Varför gör vi som vi gör men inte som vi ska?

Helena Kopp Kallner
Överläkare, docent
Danderyds Sjukhus, Karolinska Institutet

Jävsförklaring

Jag föreläser för: Abbvie, Actavis, Bayer, Campus Pharma Gedeon Richter Exeltis, Nordic Pharma, Natural Cycles, Mithra, Consilient Health, Ferring och MSD inom antikonception och myom

Jag har expertuppdrag för: Bayer, Evolan, Gedeon Richter, Exeltis, MSD, Teva, TV4 och Natural Cycles, Pharmiva, Dynamic Code (uppsagt från min sida), Ellen, Estercare, Pharmiva, Gedea och Leia inom ovanstående

Jag är prövare i studier sponsrade av Bayer, MSD, Mithra, Ethicon, Azanta, Gedeon Richter, Gedea and Pharmiva

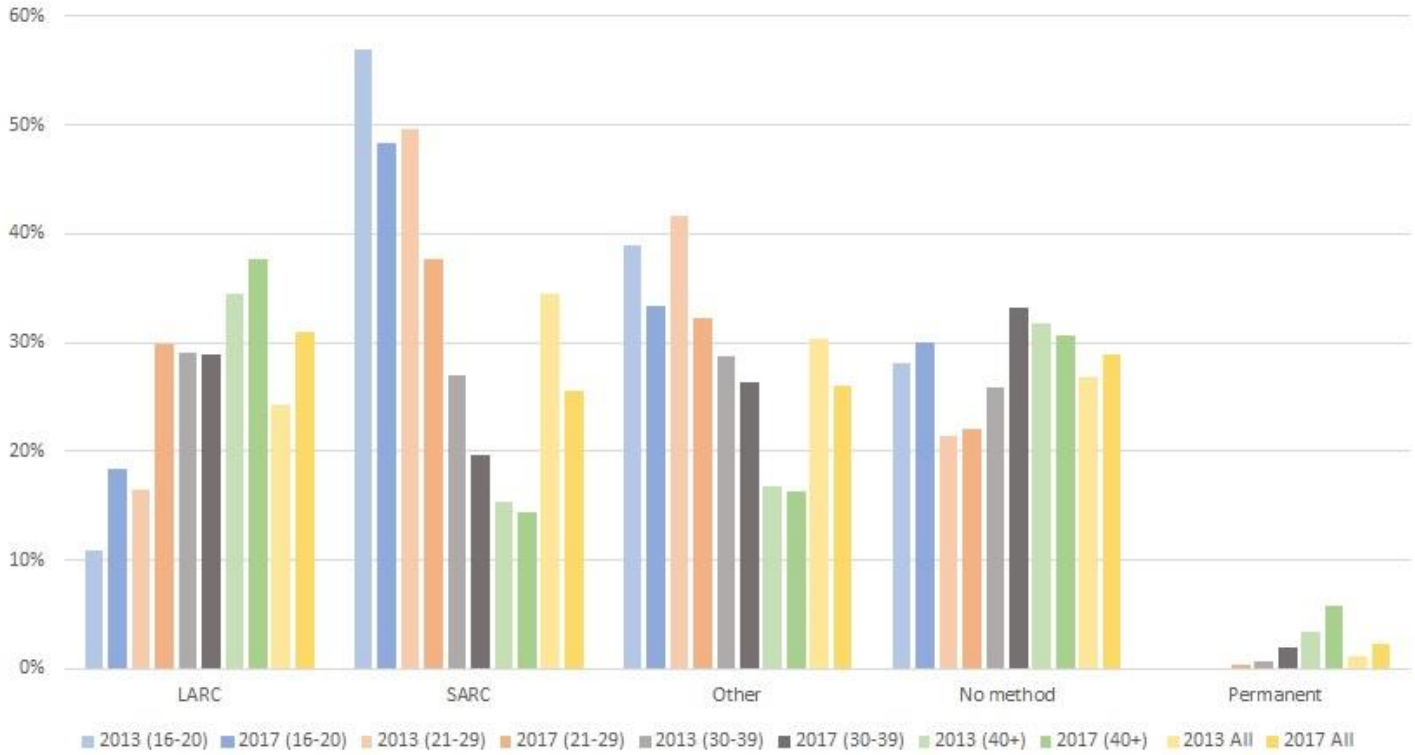
Jag undervisar på kurser sponsrade av: Organon, Bayer och Gedeon Richter

Jag undervisar på kurser organiserade av: SFOG, Karolinska Institutet, Sophiahemmet (läkarutbildning och barnmorskeutbildningen) samt på utbildningsdagar ordnade av diverse landsting

Jag har skrivit avsnitt i: Preventivmedelsguiden (sponsrad av Bayer) samt i Läkemedelverkets rekommendationer för antikonception och bokkapitel för 1,6miljonersklubben

Jag sitter i verkställande utskottet för styrelsen för European Society of Contraception and Reproductive Health.

Preventivmedelsanvändning i Sverige



Kopp Kallner H, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Gemzell Danielsson K (2015) Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women - A Nationwide Survey. **PLoS ONE** 10(5): e0125990. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125990.

