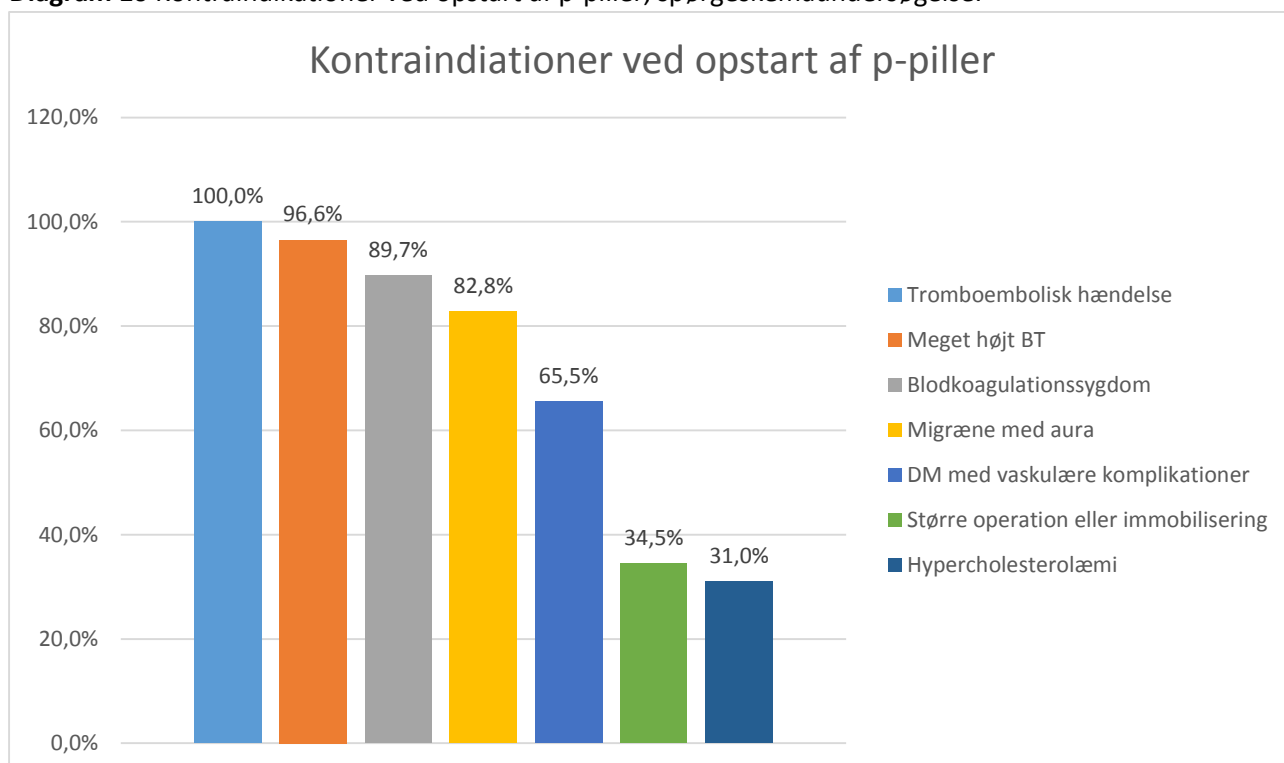
Til spørgsmål 2 og 3 havde en del af lægerne kommenteret, at patienterne ikke altid kom så hyppigt, som lægerne anbefalede.

Spørgsmål 4: Hvad angår lægernes holdning til p-pillekontrol, svarer 75,9 %, at de mener, patienterne bør komme til kontrol én gang årligt.

Kontraindikationer

Generelt spørger lægerne ind til kontraindikationer eller overvejer dem før opstart. Den eneste kontraindikation som samtlige læger har angivet, at de spørger ind til eller er opmærksomme på, er nuværende eller tidligere tromboembolisk hændelse. Hypertension, koagulationssygdom og migræne med aura er lægerne også meget opmærksomme på. Kun ca. 2/3 er opmærksomme på DM med vaskulære komplikationer, mens blot 1/3 overvejer større operation/immobilisation eller hypercholesterolæmi.

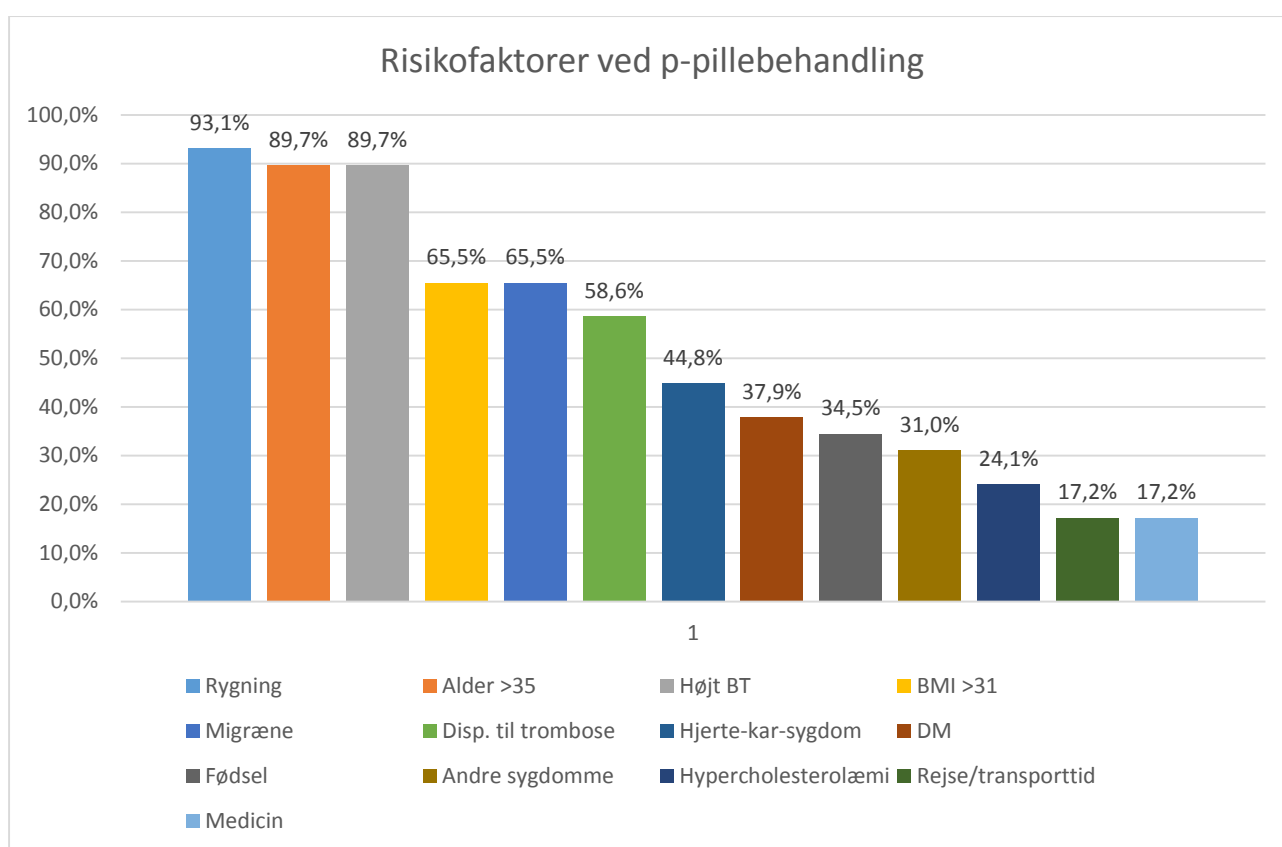
Diagram 10 Kontraindikationer ved opstart af p-piller, spørgeskemaundersøgelse.