Trends in use… Hellström 2018 Europ J of Contraception and reproductive health

Använder vi LARC så mycket som vi borde?
Kvinnans perspektiv…

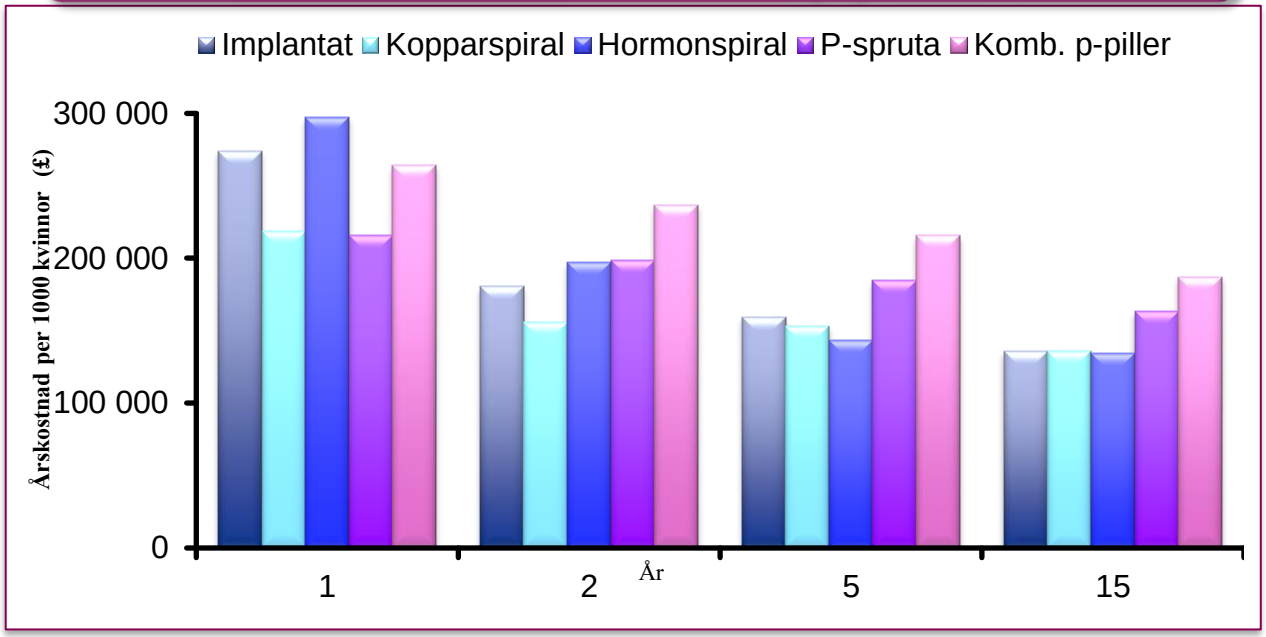
Country	N	Women reporting that contraception not requiring daily, weekly or monthly dosing would 'make things easier' (%)	Women who would consider using a hormonal contraceptive not requiring daily, weekly or monthly dosing (%)
United States	2,537	–	81
United Kingdom	329	80	82
France	333	87	68
Germany	327	87	87
Spain	318	89	81
Italy	317	87	87
Brazil	315	88	77
Australia	316	87	80
Russia	328	91	88

Kvinnor föredrar preventivmedel som de inte behöver tänka på varje dag![1]

Hooper DJ. Clin Drug Investig 2010;30:749−63

Använder vi LARC så mycket som vi borde? Samhällets perspektiv…

Ur ett brittiskt perspektiv var alla LARCs kostnadseffektivare än p-piller[1]