Risikofaktorer

Sundhedsstyrelsen anbefaler at udvalgte risikofaktorer kontrolleres "regelmæssigt". De adspurgte alment praktiserende læger svarer meget varierende i forhold til, hvilke risikofaktorer de rutinemæssigt spørger ind til eller er opmærksomme på ved p-pillekontrollerne. Hyppigst er lægerne opmærksomme på rygning, alder >35 år eller hypertension. Kun 2/3 angiver at være opmærksomme på BMI >30 eller migræne. Omkring halvdelen angiver, at de overvejer familiær disposition til tromboembolisk sygdom eller hjerte-kar-sygdom hos patienten, mens blot 1/3 er opmærksomme på diabetes mellitus, fødsel inden for de seneste par uger eller andre sygdomme, der kan øge risikoen for blodpropper. Værst står det til med risikofaktorerne længere flyrejse/immobilisering eller medicin, der øger risikoen for blodpropper, hvor svarraterne kun er 17,2 % for begge risikofaktorer.

Diagram 11 Risikofaktorer ved p-pillebehandling, spørgeskemaundersøgelse



Diskussion

Vi har gennemgået journalmateriale på kvinder, der anvendte kombinerede hormonelle kontrceptiva i 2 forskellige praksis. Vi har primært beskæftiget os med journalmateriale fra 2014, men for kvinder i behandling med 3./4. generations p-piller har vi kigget så langt tilbage i journalerne som 2009. Generelt ser det ud til, at de praktiserende læger er bekendte med gældende rekommandationer om at anbefale 2. generations p-piller. Således blev 55,4 % af de kvinder, der anvendte 3. generations p-piller i praksis 1 og 67,5 % i praksis 2 tilbudt at skifte til 2. generations p-piller i 2014.

Det har vist sig at være relativt nemt og tilgængeligt at ekstrahere data fra XMO og anvende i dem i kvalitetsarbejdet i praksis nu, hvor datafangst er sat på standby. Det giver efter vores mening rige muligheder for at arbejde analytisk med patientdata i egen praksis.

Der er markant forskel på, hvor mange kvinder der i løbet af et år kommer til p-pillekontrol. I praksis 1 var det 28,8 % og i praksis 2 var det 83,8 %. Det er således vidt forskelligt, hvorledes de respektive praksis tolker Sundhedsstyrelses vejledning om "regelmæssig" kontrol. Det kan diskuteres, hvad der menes med "regelmæssig", og det er ingen selvfølge at kontrol/opfølgning skal ske én gang årligt. Lægerne imellem er der i hvert fald delte meninger, hvilket også ses i spørgeskemaundersøgelsen. Langt størstedelen af lægerne er tilhængere af årlig kontrol.

I begge praksis var lægerne gode til at følge op på de kvinder, der ved kontrol havde forhøjet blodtryk. Reelt set var der således ingen af de kontrollerede patienter, der havde hypertension i 2014.

Der er også stor forskel mellem praksis på, hvilke aldersgruppe, der er "bedst" til at komme til p-pillekontrol. I praksis 1 er det gruppen af 45-49-årige, der hyppigst kommer til p-pillekontrol (50 %), mens ingen af de 50-54-årige mødte op. I praksis 2 er der generelt et fint fremmøde og fraset den ene patient i gruppen 50-54 år, var de 14-19-årige bedst til at møde op til kontrol (92,6 %). Dette kan måske forklares ud fra det faktum, at p-pillebehandlingen ofte opstartes, mens kvinderne befinder sig i aldersgruppe 14-19-årige, og måske er kvinderne mere tilbøjelige til at komme til kontrol i de først år efter opstart.

Det er tankevækkende, at der i begge praksis er patienter over 50 år i behandling med p-piller, og at ingen af disse mødte op til kontrol i praksis 1. Der kan være flere årsager til dette. Måske er der tale om en velovervejede, lægefaglig accept af, at kvinden trods risikofaktorer ønsker at fortsætte behandlingen med p-piller. Ved nærmere gennemgang af journalmateriale på de i alt 7 kvinder fandt vi, at der i skrivende stund kun er én kvinde over 50 år, der fortsat er i behandling med p-piller. 5 af de 7 kvinder anvendte p-pillerne som prævention efter eget ønske, mens de to sidste var i behandling pga. hhv. acne og menstruationsrelateret migræne.

Der er potentielle fejlkilder i vores dataindsamling.

Kvinder, der er startet på p-piller i slutningen af 2014 og som således ikke har kunnet nå at komme til opfølgende kontrol, har vi valgt at inkludere i vores data. P-pilleopstarten tæller således med i statistikken som en kontrol. Man kan diskutere, om kvinderne burde have været ekskluderet, idet det giver flere registrerede kontroller, end der reelt er.

For kvinder som i 2014 tilflyttede praksis, gennemgik vi journalmaterialet fra patientens tidligere læge. Havde tidligere læge fortaget en p-pillekontrol, talte denne også med i vores data. I de tilfælde, hvor vi ikke havde sufficient journalmateriale, blev kvinderne registeret som "ingen kontrol". Kvinderne kunne have været ekskluderet, idet data ikke var repræsentativt for den enkelte praksis og potentielt medførte registrering af færre kontroller, end der reelt var.

Det er formentlig ikke alle p-pillekontroller, der journalføres som sådan. Nogle kvinder kommer til lægen af anden grund og får i den forbindelse fornyet deres p-pillerecept, uden at det dokumenteres i journalen. Dette betyder dog ikke nødvendigvis, at lægen ikke har gjort sig nogle overvejelser i forbindelser med fornyelsen. Muligvis skulle flere kvinder således have været registreret som havende fået foretaget p-pillekontrol i vores data.

Vi har valgt kun at kigge på, om kvinderne kom til kontrol indenfor 2014; det betyder naturligvis ikke, at de kvinder, der ikke kom til kontrol i 2014, ikke kom til kontrol på et andet tidspunkt. Havde vi kigget på samtlige p-pillekontroller f.eks. fra 2010 til 2015, kunne vi have udregnet en gennemsnitlig kontroltid og dermed fået et mere reel billede af, hvor ofte kvinderne kommer til kontrol. Dette ville dog have været et meget omfangsrigt arbejde. I så fald ville der formentlig have været flere p-pillekontroller end dem, vi har registreret.

Der var stor forskel på antallet af årlige p-pillekontroller de to praksis imellem, men vi arbejdede også med en relativt lille kohorte (326 patienter i praksis 1 og 413 i praksis 2). Det kan således være svært at sige noget helt generelt om p-pillebehandling og -kontroller. Vi kunne have inkluderet flere patienter, men det ville kræve, at vi enten søgte på patienter inden for et bredere tidsinterval, eller at vi inkluderede patienter fra andre praksis.

Alt i alt undervurderer vi antal kontroller, således at der reelt set er flere kontroller end vores data viser. I den forbindelse kunne det være interessant at søge på ydelseskoden 2141 (fortsat kontrol af svangerskabsforebyggende teknik) for hver praksis og se, om antallet af ydelser stemmer overens med de tal, vi er kommet frem til. Formentlig vil en søgning på ydelseskoden give et mere præcist billede af antal p-pillekontroller, idet vi formoder, at de praktiserende læger er omhyggelige med at registrere de korrekte koder. Samtidig får vi sorteret de patienter fra, der kommer til opstart af p-piller, idet denne ydelse registreres med en anden ydelseskode (2142: Vejledning i svangerskabsforebyggende metode ved 1. henvendelse eller overgang til anden teknik).