Mavranezouli I et al. Hum Reprod 2008;23(6):1338−45

Adherence to pill intake

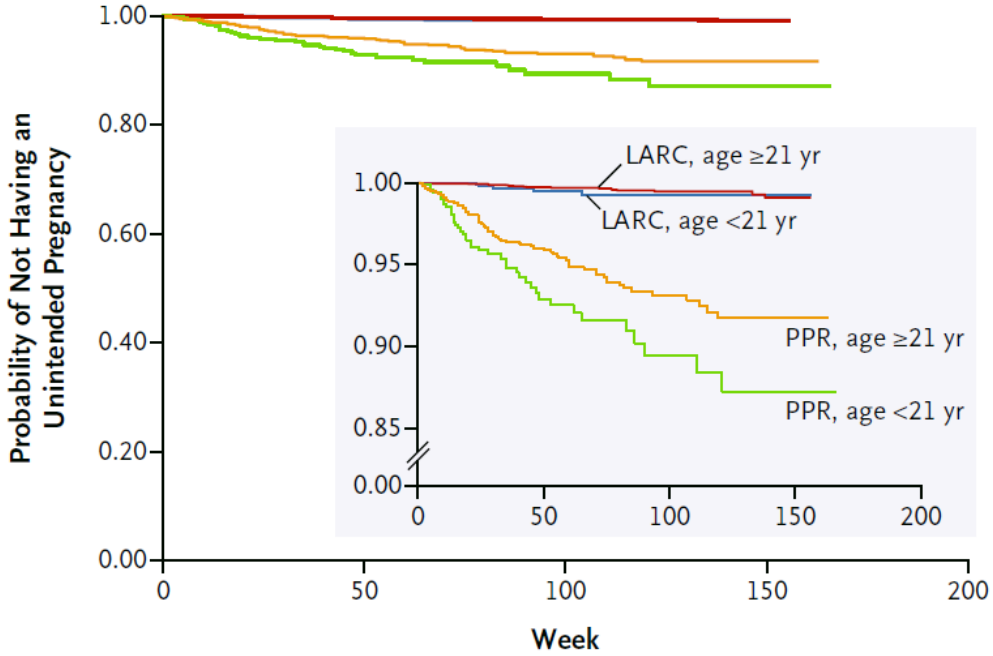
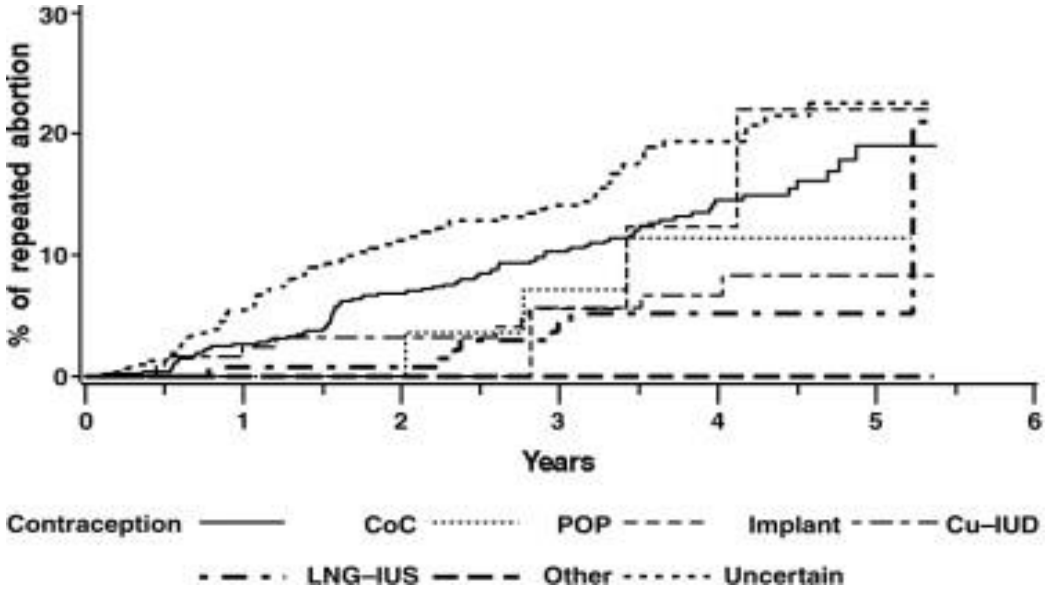


Figure 2. Probability of Not Having an Unintended Pregnancy, According to Contraceptive Method and Age.

N Engl J Med. 2012 May 24;366(21):1998-2007. doi: 10.1056/NEJMoa1110855. Effectiveness of long-acting reversible contraception. Winner B1, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Secura

Resultat från Skottland och Finland

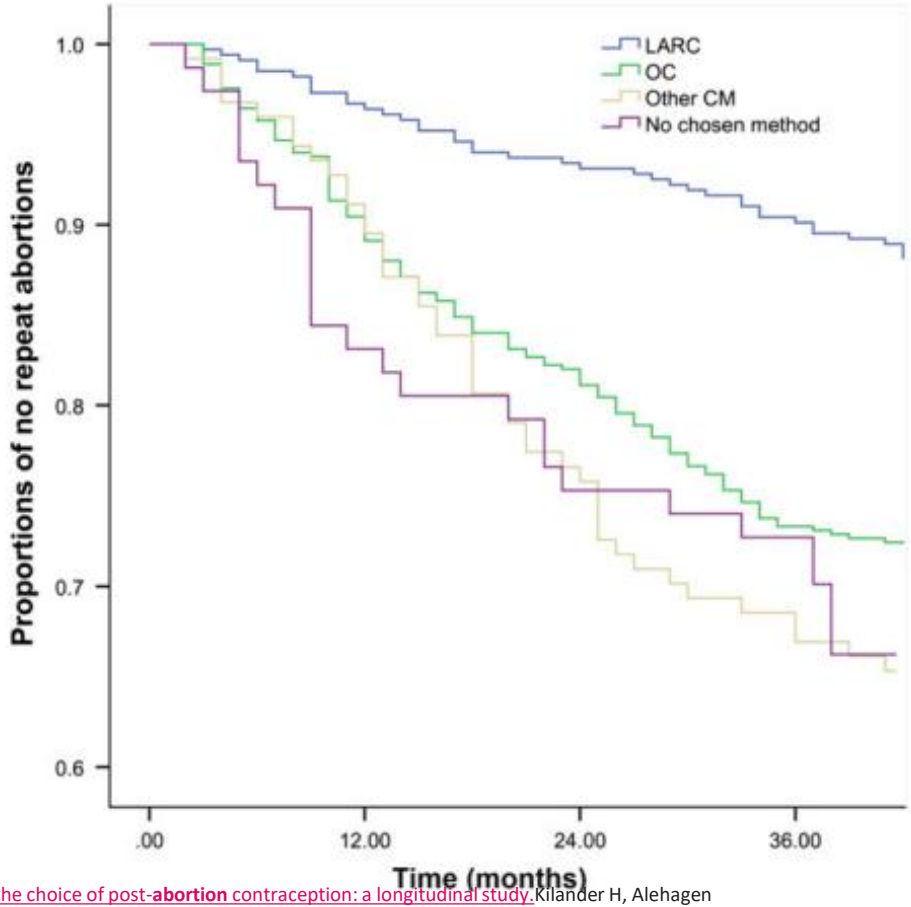
Skottland: Kvinnor som valde spiral och implantat hade en ca 20 gånger lägre risk att uppleva en ny oönskad graviditet inom 2 år