Sundhedsstyrelsens vejledning for opstart og kontrol af p-piller er dels omfangsrig, dels vag i sin udtalelser om hyppigheden af kontroller. Der nævnes således en lang række kontraindikationer og risikofaktorer, som bør kontrolleres "regelmæssigt", men hvor ofte dette skal gøres nævnes ikke. Vores undersøgelse viser da også, at en del af lægerne ikke er opmærksomme på samtlige af de nævnte risikofaktorer. Faktisk var det kun 1 ud af de 29 læger, der angav at være opmærksom på eller spørge ind til samtlige af de nævnte kontraindikationer og risikofaktorer. Spørgsmålet er, om vejledningen er for omfangsrig til, at den kan bruges i det daglige kliniske arbejde i en almen praksis, eller om lægerne ikke er grundige nok. Det kunne være interessant at spørge ind til, om lægerne var bekendte med den nævnte vejledning fra Sundhedsstyrelsen, eller om de havde hentet deres faglige viden andre steder.

På den ene side kunne det være praktisk med en mere konkret anbefaling for, hvor hyppigt kvinderne skal kontrolleres. På den anden side kunne det give anledning til faglige frustrationer fra lægernes side, hvis vejledningen bliver for specifik. Det levner ikke meget plads til individuel faglig vurdering af patienterne, hvis SST dikterer, at alle skal komme til kontrol fx én gang årligt. Desuden kunne lægerne måske juridisk komme "i klemme", hvis SST dikterer, at kvinderne *skal* komme til kontrol en gang årligt, idet en del kvinder simpelthen ikke dukker op; hvem ville i så fald være ansvarlig for, om kontroltiden overholdes: Lægen eller patienten?

SST kalder deres vejledning for en "tjekliste", der skal anvendes for at understøtte konsultationen inden ordination af p-piller. Vejledningen fylder 2½ A4-side og er således noget omfangsrig i forhold til en almindelig p-pillekonsultation, hvor der typisk er afsat 10 minutter. Vi efterlyser en reel tjekliste på max 1 A4-side som visuelt er langt mere overskuelig og brugbar med det formål at lette det daglige kliniske arbejde.

Appendix 1 - ACT-koder for kombinerede hormonelle kontrceptiva

Monofasepræparater	Handelsnavn
G03AA01 Etyndiol og ethinylestradiol	
G03AA03 Lynestrenol og ethinylestradiol	
G03AA05 Norethisteron og ethinylestradiol	
G03AA07 Levonorgestrel og ethinylestradiol (2. generation)	Anastrella, Ethinylestradiol/levonorgestrel, Etnor, Femicept, Loette 28, Malonetta, Microgyn, Microstad, Rigevidon,
G03AA09 Desogestrel og ethinylestradiol (3. generation)	Daisynelle, Denise, Femelle, Femistad, Marvelon, Mercilon
G03AA10 Gestoden og ethinylestradiol (3. generation)	Gestinyl, Gestodilat, Harmonet, Minero, Minulet, Modina,
G03AA11 Norgestimat og ethinylestradiol (2. generation)	Cilest
G03AA12 Drospirenon og ethinylestradiol (4. generation)	Cleosensa, Dretine, Estron, Estron 28, Finminette, Stefaminelle, Veyann, Yasmin, Yasmin 28, Yasminelle, Yaz
G03AA13 Norelgestromin og ethinylestradiol (2. generation)	Evra
G03AA14 Nomegestrol og ethinylestradiol (ej klassificeret)	Zoely
G03HB01 Cyproteronacetat og ethinylestradiol (uden for klassifikation)	Cypretyl, Diane Mite, Feminil Mite, Vreya, Zyrona
Flerfasepræparater	Handelsnavn
G03AB03 Levonorgestrel og ethinylestradiol (2. generation)	Trinordiol, Triregol, Triquilar (udgået 31/8-15)
G03AB04 Norethisteron og ethinylestradiol	
G03AB05 Desogestrel og ethinylestradiol	Gracil (3. generation)
G03AB06 Gestoden og ethinylestradiol (3. generation)	Samme kombination som G03AA10
G03AB08 Dienogest og ethinylestradiol	Qlaira (1. generations gestagen)
Lokal anvendelse	Handelsnavn
G02BB01 Etonogestrel og ethinylestradiol (3. generation)	NuvaRing

Appendix 2 - Tabeller og diagrammer

Tabel 3a Aldersfordeling for p-piller med 2. generations gestagen - praksis 1

14-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	I alt
57	83	49	16	18	9	2	1	235
24,3%	35,3%	20,9%	6,8%	7,7%	3,8%	0,9%	0,4%	100%

Tabel 3b Aldersfordeling for p-piller med 2. generations gestagen - praksis 2

14-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	I alt
53	159	85	38	15	21	12	0	383
13,8 %	41,5 %	22,2 %	9,9 %	3,9 %	5,5 %	3,1 %	0,0 %	100,0 %

Tabel 4a Aldersfordeling for p-piller med 3./4. generations gestagen - praksis 1

14-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	I alt
3	20	26	3	6	8	8	3	77
3,9%	26,0%	33,8%	3,9%	7,8%	10,4%	10,4%	3,9%	

Tabel 4b Aldersfordeling for p-piller med 3./4. generations gestagen - praksis 2

14-19 år	20-24 år	25-29 år	30-34 år	35-39 år	40-44 år	45-49 år	50-54 år	I alt
1	8	15	2	1	0	0	0	27
3,7 %	29,6 %	55,6 %	7,4 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %

Diagram 6 Forbrug af p-piller med 2. generations gestagen i praksis 2

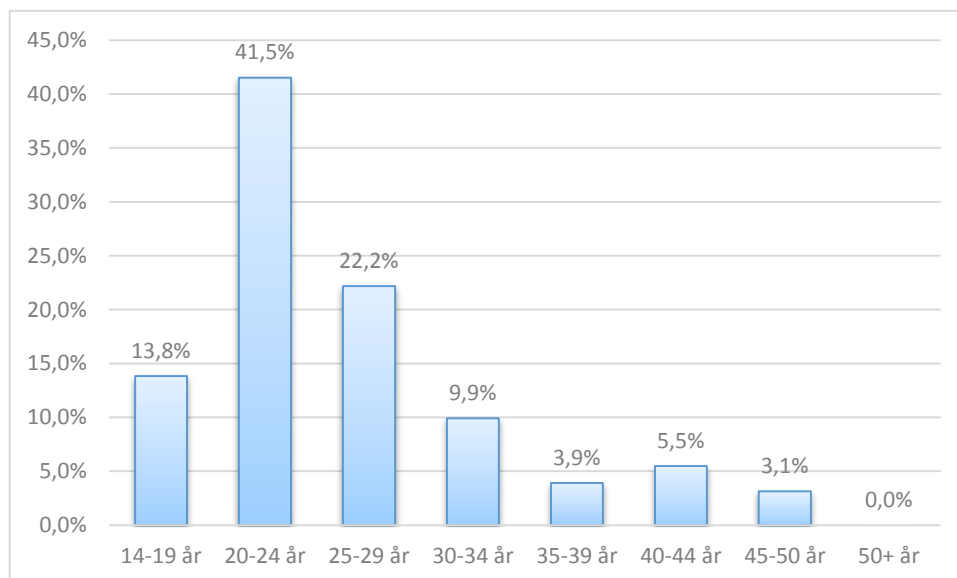
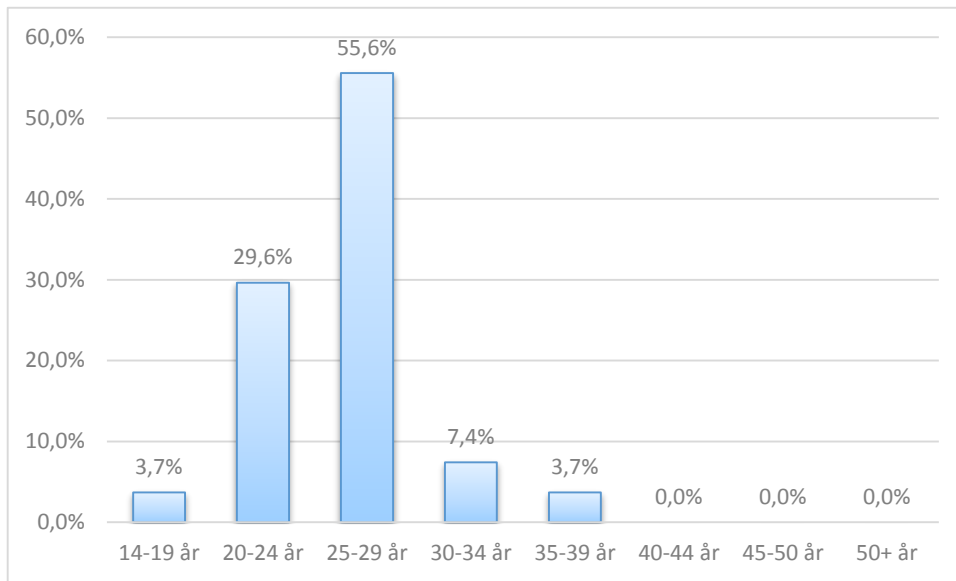