Cameron ST[1], Glasier A, Chen ZE, Johnstone A, Dunlop C, Heller R. **Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy.** BJOG. 2012 Aug;119(9):1074-80

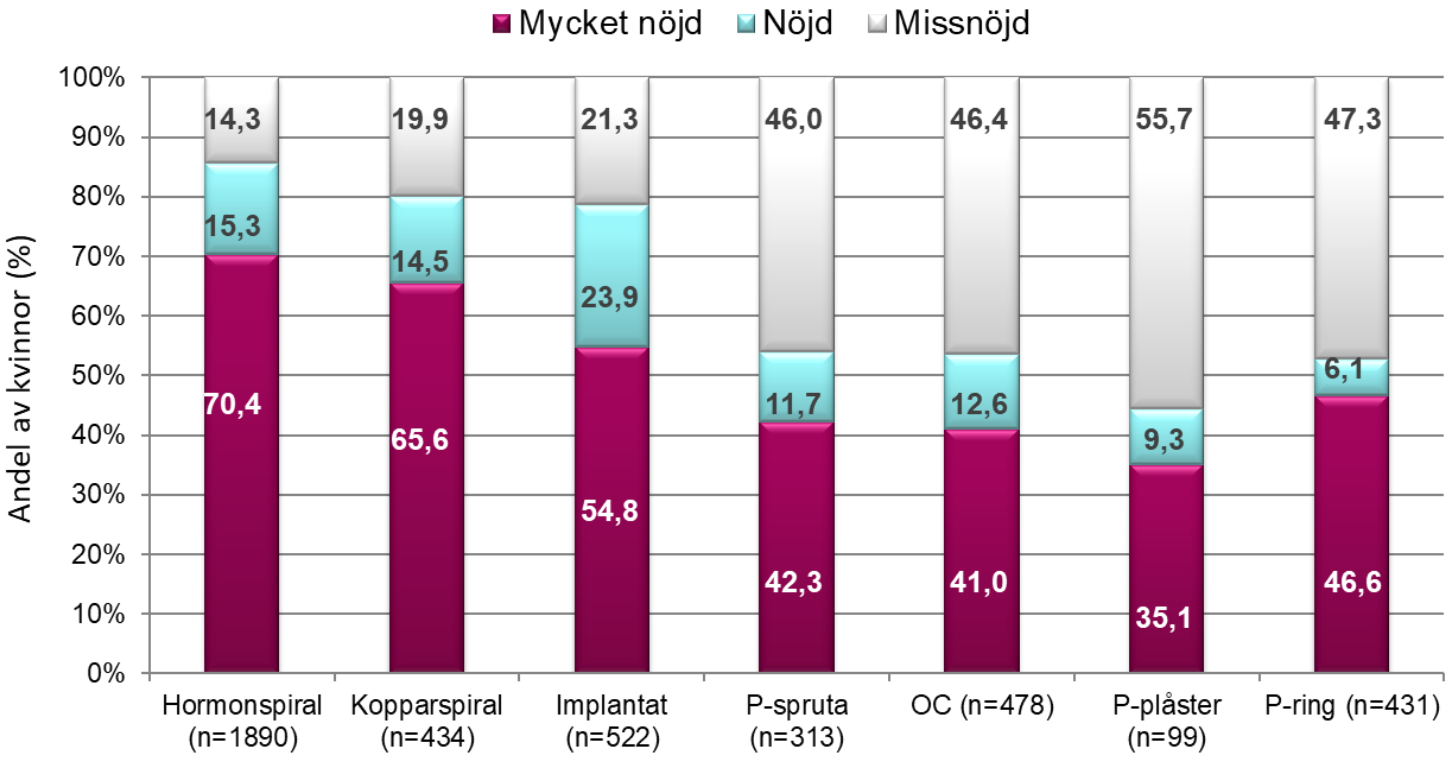
Heikinheimo O , Gissler M , Suhonen S **Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion** Contraception, Volume 78, Issue 2, 2008, 149 - 154

Svenska data



Likelihood of repeat **abortion** in a Swedish cohort according to the choice of post-**abortion** contraception: a longitudinal study.Kilander H, Alehagen S, Svedlund L, Westlund K, Thor J, Brynhildsen J.Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 May;95(5):565-71.

I CHOICE-studien är kvinnor mest nöjda med långverkande preventivmedel



Peipert JF, et al. Obstet Gynecol 2011;117:1105-13

Vad påverkar oss när det gäller spiralanvändning[1]

System	Vårdgivare	Kvinna
• Vem sätter in spiral? • Hur ser rekommendationer • nationella och lokala PM. • Finansiering • lönsamhet	• Vårgivares information • Misstro till användning i olika grupper av kvinnor • Misstro till sin egen förmåga att sätta in spiraler • Rädsla för smärta hos kvinnan	• Okunskap om olika metoders effektivitet • Misstro kring farlighet • föreställningar kring blödning • Ogillande av att ha något kroppen • Tror att spiral orsakar abort • Rädsla för smärta

Resultat

Signifikant fler i interventionsgruppen valde en LARC

	LARC val		Interventionseffekt		P-värde
	Intervention (n = 658)	Kontroll (n = 680)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	Adj. OR
Total (n = 1338)	267 (40.6%)	206 (30.3%)	1.70 (1.19-2.35)	2.77 (1.99-3.86)	<0.001
Abort-mottagning (n=226)	83 (74.8%)	64 (55.7%)	2.36 (1.34-4.15)	3.37 (1.76-6.47)	<0.001
Ungdoms-mottagning (n=582)	123 (43.5%)	76 (25.4%)	2.31 (1.48-3.62)	3.31 (2.01-5.46)	<0.001
Barnmorske-mottagning (n = 530)	61 (23.1%)	66 (24.8%)	0.99 (0.53-1.83)	1.92 (1.03-3.57)	0.039

Justerat för ålder, högsta avslutade utbildning, tidigare graviditet med eller utan abort, planerad LARC och kliniktyp

Resultat

Av de som <u>inte planerat LARC</u> valde ändå signifikant fler LARC i interventionsgruppen

- Intervention, 145/523, **27.7%**
- Kontroll, 66/513, **12.9%**

OR 3.02, 95% CI 2.14 - 4.28

Resultat

Signifikant fler i interventionsgruppen <u>startade</u> även med LARC

3 månaders uppföljning

- Intervention, 213/528, **40.3%**
- Kontroll, 153/531, **28.8%**

OR 1.74, 95% CI 1.22-2.49

Resultat

Signifikant färre graviditeter på abortmottagningarna redan efter 12 månader

	Intervention n (%)	Kontroll n (%)	Odds Ratio* (95% CI)	P-värde
Total (n = 1289)	39/634 (6.2%)	56/655 (8.5%)	0.75 (0.43-1.31)	0.307
Abort-mottagning (n=203)	13/101 (12.9%)	28/103 (27.2%)	0.39 (0.18-0.88)	0.023
Ungdoms-mottagning (n=571)	10/279 (3.6%)	17/292 (5.8%)	0.60 (0.26-1.37)	0.227
Barnmorske-mottagning (n = 515)	16/254 (6.3%)	11/260 (4.2%)	1.52 (0.67-3.43)	0.315

BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology
Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

DOI: 10.1111/1471-0528.16754
www.bjog.org

Increasing uptake of long-acting reversible contraception with structured contraceptive counselling: cluster randomised controlled trial (the LOWE trial)

K Emtell Iwarsson,[a,b,*] N Envall,[a,c,*] I Bizjak,[a,b] J Bring,[d] H Kopp Kallner,[e,f] K Gemzell-Danielsson[a,b]

[a] Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden [b] Department of Obstetrics and Gynaecology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden [c] School of Health and Welfare, Dalarna University, Falun, Sweden [d] Statisticon Inc., Uppsala, Sweden [e] Division of Obstetrics and Gynaecology, Department of Clinical Sciences at Danderyd Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden [f] Department of Obstetrics and Gynaecology, Danderyd Hospital, Stockholm, Sweden
Correspondence: K Gemzell-Danielsson, WHO-Centre, QB:84, Karolinska University Hospital Solna, Karolinska vägen 37A, Stockholm SE-171 76, Sweden. Email: kristina.gemzell@ki.se

Accepted 29 April 2021.

Objective To evaluate the effect of structured contraceptive counselling on the uptake of long-acting reversible contraceptives (LARCs) and pregnancy rates.

Design Cluster randomised trial.

Setting Abortion, youth and maternal health clinics in Stockholm, Sweden.

Population Sexually active women aged ≥18 years without a wish for pregnancy seeking abortion and/or contraceptive counselling.

Methods For participants in clinics randomised to intervention, trained healthcare providers implemented a study-specific intervention package designed for structured contraceptive counselling. Participants in the control clinics received routine counselling.

Main outcome measures The primary outcome was choice of LARCs at first visit. Secondary outcomes were LARC initiation at 3 months and pregnancy rates at 3 and 12 months. We used logistic mixed-effects models with random intercept for clinic to account for clustering.

Results From September 2017 to May 2019, 28 randomised clinics enrolled 1364 participants. Analyses including 1338 subjects showed that more participants in the intervention group compared with the control group chose LARCs: 267/658 (40.6%) versus 206/680 (30.3%) (OR 2.77, 95% CI 1.99–3.86). LARC initiation was higher in the intervention group compared with the control group: 213/528 (40.3%) versus 153/531 (28.8%) (OR 1.74, 95% CI 1.22–2.49). At the abortion clinics, the pregnancy rate was significantly lower at 12 months in the intervention group compared with the control group: 13/101 (12.9%) versus 28/103 (27.2%) (OR 0.39, 95% CI 0.18–0.88).

Conclusions Structured contraceptive counselling increased LARC uptake in all clinics and significantly reduced unintended pregnancy rates in abortion clinics at the 12 months follow-up.

Keywords Contraception, counselling, long-acting reversible contraceptive, unintended pregnancy.

Tweetable abstract Structured contraceptive counselling increased LARC uptake and reduced pregnancy rates at 12 months.

Please cite this paper as: Emtell Iwarsson K, Envall N, Bizjak I, Bring J, Kopp Kallner H, Gemzell Danielsson K. Increasing uptake of long-acting reversible contraception with structured contraceptive counselling: cluster randomised controlled trial (the LOWE trial). BJOG 2021; https://doi.org/10.1111/1471-0528.16754.

Introduction

There are no consistent recommendations or models on how to provide effective contraceptive counselling involving informed decision making that results in fewer unintended pregnancies. Information from providers may be affected by provider bias and evidence shows that some women may experience contraceptive coercion.[1,2] On the other hand, leaving the patient without any guidance is far from ideal. Rather, informed choice should be an essential guiding principle.

Surveys in Sweden have shown that effectiveness in the prevention of unintended pregnancy is seen as the most

*Joint first authorship.

Trial registration: ClinicalTrials.gov (NCT03269357) URL https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03269357?term=NCT03269357&draw=2&rank=1

© 2021 The Authors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* published by John Wiley & Sons Ltd.
This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

Karolinska Institutet

SFOGs råd för digital prevförskrivning

SFOG-råd för preventivmedelsrådgivning och förskrivning av preventivmedel på distans

SFOG och FARG har en positiv hållning till den ökade tillgängligheten som preventivmedelsrådgivning på distans via videolänk. En ökad tillgänglighet kan ge fler kvinnor tillgång till ett lämpligt preventivmedel och därmed förhindra oönskade graviditeter.

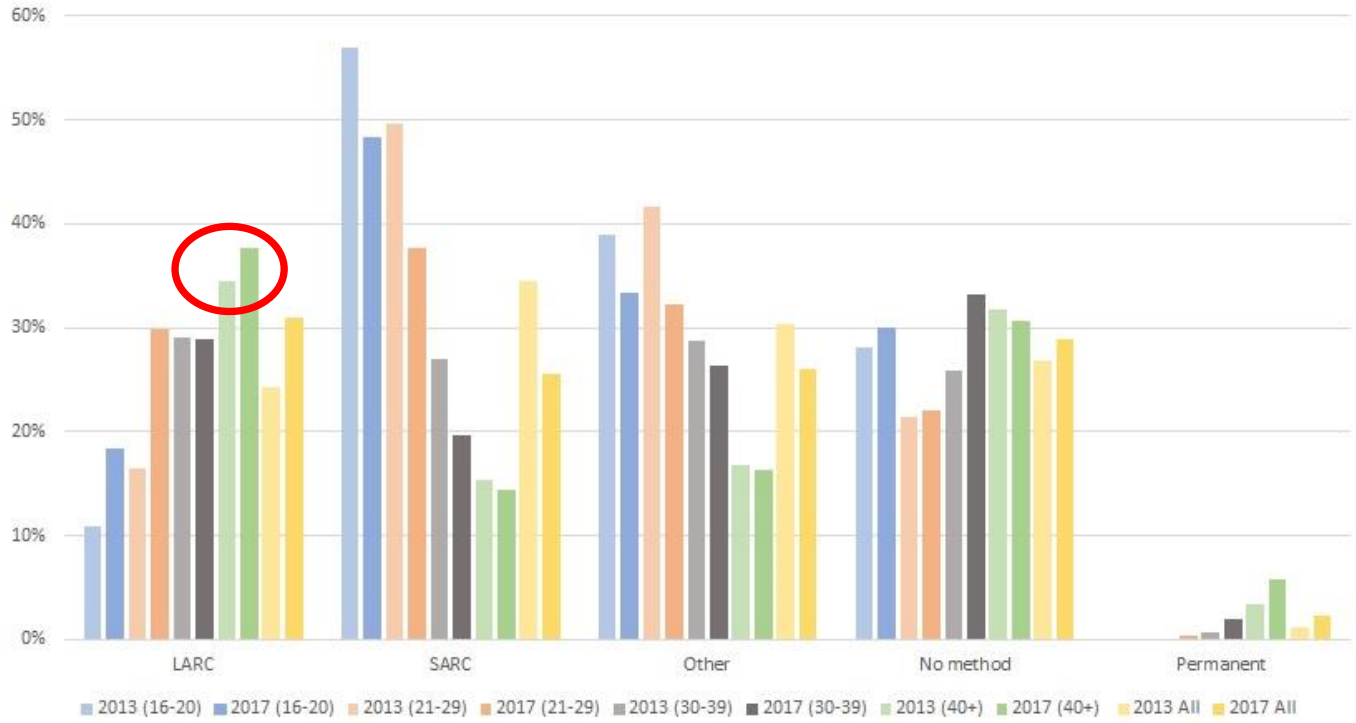
Det är dock viktigt att preventivmedelsrådgivning på distans inte innebär en kvalitetssänkning som istället riskerar att utsätta fler kvinnor för oönskad graviditet. För att säkerställa att preventivmedelsrådgivning och förskrivning på distans håller minst samma kvalitet som vid fysiska besök har SFOG beslutat om följande råd för konsultationer via distanskontakt.

Vid preventivmedelsrådgivning och förskrivning på distans ska vårdgivaren:

- säkerställa att endast sjukvårdspersonal med goda och uppdaterade kunskaper om preventivmedelsrådgivning/förskrivning, dvs en person med adekvat utbildning motsvarade den som barnmorskor eller gynekologer har, handlägger dessa ärenden. Detta gäller även om ärendet rör sig om receptförnyelse.
- inhämta fullgod medicinsk historia/anamnes för att bl.a. identifiera eventuella kontraindikationer, samt vid förskrivning av kombinerade metoder säkerställa att patienten kontrollerar blodtryck med 1-2 års mellanrum.
- **erbjuda preventivmedelsrådgivning/-förskrivning som täcker alla preventivmetoder. Förskrivning ska ske för 1 år i taget. Endast i medicinskt motiverade undantagsfall eller på patientens begäran ska förskrivning ske för kortare period.**
- kunna förevisa de olika preventivmedel som finns.
- alltid erbjuda patienten en dialog, muntligt eller skriftligt, vid preventivmedelsrådgivning/-förskrivning.
- precis som den fysiska öppenvården ha förskrivning av 40% långverkande preventivmedel (spiral och p-stav) som kvalitetsmål*.
- alltid informera om långcykelanvändning till kvinnor som har kortverkande hormonell metod- oavsett om ärendet rör nyförskrivning eller receptförnyelse.
- alltid inhämta kunskap om patientens risk för STI och oplanerad graviditet, samt om kvinnan kan ha nytta av positiva hälsoeffekter av preventivmetoder.

https://www.sfog.se/media/337029/kvalitetsmaal-antikonception-farg-2020.pdf

Preventivmedelsanvändning i Sverige



Kopp Kallner H, Thunell L, Brynhildsen J, Lindeberg M, Gemzell Danielsson K (2015) Use of Contraception and Attitudes towards Contraceptive Use in Swedish Women - A Nationwide Survey. **PLoS ONE** 10(5): e0125990. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125990.

Trends in use… Hellström 2018 Europ J of Contraception and reproductive health

Fördelar med spiralinsättning vid elektiva sectio

- Spiralen hamnar på rätt plats
- Ingen risk för perforation
- Ingen ökad infektionsrisk
- Kvinnan får ett effektivt preventivmedel direkt efter förlossningen
- Alternativ till sterilisering
- Man slipper eventuellt obehag som en spiralinsättning annars kan innebära

Nackdelar

- Ökad utstötningsrisk? Vid kejsarsnitt (3,6%) [1] jämfört sedvanlig insättning >12 v postpartum (3-6%) [2,3]
- Operationen tar längre tid → ökad blödningsmängd?
- Innan vi fått in vanan, osäkerhet om tillvägagångssätt för operatören
- Svårt att få spiraltrådarna ut genom cervix
- Obehag från långa spiraltrådar
- Återbesök krävs till barnmorska på MVC 10 dgr - 3v efter operationen

För vems skull finns våra riktlinjer?

För vems skull finns vården?

Ska vi bara göra det som är ”lätt” för personalen?

När man vet vad som är bäst- är det rätt då att då göra något annat?

Hur väl följer vi riktlinjer om antikonception vid abort tex…

Contents lists available at ScienceDirect

Contraception

journal homepage: www.elsevier.com/locate/contraception

Original Research Article

Adherence to Swedish national recommendations for long acting reversible contraceptive provision at the time of medical abortion

Anna Egardt[a], Michael Algovik[a], Helena Kopp Kallner[b,c,*]

[a] Västervik Hospital, Sweden
[b] Department of Clinical Sciences, Danderyd Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
[c] Department of Obstetrics and Gynecology, Danderyd Hospital, Stockholm, Sweden

Table 2
Main reasons stated for not routinely offering immediate implant insertion and/or early IUD insertion after early medical abortion from 57 Swedish abortion clinics

Main reasons	Implant $n = 24$ n (%)	IUD n = 32 n (%)
Local routines not yet updated according to national guidelines	7 (29)	5 (16)
Insufficient number of midwives	0	8 (25)
Lack of time	6 (25)	1 (3)
Patients are referred to maternal health clinics	1 (4)	6 (19)
Nurse midwives do not always have the right skills	5 (21)	0
Physicians' reluctance to change local routines	0	3 (9)
Insertion one week after abortion as routine	2 (8)	0
The patients wish to wait until abortion is finished	2 (8)	0
Contraception is not patients' main priority	0	2 (6)
Other[a]	1 (4)	7 (22)

Table 3
Respondents from Swedish abortion clinics agreeing with other prespecified reasons for not routinely offering immediate implant insertion and/or early IUD insertion after early medical abortion

Other reasons	Implant $N = 24$ n (%)	IUD $N = 32$ n (%)
Our routines are good as they are	11 (46)	11 (34)
Insufficient number of nurse midwives	10 (42)	15 (47)
Nurse midwives do not have the right skills	9 (38)	9 (28)
Not enough rooms	8 (33)	10 (31)
Patients need to take responsibility and book appointment	6 (25)	6 (19)
Physicians in charge do not want us to do early LARC insertion	4 (17)	5 (16)
Benefits of early insertion have never been discussed	3 (13)	2 (6)
Physicians in charge do not write good instructions regarding early LARC insertion	3 (13)	4 (13)
The maternal health clinics want these patients	2 (8)	8 (25)
Nurse midwives are not interested in changing routines	1 (4)	1 (3)
Economic reasons	0	1 (3)
Our patients do not need early insertion	0	0
There is no pharmacy nearby where patients can buy the implant	0	N/A
Midwives do not want to take responsibility for early IUD insertion	N/A	0

IUD, intrauterine device including levonorgestrel intrauterine systems; LARC, long-acting reversible contraception.

Table 3
Respondents from Swedish abortion clinics agreeing with other prespecified reasons for not routinely offering immediate implant insertion and/or early IUD insertion after early medical abortion

Other reasons	Implant $N = 24$ n (%)	IUD $N = 32$ n (%)
Our routines are good as they are	11 (46)	11 (34)
Insufficient number of nurse midwives	10 (42)	15 (47)
Nurse midwives do not have the right skills	9 (38)	9 (28)
Not enough rooms	8 (33)	10 (31)
Patients need to take responsibility and book appointment	6 (25)	6 (19)
Physicians in charge do not want us to do early LARC insertion	4 (17)	5 (16)
Benefits of early insertion have never been discussed	3 (13)	2 (6)
Physicians in charge do not write good instructions regarding early LARC insertion	3 (13)	4 (13)
The maternal health clinics want these patients	2 (8)	8 (25)
Nurse midwives are not interested in changing routines	1 (4)	1 (3)
Economic reasons	0	1 (3)
Our patients do not need early insertion	0	0
There is no pharmacy nearby where patients can buy the implant	0	N/A
Midwives do not want to take responsibility for early IUD insertion	N/A	0

IUD, intrauterine device including levonorgestrel intrauterine systems; LARC, long-acting reversible contraception.

Table 3
Respondents from Swedish abortion clinics agreeing with other prespecified reasons for not routinely offering immediate implant insertion and/or early IUD insertion after early medical abortion

Other reasons	Implant $N = 24$ n (%)	IUD $N = 32$ n (%)
Our routines are good as they are	11 (46)	11 (34)
Insufficient number of nurse midwives	10 (42)	15 (47)
Nurse midwives do not have the right skills	9 (38)	9 (28)
Not enough rooms	8 (33)	10 (31)
Patients need to take responsibility and book appointment	6 (25)	6 (19)
Physicians in charge do not want us to do early LARC insertion	4 (17)	5 (16)
Benefits of early insertion have never been discussed	3 (13)	2 (6)
Physicians in charge do not write good instructions regarding early LARC insertion	3 (13)	4 (13)
The maternal health clinics want these patients	2 (8)	8 (25)
Nurse midwives are not interested in changing routines	1 (4)	1 (3)
Economic reasons	0	1 (3)
Our patients do not need early insertion	0	0
There is no pharmacy nearby where patients can buy the implant	0	N/A
Midwives do not want to take responsibility for early IUD insertion	N/A	0

IUD, intrauterine device including levonorgestrel intrauterine systems; LARC, long-acting reversible contraception.

Table 3
Respondents from Swedish abortion clinics agreeing with other prespecified reasons for not routinely offering immediate implant insertion and/or early IUD insertion after early medical abortion

Other reasons	Implant $N = 24$ n (%)	IUD $N = 32$ n (%)
Our routines are good as they are	11 (46)	11 (34)
Insufficient number of nurse midwives	10 (42)	15 (47)
Nurse midwives do not have the right skills	9 (38)	9 (28)
Not enough rooms	8 (33)	10 (31)
Patients need to take responsibility and book appointment	6 (25)	6 (19)
Physicians in charge do not want us to do early LARC insertion	4 (17)	5 (16)
Benefits of early insertion have never been discussed	3 (13)	2 (6)
Physicians in charge do not write good instructions regarding early LARC insertion	3 (13)	4 (13)
The maternal health clinics want these patients	2 (8)	8 (25)
Nurse midwives are not interested in changing routines	1 (4)	1 (3)
Economic reasons	0	1 (3)
Our patients do not need early insertion	0	0
There is no pharmacy nearby where patients can buy the implant	0	N/A
Midwives do not want to take responsibility for early IUD insertion	N/A	0

IUD, intrauterine device including levonorgestrel intrauterine systems; LARC, long-acting reversible contraception.

Vad gör du om du blir gravid igen?

Hur ser du på det?

Karolinska Institutet

Vad gör du om du blir gravid igen?

Hur ser du på det?

Hur ser du på att vården inte gör sitt bästa för att du ska kunna uppnå ditt mål…