Diagram 7 Forbrug af p-piller med 3./4. generations gestagen i praksis 2



Appendix 3 - Spørgeskema vedr. p-pillekontrol i almen praksis

1. Hvem står for hovedparten (>50 %) af p-pillekontrollerne efter opstart i din praksis?
 Der foretages ingen efterfølgende kontroller i praksis
 Læge Sygeplejerske Andet klinikpersonale

2. Kommer kvinderne i din praksis til en 1. kontrol efter opstart af p-piller?
 Ja Nej
Hvis ja, hvornår?
 Aldrig Efter 3. måneder Efter 6. måneder Efter 9 måneder
 Efter 1 år Efter 2 år

3. Hvor ofte kommer kvinderne efterfølgende til kontrol i din praksis (fra 2. kontrol og fremad)?
 Aldrig Hver 3. måned Hver 6. måned Hver 9 måned
 Årligt Hver 2. år Sjældnere

4. Hvor ofte mener du, kvinderne bør komme til kontrol?
 Aldrig Hver 3. måned Hver 6. måned Hver 9 måned
 Årligt Hver 2. år Sjældnere

5. Hvilke af følgende kontraindikationer spørger du ind til/er du opmærksom på i forbindelse med *opstart af behandling* med kombinerede hormonelle kontrceptiva?
 Nuværende eller tidligere tromboembolisk hændelse
 Kendt blodkoagulations sygdom
 Migræne med aura
 Diabetes mellitus med vaskulære komplikationer
 Meget højt blodtryk, f.eks. systolisk ≥ 160 eller diastolisk ≥ 100 mmHg
 Meget højt indhold af lipider i blodet
 Større operation eller en periode med langvarig immobilisering inden for nærmeste fremtid

6. Hvilke af følgende risikofaktorer spørger du ind til/er du opmærksom på i forbindelse med *kontrol af behandling* med kombinerede hormonelle kontrceptiva?
 BMI over 30
 Alder over 35 år
 Rygning
 Højt blodtryk, f.eks. systolisk 140-159 eller diastolisk 90-99 mmHg
 Et nært familiemedlem, som har haft en tromboembolisk hændelse i en ung alder (<50 år)
 Hypercholesterolæmi hos patienten eller nogen i hendes nærmeste familie
 Migræne
 Hjerte-kar-sygdom f.eks. atrieflimren, arytmie, koronarsklerose, hjerteklapsygdom
 Diabetes mellitus
 Fødsel inden for de seneste par uger
 Lang flyrejse (>4 timer) eller dagligt transporttid over 4 timer pr. dag
 Andre sygdomstilstande, som kan øge risikoen for blodpropper
 Medicin, som kan øge risikoen for blodpropper

Evt. kommentarer:
