

# Bruk av P-stav i allmennpraksis

*Gruppe K-6, H-07*

Ylva Kristine Bjørlykke  
Silje Vårdal Bredesen  
Hanne Marie Norseth  
Andreas Mathisen Hasselid  
Elisabeth Tallaksen Ulseth



**Prosjektoppgave i KLoK  
Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultat**

**UNIVERSITETET I OSLO**

**Desember 2012**

## INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
Hvorfor er dette et viktig emne? .....	3
Kvalitetsutfordring.....	4
Variasjon i praksis/gap mellom kunnskap og praksis.....	4
<b>KUNNSKAPSGRUNNLAGET .....</b>	<b>5</b>
Nasjonale og internasjonale retningslinjer.....	5
Søkestrategi og valg av kunnskapsmateriale.....	5
Kritisk vurdering av søkerresultatene.....	6
Eget kunnskapsgrunnlag- spørreskjemaer.....	8
<b>DAGENS PRAKSIS .....</b>	<b>9</b>
<b>INDIKATOR OG TILTAK .....</b>	<b>10</b>
Indikator .....	10
Tiltak.....	11
<b>PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS .....</b>	<b>12</b>
Forberedelse .....	13
<i>Planlegge</i> .....	14
<i>Utføre</i> .....	15
<i>Kontrollere</i> .....	16
<i>Korrigere</i> .....	16
Veien videre.....	16
Potensiell motstand mot prosjektet .....	17
Implementering i daglig drift.....	17
<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>18</b>
<b>TAKKSIGELSER .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERANSER .....</b>	<b>19</b>

## SAMMENDRAG

I en statusrapport fra 2012 anbefaler Helsedirektoratet økt bruk av langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler (LARC). Anbefalingen viser til at disse prevensjonsmidlene gir den beste beskyttelsen mot uønskede graviditeter. LARC er en fellesbetegnelse for spiral og p-stav.

Vår kartlegging viser at p-stav benyttes i svært liten grad i allmennpraksis i dag. Dette representerer en kvalitetsutfordring. Med bakgrunn i Helsedirektoratets anbefalinger ønsker vi å se på hvordan vi kan øke bruken av p-stav i allmennpraksis.

Etter gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget, fant vi overbevisende evidens for at p-stav har mange fordeler fremfor andre prevensjonsmidler. Etter gjennomgang av spørreskjemaer besvart av leger som har god erfaring med bruk av p-stav og leger som har liten erfaring med bruk av p-stav, fant vi at opplæring i prosedyrene knyttet til bruk er nødvendig for at leger skal føle seg komfortable med forskrivning og administrering av dette prevensjonsmiddelet. Vi valgte derfor å fokusere på nettopp opplæring som vårt tiltak for å øke bruken av p-stav i allmennpraksis.

Vi foreslår et pilotprosjekt som skal gjennomføres på ett allmennlegekontor. Prosjektet består i opplæring av legene ved kontoret i innsetting og fjerning av p-stav. Etter opplæringen følger en seks måneders periode med rapportering av antall innsatte p-staver. Antall p-staver som legene skriver ut blir altså en resultatindikator for prosjektet. Tallene må sammenlignes med tallene fra før prosjektperioden.

Helt sentralt i kvalitetsforbedringsprosjektet står bruk av kjente modeller, som PUKK-sirkelen. Tilbakemeldinger fra pasientene og legene involvert i prosjektet vil sammen med resultatindikatoren danne grunnlaget for vurdering og eventuell korreksjon etter første prosjektperiode.

Prosjektet må ledes av en tverrfagelig arbeidsgruppe med representanter fra Helsedirektoratet og Allmennlegeforeningen.

Etter gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget og utforming av en modell for kvalitetsforbedring, mener vi at dette prosjektet er viktig og gjennomførbart.

## INNLEDNING

### Hvorfor er dette et viktig emne?

Helsedirektoratets Handlingsplan for Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010-2015 (1) har to overordnede mål: å redusere aborttallene og å bidra til at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv.

I en statusrapport fra Helsedirektoratet utgitt i juni 2012 (2) fremholdes et ønske om å øke bruken av de langtidsvirkende prevensjonsmetodene spiral og p-stav (LARC). Dette

er begrunnet med at metodene er kostnadseffektive og gir høyest sikkerhet mot uønsket graviditet sammenliknet med andre vanlig brukte prevensjonsmidler. I tillegg er også tilfredsheten størst blant brukerne av denne prevensjonsmetoden. P-stav har enkelte fordeler fremfor hormonspiral og kobberspiral, der den viktigste er at p-staven gir bedre beskyttelse mot uønsket graviditet. Likevel brukes langt færre p-staver enn hormonspiraler.

Rapporten fra Helsedirektoratet (2) understreker at dersom man skal klare å øke bruken av spiral og p-stav kreves økt kunnskap og kompetanse blant landets allmennleger.

Å tilby pasientene sine den best tilgjengelige prevensjonen, slik at antall uønskede svangerskap reduseres til et minimum, er noe som alle allmennleger burde være interessert i.

Målet med denne oppgaven er å komme frem til tiltak som kan føre til at flere allmennleger tilbyr p-stav til sine pasienter. Siden prevensjonsveiledning først og fremst er en oppgave for allmennleger, ønsker vi å rette vårt kvalitetsforbedringsarbeid mot denne gruppen. Videre vil vi foreslå en modell for *hvordan* eventuelle tiltak kan gjennomføres, først i et mikrosystem (i dette tilfellet et allmennlegekontor) og deretter i større skala.

### **Kvalitetsutfordring**

Helsedirektoratets målsetning om å redusere antall uønskede svangerskap representerer en kvalitetsutfordring i norsk helsevesen. Fem strategiske virkemidler er definert for måloppnåelse (1):

- 1) Lett tilgjengelighet til god kunnskap om seksualitet og handlingskompetanse i seksuelle situasjoner og relasjoner
- 2) Lett tilgjengelighet til tjenester med tilbud om rådgivning og veiledning og spesielt til tjenester med tilbud om konsultasjon for prevensjon, abort og SOI
- 3) Lett tilgjengelighet til selvbestemt prevensjon og økt tilgjengelighet til test og behandling for SOI (klamydia)
- 4) Integrering av seksuell helse i det lokale folkehelsearbeid
- 5) Utvikling av kunnskap og virkemidler – styrket nordisk samarbeid.

Rådgivning og veiledning vedrørende prevensjon er som allerede nevnt en naturlig del av allmennlegens hverdag. Innsetting og fjerning av p-stav er en mindre kirurgisk prosedyre som man kan forvente at allmennleger bør beherske. Kvalitetsutfordringen ligger i å få flere fastleger til å tilby p-stav til sine pasienter.

### **Variasjon i praksis/gap mellom kunnskap og praksis**

I følge tall fra reseptregisteret, skriver fastleger per i dag ut svært få resipeter på p-stav og langt flere resepter på p-piller. Gitt Helsedirektoratets anbefalinger om å øke bruken av LARC foreligger det dermed en diskrepans mellom kunnskap og praksis.

## KUNNSKAPSGRUNNLAGET

### Nasjonale og internasjonale retningslinjer

Vår kvalitetsutfordring består altså i å redusere gapet mellom anbefalt praksis og dagens praksis i allmennlegers bruk av p-stav. P-stav inngår som en av de langtidsvirkende reversible prevensjonsmidlene (LARCs) sammen med hormonspiral og kobberspiral. Vi har i dette prosjektet valgt å kun fokusere på p-stav ettersom det er dette prevensjonsmidlet som brukes minst i Norge, på tross av at det har laveste pearl index sammenliknet med de andre prevensjonsmidlene (1).

Vi har tatt utgangspunkt i nasjonale anbefalinger fra Helsedirektoratet som er å finne i deres handlingsplan for "Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010-2015" fra juni 2012 (1). Her heter det at "bruk av LARC er særlig ønskelig, fordi disse metodene både er kostnadseffektive og gir høyest sikkerhet mot uønsket graviditet og mest tilfredshet med prevensjonen". Grunnlaget for denne anbefalingen er basert på internasjonale kunnskapsoppsummeringer ved National Institute for Health and Clinical Excellence (3,4). Disse kunnskapsoppsummeringene har basert seg på WHO's anbefalinger fra 2009 (5).

For øvrig gir ingen av de andre norske retningslinjene noen klar anbefaling om hvilket prevensjonsmiddel som bør velges. Veilederen i generell gynekologi fra 2009 lister opp de ulike alternativene og deres pearl index (6) og henviser til Faculty of Sexual and Reproductive Health Care for videre retningslinjer (4).

### Søkestrategi og valg av kunnskapsmateriale

Vi ønsket å finne et godt kunnskapsgrunnlag for anbefalingen om å øke bruken av langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler. Vi laget derfor en systematisk søkestrategi ved hjelp av PICO-spørsmål:

	Norske ord	MeSH emneord
<b>Populasjon (P)</b>	Kvinner i fertil alder	
<b>Intervention (I)</b>	Langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler, implantat, p-stav	Long-acting reversible contraceptives, subdermal implantable contraceptives
<b>Control (C)</b>	Annen prevensjon (p-pille, p-plaster, vaginal ring)	
<b>Outcome (O)</b>	Uønskede graviditeter,	Unintended pregnancies

### Kommentarer til valg av søkeord:

I: P-stav inngår i denne gruppen sammen med hormon-og kobberspiral. Vi har derfor valgt å søke på anbefalinger i bruk av LARC heller enn p-stav alene, ettersom det ikke skiller mellom disse prevensjonsmidlene i de anbefalingene som gjøres.

O: Vi har valgt å fokusere på hvorvidt p-stav er mer effektivt, kvantifisert ved pearl index (antall graviditeter per 100 kvinneår) enn andre vanlig forekommende prevensjonsmidler. Et prevensjonsmidlets evne til å forhindre uønskede graviditeter (effektivitet) kan sees som det viktigste utfallet når man skal vurdere hvilket preparat man vil anbefale. Det vil imidlertid også være en rekke andre faktorer som teller inn ved valg av preparat, blant annet kostnad, hyppighet av bivirkninger, kontraindikasjoner etc.

Vårt kjernespørsmål blir som følger: Er LARC mer effektive enn andre prevensjonsmidler i å redusere forekomsten av uønskede svangerskap?

Dette er et effektspørsmål, og randomiserte kontrollerte kliniske forsøk vil være å foretrekke som studiedesign.

For å finne kunnskap så høyt oppe i pyramiden som mulig, søkte vi i MacMasterPlus med søkeordene *long-acting reversible contraceptives OR subdermal implantable contraceptives AND unintended pregnancies*.

Dette søket gav to relevant treff i UpToDate øverst i kunnskapsspyramiden, men ingen systematiske oversikter. Av de to oppslagsverkene i UpToDate var den ene en oversikt over alle prevensjonsmidler (7), mens den andre var et oppslagsverk for implantat spesielt (8). I begge disse oppslagsverkene angis de langtidsvirkende reversible prevensjonsmidlene (LARC) å være de mest effektive reversible prevensjonsmidlene med pearl index lik 0,38 (graviditeter/100 kvinneår bruk). Det skiller ikke mellom spiral og implantat i effektivitet. I prevensjonsoversikten anbefales kvinner som ønsker et reversibelt prevensjonsmiddel å først vurdere et LARC. Anbefalingen er imidlertid svak (2C), der tallet 2 står for at det er en svak anbefaling og C for at effektestimatet anbefalingen bygger på er usikkert. Dette må imidlertid sees i sammenheng med at valg av prevensjonsmidler avhenger av en rekke flere faktorer enn dets evne til å forhindre uønskede svangerskap (effektivitet), som kostnad, tilgjengelighet, brukervennlighet, bruker og leges kunnskap og erfaring, hyppighet av bivirkninger etc. Dette har konsekvens for styrken av anbefalingen som gjøres.

### **Kritisk vurdering av søkeresultatene**

Anbefalingen i UpToDate baserer seg på en prospektiv kohortestudie som fant en signifikant forhøyet andel uønskede graviditeter blant deltakerne som brukte p-piller, p-plaster eller vaginal ring sammenliknet med de som brukte LARC (4.55 mot 0.27 graviditeter per 100 deltakerår; hazard ratio 21.8, KI 13,7-34,9) etter å ha kontrollert for alder, utdanningsnivå og historie med tidligere uønskede graviditeter (9). I den samme studiepopulasjonen hadde kvinnene som valgte LARC den høyeste kontinuasjonraten etter et års bruk sammenliknet med deltakerne som valgte p-piller, 86 % mot 55%.

Denne studien hadde til formål å undersøke om økt bruk av langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler (LARC) kunne redusere antall uønskede graviditeter i

studiepopulasjonen. Den er lagt opp som en prospektiv kohortestudie der en gruppe eksponert for LARC og en gruppe eksponert for p-piller, p-plaster eller vaginal ring sammenliknes med hensyn på antall uønskede graviditeter (prevensjonssvikt). Da studien ønsker å undersøke effekt av et tiltak på et gitt utfall, ville en randomisert kontrollert studie vært å foretrekke. I denne studien har man valgt å la kvinnene selv velge prevensjonsmiddel, men først etter å ha fått god informasjon om de ulike alternativene, med særlig fokus på at LARC har vist seg å være de mest effektive i og forhindre uønsket graviditet. Denne fordelingsmetoden av studiedeltakerne har gitt mulighet til å undersøke hvorvidt kvinner velger LARC hyppigere dersom de får god informasjon. Den manglende randomiseringen er imidlertid også en av de viktigste begrensningene ved denne studien. Da kvinnene i studien ble delt i grupper ettersom hvilket prevensjonsmiddel de selv valgte, kan assosiasjonen mellom eksponering og utfall være påvirket av konfunderende variabler som har med valg av prevensjonsmiddel å gjøre. Det viste seg imidlertid at kvinnene som valgte LARC tenderte til å være lavere utdannet med høyere andel tidligere graviditeter og aborter, altså karakteristika som faktisk forventes å være assosiert med en høyere (og ikke lavere som denne studien viste) andel uønskede graviditeter. Studien har også tatt høyde for noen av de kjente konfunderende variablene i analysen, som alder, utdanningsnivå og tidligere antall uønskede graviditeter. Studien omfatter mange (over 7000) deltakere som er fulgt jevnlig over 3 år. Studien fant at det var 20 ganger høyere risiko for uønsket graviditet blant deltakerne som brukte p-piller, plaster eller vaginal ring i forhold til deltakerne som brukte LARC. Dette er både en stor og en praktisk viktig risikoøkning som kan overføres til praksis også her i landet. Det er ingen grunn til å tro at personene i denne studien skiller seg på vesentlige områder fra de vi har å gjøre med i praksis.

I tillegg til å være mer effektive enn andre vanlig brukte prevensjonsmidler har LARC også en rekke andre fordeler som er oppsummert i artikkelen i UpToDate (7). Særlig viktig er det at de ikke er brukeravhengige, de er trygge, økonomiske når de brukes over minst en to års periode, de gir rask gjenvinning av fruktbarhet etter fjerning og kan brukes av en bred gruppe kvinner (unge, nullipara, ammende, kvinner med kontraindikasjoner mot østrogenholdige preparater). Det ikke blitt identifisert økt risiko for slag, hjerteinfarkt eller venøs tromboembolisme hos brukere av rene progesteron preparater, og p-stav kan derav anbefales til kvinner med kontraindikasjoner mot østrogenholdige preparater. WHO anbefaler rene gestagenholdige prevensjonsmidler til kvinner med risikofaktorer for eller historie med tromboembolisk sykdom (5).

Av primærstudier fant vi en interessant oversiktsartikkel fra 2011 som gjennomgår LARC sin rolle i å redusere andelen uønskede graviditeter (10). Her listes det opp enkelte punkter som kan være av betydning for lite bruk av LARC. Disse punktene refereres i artikkelen (10) å være hentet fra National Centre for Women's Health, 2005:

1. Manglende- eller feil kunnskap hos bruker
2. Høy initial kostnad
3. Avhengig av en ferdighet hos lege som forskriver
4. Manglende- eller feil kunnskap hos lege som forskriver

Dette er konkrete punkter vi mener er relevante også for lite bruk av LARC her i landet. For å undersøke dette nærmere har vi foretatt spørreundersøkelser i to ulike

mikrosystemer (vedlegg 1 og 2) der vi har problematisert hvert enkelt punkt. I spørreundersøkelsene har vi kun fokusert på p-stav.

### Eget kunnskapsgrunnlag- spørreskjemaer

Det første mikrosystemet er Stokke legesenter i Vestfold fylke. Vi har kartlagt dagens praksis i forhold til bruk av p-stav (n=2). Spørreskjemaet tok for seg i hvilken grad legene forskrev p-stav og eventuelle årsaker til hvorfor de ikke valgte å anbefale dette prevensjonsmidlet til sine pasienter. Resultatet viste at ingen av legene på legesenteret benyttet seg av p-stav. Årsaken til dette er at ingen av legene er kjent med prosedyrene for innsetting eller fjerning. Særlig var de usikre på hvordan de skulle fjerne staven igjen dersom det oppstod komplikasjoner. Videre kommer det frem at ingen ønsker å benytte seg av Nexplanon uten noe form for opplæring.

Som en kontrast til Stokke legesenter, har vi klinisk mikrosystem 2; Sex og Samfunn i Oslo, som har gode rutiner rundt p-stav. Dette er et senter for seksuell og reproduktiv helse for unge mennesker hvor legene møter problemstillinger rundt prevensjon hyppig. På Sex og Samfunn får alle leger opplæring i bruk av p-stav før man får utføre prosedyrene i praksis. Tall fra våre spørreskjemaer (n=13) viser at legene møter problemstillinger knyttet til innsetting eller fjerning av p-stav 0,5-1 gang per vakt. Dette er mye hyppigere enn hva man ser i allmennpraksis og legen vil dermed opparbeide seg en større erfaring med p-stav. Resultatet fra spørreundersøkelsen ved Sex og Samfunn viser at legene etter opplæring synes at innsetting av p-stav er en enkel prosedyre og at de mestrer fjerning tilfredsstillende. Videre kommer det frem at alle mener det er nødvendig med opplæring for å fjerne p-stav. Dette er ikke nødvendigvis tilfellet for innsetting av Nexplanon. Legene mener at prosedyren for innsetting er ganske standardisert, men at prosedyren for fjerning varierer fra gang til gang. Formell opplæring gjennom kurs og øvelse på plastmodeller sidestilles med demonstrasjon fra en mer erfaren kollega. Ingen vil følt seg komfortable med fjerning av p-stav uten opplæring. Innsettingsprosedyren ville noen av legen kunne ha utført uten opplæring.

Det er tydelig at leger med stor erfaring i bruk av p-stav mener at opplæring er nødvendig for mestring av uttaksprosedyren. Hvis leger med stor erfaring synes fjerning er krevende, kan vi anta at det sannsynligvis er enda mer problematisk for allmennleger, som mangler denne erfaringen. I tillegg er det sannsynlig at allmennleger vil finne det ubehagelig å sette inn et prevensjonsmiddel som de ikke vet hvordan de skal fjerne igjen dersom det oppstår komplikasjoner. Dette er interessante tilbakemeldinger når man vurderer mulige tiltak rettet mot allmennlegene, for å øke bruk av p-stav blant fertile kvinner.

I våre to mikrosystemer viser det seg at punktene listet opp av National Centre for Women's Health ovenfor går igjen som viktige årsaker til den lave bruken av p-stav. Særlig viktig er ferdighet hos lege som forskriver, dvs opplæring i optimal innsetting og fjerning. Vi vil senere i oppgaven ta fatt på et av disse punktene for å sette i gang et kvalitetsforbedringsprosjekt.



## DAGENS PRAKSIS

I 2009 var det 3817 leger ved ordinære legesentre i Norge (11). I samme tidsrom ble det ved landets apoteker notert 281 190 resepter på p-piller/minipiller, 35 273 resepter på hormonspiral og 3330 resepter på p-stav. Disse tallene gjenspeiler reseptforskriving både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (1). Da prevensjonsveiledning hovedsakelig er en oppgave for primærhelsetjenesten, vil trolig majoriteten av disse reseptene ha blitt forskrevet av landets allmennleger. Dette betyr at en allmennlege i 2009 skrev ut i gjennomsnitt 74 resepter på p-piller, ni resepter på hormonspiral og 0,87 resepter på p-stav. Antall resepter registrert i 2011 viser den samme tendensen. Hvis vi antar at pasientene tar i bruk prevensjonsmiddelet de får forskrevet, er det en tydelig dominans av p-piller fremfor LARC. Bruk av hormonspiral er hyppigst hos kvinner som har passert 30 år.

En mulig forklaring på at LARC er lite brukt hos yngre kvinner, kan være at p-piller, p-plaster og p-ring blir subsidiert med 100 kroner hver tredje måned for kvinner mellom 15 og 20 år. Kostnader til hormonspiral og p-stav må i sin helhet dekkes av kvinnen selv. Det at de kortidsvirkende hormonpreparatene er et billigere alternativ for unge jenter kan ha bidratt til at p-piller har vært foretrukket (1).

Dominansen av p-piller er et paradoks til at helsedirektoratet ønsker en økt bruk av LARC. Reversible langtidsvirkende hormonpreparater har både høy sikkerhet, stor compliance og er kostnadseffektive. P-stav er forbundet med færre komplikasjoner ved innsetting enn hormonspiralen og kommer godt ut på tilfredshet blant brukerne (1,8,9).

På det norske markedet er det kun preparatet Nexplanon som benyttes. Implantatet er 4 cm langt og 2mm i diameter og inneholder hormonet etonogestrel. P-staven føres inn under huden i overarmen og frigir gestagen over en periode på tre år. Av bivirkninger er det spesielt blødningsforstyrrelser de første seks månedene som dominerer, som ved alle rene gestagenholdige prevensjonsmidler. Den preventive effekten skyldes gestagenets sammensatte virkning på livmor, eggledere og eggstokker. Livmorhalssekretet blir seigere og egglederne får nedsatt bevegelighet. Dette vil gjøre det vanskeligere for spermier å nå egget. Samtidig hemmes sekresjon av gonadotropiner som igjen vil føre til manglende egglosning. Med en Pearl index på 0,38 svangerskap per 100 kvinneår, er P-stav sammen med hormonspiralen de sikreste prevensjonsmidlene på det norske markedet (1,8). Fordelen med p-stav fremfor p-piller, er først og fremst at man eliminerer muligheten for brukerfeil. Dette gjør p-stav enda litt sikrere. Innføring av P-stav subkutant i armen utføres i lokalanestesi med en standardisert prosedyre. Med Nexplanon følger det med en innføringsaplikator som gjør innsetningsprosedyren svært enkel å utføre. Med korrekt innføringsteknikk er komplikasjoner sjeldne. Infeksjon, hematomdannelse, lokal irritasjon eller utslett, utstøtning og allergiske reaksjoner er rapportert i sjeldne tilfeller. Implantatet kan forflytte seg i vevet over tid, men sjeldent lenger enn to cm fra innsetningsstedet. Når det gjelder fjerning av p-stav, anbefales det i pakningsvedlegget som følger med implantatet at inngrepet utføres av leger som er kjent med uttaksprosedyren. Dette kommer også frem i fellekatalogen. Det er et lite inngrep som krever kjennskap til lokal anatomi og

lokalanestesi. Implantatet identifiseres ved palpasjon. Rundt implantatet blir det med tiden dannet en fibrinkapsel, og det legges et snitt gjennom hud og fibrinkapsel før implantatet trekkes ut. I tilfeller hvor P-staven ikke kan palperes, kan Nexplanon visualiseres på røntgen eller ultralyd. Komplikasjoner forbundet med fjerning av p-stav er sjeldent (8).

Med tanke på at innsetting og fjerning av p-stav er en relativt rask og enkel prosedyre, bør allmennleger fint kunne utføre dette i sin praksis. Man bør derfor vurdere hvilke tiltak som kan rettes mot nettopp allmennlegene for å øke bruk av p-stav blant fertile kvinner.

## INDIKATOR OG TILTAK

### Indikator

Indikatoren vi har valgt for å undersøke om tiltakene er vellykkede er "antall kvinner i fertil alder som bruker p-stav".

I begrepet kvalitetsindikator ligger det at "man måler en forandring i pasienten/brukerens helse eller funksjonstilstand som er et resultat av den innsatsen som er gitt innenfor organisasjonens struktur" (12).

Resultatindikatorer belyser et endepunkt. Vår resultatindikator gir kvantitativ informasjon om bruk av p-stav. Bakgrunnen for vårt valg av denne resultatindikatoren er at det er en enkel indikator å følge, samtidig som den er lite ressurskrevende.

Målet med prosjektet vårt er at flere kvinner i fertil alder skal bruke p-stav. Kvaliteten ved prosjektet vårt måles i dette endepunktet, nemlig bruk av p-stav. Hvert år publiseres tall på legemiddelbruk i Norge basert på total omsetning av legemidler fra grossister til apotek, sykehus og dagligvarehandel. Over tid vil det være interessant å følge disse nasjonale tallene, men som del av et kvalitetsforbedringsprosjekt tenker vi oss mer konkret å følge antall p-staver som settes inn over en begrenset periode på 6 måneder ved ett allmennlegekontor. Mer om dette under den delen av oppgaven som tar for seg gjennomføring i praksis.

Kvalitetsforbedringen retter seg inn mot allmennleger, og hvilke faktorer som skal til for at de skriver ut flere p-staver. Også spesialisthelsetjenesten representert ved gynekologer tilbyr p-stav. Det samme gjør klinikker med spesialkompetanse som for eksempel Sex og samfunn. En utfordring er at det er vanskelig å skille forskrivningen av p-stav blant allmennleger fra det som skrives ut av spesialisthelsetjenesten. Andre registre ville kanskje avdekket denne distinksjonen, men man kan spørre seg om det i det hele tatt er nødvendig å skille mellom fastleger og spesialister. Økt p-stavbruk vil indirekte bety at flere fastleger tilbyr p-stav i større grad.

Resultatindikatoren "antall kvinner i fertil alder som bruker p-stav" mener vi er relevant fordi den gir et mål på effekten av kvalitetsforbedringsprosjektet vårt. Indikator er god fordi den ser på bruken av p-stav, det vil si målfokus. Indikatoren vår er lett kvantifiserbar; i første omgang gjennom selvrapporing fra en liten gruppe

allmennleger, og på lang sikt gjennom registrering av medikamentforeskrivning i legemiddelregisteret. Disse tallene gjør det enkelt å se en endring i bruk av p-stav. Tilgjengeligheten på data i legemiddelregisteret er god. Informasjonen er pålitelig og tolkbar. I og med at dataene er kvantifiserbare gir det entydig informasjon. Medikamentregisteret er et offentlig register uten spesielle interessekonflikter og hvor det gjennomgås kontroller og man kan derfor stole på at informasjonen stemmer. Spørsmålet er kanskje heller om legemiddelregisteret fanger opp medikamentbruk på en riktig måte? Det sier i utgangspunktet bare noe om foreskrivning og ikke noe om bruk.

Vi vil likevel hevde at resultatindikatoren vår "antall p-staver som skrives ut" vil være en egnet og overkommelig indikator for å måle effekten av kvalitetsforbedringstiltaket vårt.

## Tiltak

Vårt mål er altså at flere fastleger skal tilby p-stav til sine pasienter. Der det ikke er kontraindikasjoner og kvinner ønsker langtidsvirkende reversible prevensjonsmidler bør p-stav være førstevalg. Tiltakene vi har vurdert retter seg inn mot ulike hovedområder:

- 1) Å øke bevissthet og kunnskap hos pasienten. Man kan tenke seg at dette igjen vil øke etterspørselen av p-stav.
- 2) Å øke bevissthet og kunnskap hos fastleger. Dette kan igjen øke tilbudet av p-stav til pasienter.
- 3) Tilrettelegging slik at fastleger lettere kan tilby p-stav. Det kan for eksempel dreie seg om ytterligere forenkling av prosedyren, økonomisk støtte til bruk av p-stav for unge jenter eller implementering av kunnskap om p-stav i nye retningslinjer/gynekologiveileder.

På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget vårt, inkludert den erfaringen vi hentet i de to mikrosystemene, har vi valgt å fokusere på opplæring. Tiltaket vi foreslår retter seg da mot bevissthet og kunnskap hos fastleger, et av hovedområdene skissert over. Det er ikke helt klare skiller mellom disse innfallsvinklene, slik at faktorer fra de andre hovedområdene vil spille inn.

I opplæringen ligger det en viktig komponent innbakt, nemlig informasjon. Med godt dokumentert informasjon til fastleger vil mange bli klar over at p-stav er en tilgjengelig prevensjonsmåte og at den er veldokumentert.

Vårt konkrete tiltak vil være at fastleger får opplæring i bruk av p-stav og utførelsen av prosedyren.

## PROSESS OG ORGANISERING FOR BEDRE PRAKSIS

Før vi beskriver kvalitetsforbedringsprosjektet nærmere, er det viktig å understreke at valg av prevensjonsmetode i tillegg til kliniske retningslinjer er basert på kvinnens ønske og valg. Man vil derfor aldri befinne seg i en situasjon der anbefaling av p-stav til *alle* kvinner er en god praksis. Dette må det tas høyde for videre i beskrivelsen av kvalitetsforbedringsprosjektet, og det bør også være en viktig del av opplæringen som vi vil foreslå skal gis til allmennlegene.

For å kunne vurdere effekten av implementerte tiltak benyttes Langleys og Nolans metode for kvalitetsforbedring (13). Metoden består av to deler.

Første del består av tre spørsmål man bør tenke gjennom før man starter et kvalitetsforbedringstiltak:

*Hva ønsker vi å oppnå?* Vi ønsker å innføre p-stav som naturlig førstevalg av prevensjonsmiddel for fertile kvinner der ikke kontraindikasjoner eller andre motforestillinger foreligger..

*Når er en endring en forbedring?* Endret praksis som medfører økt bruk av p-stav i allmennpraksis anses å være en forbedring.

*Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?* En rekke endringer kan iverksettes. Vi har i oppgaven valgt å fokusere på opplæring av allmennleger i prosedyren for innsetting og fjerning av p-stav som viktigste tiltak for måloppnåelse.

Andre del av metoden tar utgangspunkt i Demings PDSA-sirkel (Plan, Do, Study, Act) eller PUKK-sirkel (Planlegge, Utføre, Kontrollere og Korrigere/standardisere).

Denne metoden beskriver trinnvis leddene i kvalitetsforbedringsarbeidet som krever ekstra oppmerksomhet, og kan være en hjelp til å monitorere progresjonen av et prosjekt. Ofte vil man i en prosess måtte gå flere runder i PUKK-sirkelen for å oppnå ønsket resultat.

Tiltaket vi vil implimentere er *opplæring av leger i innsetting og fjerning av p-stav*. I det følgende vil vi beskrive implementeringsprosessen av dette tiltaket ved et tenkt allmennlegekontor (et klinisk mikrosystem).



## Forberedelse

Første skritt på veien mot kvalitetsforbedring er å *erkjenne et behov for forbedring*. Samfunnet ønsker størst mulig reduksjon i antall uønskede svangerskap, og p-stav trekkes frem som et foretrukket prevensjonsmiddel for å oppnå dette. Erkjennelsen av behovet for forbedring har i vårt tilfelle kommet som et resultat av et observert gap mellom praksis og tilgjengelig kunnskap.

Sosial- og helsedirektoratets strategi for kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten legger vekt på seks dimensjoner av tjenestekvalitet som alle må vurderes i kvalitetsarbeidet. Tjenestene skal være virkningsfulle, ha god utnyttelse av ressursene, være tilgjengelige og rettferdig fordelt, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet og være trygge og sikre (14). Tjenesten som tilbys er i vårt tilfelle prevensjon.

**Tabell 1: 6 dimensjoner av tjenestekvalitet for prevensjon**

<b>Kvalitet betyr at tjenestene:</b>	<b>LARC sammenlignet med alternative prevensjonsmetoder hos kvinnen</b>
- er virkningsfulle	Det er lavere risiko for uønsket graviditet ved bruk av LARC
- har god utnyttelse av ressursene	LARC er økonomiske når de brukes over minst en 2 års periode
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt	All hormonell prevensjon med unntak av hormonspiral og p-stav blir subsidiert. P-stav har dermed lavere tilgjengelighet.
-involverer brukerne og gir dem innflytelse	Valg av prevensjon er opptil kvinnen selv. Alle prevensjonsformer involverer brukeren og gir dem innflytelse.
- er samordnet og preget av kontinuitet	Bruk av LARC er i mindre grad enn alternative prevensjonsmetoder innarbeidet i praksis, og er dermed i mindre grad samordnet og preget av kontinuitet
- er trygge og sikre	LARC er vist å ha færre komplikasjoner enn alternative prevensjonsmidler

Neste skritt i forberedelsesfasen innebærer å *klargjøre kunnskapsgrunnlaget*. Kunnskapsbasert praksis forutsetter at tjenestene som tilbys baseres på best tilgjengelige kunnskap. Kunnskapsbasert praksis er resultatet av å integrere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/-medvirkning (14). Vårt kunnskapsgrunnlag slår fast at grunnlaget for å hevde at p-stav er et foretrukket prevensjonsmiddel er forankret i forskning. Videre støtter vi oss på på internasjonale retningslinjer og klare oppfordringer fra myndighetene om å øke bruken av denne typen prevensjon. Erfaringene fra spørreskjemaene vi har benyttet antyder at opplysning om metoden samt usikkerhet rundt prosedyren kan være sentrale årsaker til

at p-stav brukes for lite av allmennleger. Bruerkunnskap/-medvikning er ivaretatt ved at p-stav har høyest brukertilfredshet (1).

God effekt av iverksatte tiltak forutsetter *forankring av forbedringsarbeidet i ledelsen, fagmiljøet og andre berørte parter*. For fastlegers del vil den førstnevnte rollen enten fylles av én enkelt solopraktiserende lege eller et legekollegium på et legesenter. For den norske allmennlegestanden generelt kan se på helsemyndighetene som en ledende instans. Forbedringsarbeidet er allerede svært godt forankret her. For å øke sansynligheten for god effekt av forbedringsarbeidet tror vi det vil være fornuftig å alliere seg med Allmennlegeforeningen via Legeforeningen. Slik vil man lettere kunne nå ut til landets fastleger gjennom etablerte og troverdige kommunikasjonskanaler. Forankring i ledelsen innebærer at man er villig til å sette av tid og ressurser til å gjennomføre opplæringskurs.

Andre berørte parter er pasientgruppen. Å drive opplysningsarbeid mot aktuell pasientgruppe i en veiledingssituasjon vil trolig øke etterspørselen for p-stav og dermed økt sansynlighet for økt bruk, og dermed vellykket kvalitetsforbedring. I studien publisert i *New England Journal of Medicine* i mai i år (9), viste det seg at tre av fire kvinner valgte et LARC dersom de fikk velge gratis prevensjon etter objektiv informasjon om alle typer prevensjonsmidler.

Det bør opprettes en tverrfaglig arbeidsgruppe som leder prosjektet. Arbeidsgruppen bør bestå av representanter fra allmenlegene, fagmiljøet, Helsedirektoratet og pasientgruppen. Vi vil anbefale at lederen av gruppen selv er praktiserende allmennlege og dermed vil ha nær tilknytning til prosjektets målgruppe.

### *Planlegge*

Først *settes et overordnet mål* for arbeidet i tråd med en eller flere dimensjoner av tjenestekvalitet (jmf. fig. 3), og oppfylle "SMARTE-kriteriene" (15). Målet bør være mest mulig

- spesifikt: klar, konkret, entydig angivelse av forventet resultat, tallfestet
- målbart: man skal kunne vite når målet er oppnådd.
- ansprende: være utfordrende, gi mulighet for egenutvikling, inspirere til nytenkning.
- realistisk: oppnåelig i forhold til andre oppgaver og ressurser
- tidsbestemt. angi når resultatet skal være nådd
- enighet: enighet om målet, forankring i gruppen og hos problemeier

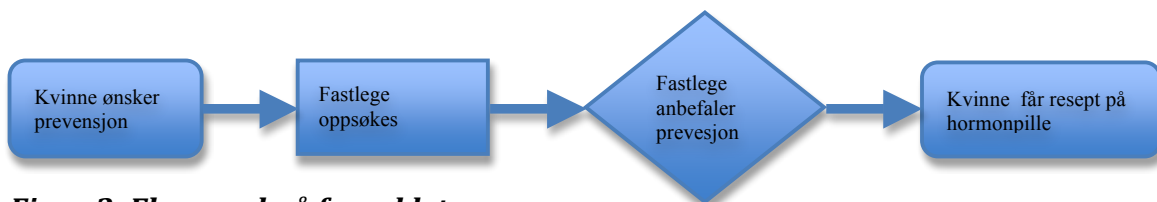
Vi ønsker en oversikt over antall kvinner som har fått satt inn p-stav i løpet av seks måneder ved legesenteret. Vårt overordnede mål for pilotprosjektet er at p-stav tas i bruk som naturlig førstevalg hos alle kvinner som ønsker prevensjon der det ikke foreligger kontraindikasjoner. Dette selvfølgelig med det forbehold at kvinnen selv ikke har en sterk preferanse for et annen prevensjonsmiddel. Forskning har vist at LARC er egnet for nesten alle kvinner som ønsker prevensjon (16). Vi har fastsatt et konkret mål på bakgrunn av dette. Vi antar at et rimelig mål vil være at 50 % av kvinnene som ønsker prevensjoner etter endt prosjektperiode har fått innsatt p-stav. Forutsatt enighet om målene blant legene er "SMARTE-kriteriene" er tilfredsstilt. Målet er spesifikt, målbart, utfordrende for legene spesielt ved pasientkommunikasjon, realistisk og tidsbestemt. Dersom det viser seg etter første prosjektperiode at målet var for ambisiøst, kan man redusere prosentandelen noe til neste runde. Det er selvfølgelig vanskelig å vite hva man

skal oppgi som mål fordi resultatet i stor grad også vil være avhengig av kvinnenes egne ønsker.

*Måleverktøyet* vi vil benytte er selvrapporing fra legene ved legesenteret. Antall implantater som settes inn i løpet av perioden skal registreres, sammen med en begrunnelse for hvorfor p-stav ikke er benyttet i de tilfellene der det i utgangspunktet foreligger indikasjon. Et eksempel på begrunnelse kan være at kvinnen selv ønsker spiral istedenfor p-stav.

I planleggingsfasen vil man også *kartlegge nåværende praksis* for å få klarhet i hva som bør forbedres. Man må ved legesenteret skaffe en oversikt over antall p-staver brukes ved prosjektstart sammenlignet med alternative prevensjonsmetoder. Dette vil gi en "baseline-måling", og vil gjøre det enklere å måle om endringene har ført til reell forbedring.

Et verktøy som kan bidra til å bedre forståelsen av dagens praksis er flytskjema. Dette kan være en godt utgangspunkt for forslag til hvor i prosessen tiltak bør iverksettes for å skape forbedring.



**Figur 2: Eksempel på forenklet flytdiagram som illustrerer hovedlinjene i dagens praksis**

I forbindelse med kartlegging av nåværende praksis vil det gjerne komme frem ideer og forslag til hvilke endringer som kan gjennomføres for å skape forbedring. Man vil være i gang med å *planlegge forbedret praksis*. I denne fasen er det sentralt å definere konkrete forbedringstiltak. Basert på tilgjengelig kunnskap har vi definert opplæring av innsetting og fjerning av p-stav som viktigste konkrete tiltak.

### *Utføre*

Vi vil gjennomføre et opplæringskurs i innsetting og fjerning av p-stav for en testgruppe bestående av allmennleger tilknyttet et legekantor. Kontoret bør være av en viss størrelse, og bør ideelt sett være tilfeldig utvalgt. Legenes holdninger til bruk av p-stav ved dette kontoret bør også kartlegges, for eksempel med et spørreskjema likt det vi har brukt i innsamling av informasjon til denne oppgaven. Man må fremskaffe en oversikt over antall p-staver som tilbys i daglig praksis før opplæringen starter.

Et slikt kurs ville ta omtrent to timer ut i fra erfaringer med kurset legene på "Sex og samfunn" deltar på. Representanter fra produsenten av p-stav tilbyr selv denne opplæringen. De er i utgangspunktet interessert i å promotere produktet og dermed vil man trolig ikke ha noen ekstrakostnader knyttet til kursholderhonorar.

I praksis kunne man tenke seg at kursholderne oppsøker legekantorer og holder kurs i en utvidet lunsjpause, alternativt på kveldstid.

Etter at legene har vært på kurs, starter den seks måneders lange perioden med selvrapportering.

### *Kontrollere*

Testprosjektet er tenkt å vare seks måneder. Etter endt prosjektperiode vil arbeidsgruppen samle inn data og vurdere hvorvidt målet er nådd, samt evaluere mulig årsaker til hvorfor p-stav ikke ble benyttet mer. Dersom målet ikke er nådd, og man fremdeles vurderer at målet ikke er for ambisiøst, vil det kunne være aktuelt å korrigere tiltaket for deretter å enten gå en ny runde i PUKK-sirkelen ved et nytt legesenter eller ved samme legesenter. Utfallet av en slik vurdering vil avgjøre veien videre. Kvinnenes begrunnelse for å velge bort p-stav til tross for god informasjon fra legen vil kunne være utgangspunkt for korrigerende/endrede tiltak. I tillegg er det interessant med innspill fra fastlegene om hvorvidt de syns prosedyren er lett gjennomførbar i praksis etter opplæring.

### *Korrigere*

Dersom opplæringen fører til at målet om andel innsatte p-staver er nådd, kan man ta dette som et tegn på at opplæring og undervisning som tiltak har vært effektivt. Den tverrfaglige arbeidsgruppen bør deretter forsøke å *standardisere* endringen som ny praksis. Dette vil dermed innebære en anbefaling om å gjennomføre standardisert opplæring av allmennleger. For å *sikre videreføring* av effektive tiltak kan arbeidsgruppen da ta med seg erfaringer fra pilotprosjektet og utforme et standardisert opplegg egnet for en større gruppe allmennleger, det være seg på kommunalt, regionalt eller nasjonalt plan.

### *Veien videre*

Dersom pilotprosjektet resulterer i økt bruk av p-stav i allmennpraksis, kan man tenke seg flere aktuelle tiltak i den videre prosessen. Først og fremst er det selvfølgelig aktuelt å utvikle opplæringstilbud som kan tilbys alle fastleger uansett hvor de praktiserer. Hvordan dette opplæringstilbudet arrangeres i praksis, tar ikke vi stilling til i denne oppgaven. Det er klart at faktorer som økonomi og geografi vil være svært sentrale her. Det må fristilles ressurser sentralt for å gjennomføre opplæringskurs, og til å drive informasjonsarbeid. Endringene må også tilpasses allmennlegenes ønsker og behov, og det må etableres et forum der eventuell motstand mot prosjektet blir håndtert på en hensiktsmessig måte.

Det bør videre tas intensiver slik at landets allmennleger på best mulig måte får god informasjon om både p-stav som produkt, og om prosjektet som er gjennomført. I denne informasjonsprosessen kan man tenke seg å for eksempel alliere seg med allmennlegeforeningen. Kanskje kan resultatene fra prosjektet publiseres i Tidsskrift for den Norske Legeforening? Man kan for eksempel forestille seg et temanummer om prevensjon i Tidsskriftet med bl.a. publisering av artikkelen som viser LARCs overlegne effekt.



Et annet poeng er å implementere anbefalingene i den nye gyn-veilederen. Dagens gyn-veileder (6) er tilgjengelig på nett, og er et godt hjelpemiddel for mange allmennleger. I dagens veileder er det svært lite informasjon om p-stav. I lys av det eksisterende kunnskapsgrunnlaget, er anbefalingene om p-stav som førstevalg noe vi helt klart mener burde belyses i kapittelet om prevensjon.

### Potensiell motstand mot prosjektet

Man kan tenke seg ulike typer motstand mot prosjektet. For legenes del vil dette kunne bestå i mangel på tid og uvilje til å sette seg inn i ny informasjon. *Tid* er en begrenset ressurs i allmennpraksis. Det tar lenger tid å sette inn/fjerne p-stav enn å skrive ut resept på p-piller. Det må settes av tid til opplæring, og man være forberedt på at enkelte vil unngå å delta på grunn av dette. Man vil kanskje trenge et insentiv for at leger skal velge å bruke tid på nettopp opplæring i p-stav prosedyren. Kurset vil være et av mange tilbud de får.

Tid henger sammen med *økonomi* i allmennpraksis. Dersom alternativ tidsbruk kan gi økt inntekt vil trolig noen motsette seg å endre praksis til en mer tidkrevende prosedyre.

Manglende *interesse* for feltet representerer potensiell motstand mot prosjektet. For pasienters del vil manglende *kunnskap* om prevensjonsmidler generelt, og p-stav spesielt, utgjøre en plausibel utfordring for å nå målet. Dette vil blant annet kunne innebære frykt for selve inngrepet som følger med et prevensjonsimplantat.

Generelt tror vi mye av denne potensielle motstanden kan omgås med god informasjon, og med et engasjement fra for eksempel Allmennlegeforeningen. Fokus på emnet i medisinske tidsskrifter vil som nevnt ovenfor kunne være med å skape fokus og blesst om emnet.

### Implementering i daglig drift

Man har vist at opptil 70% av alle forsøk på å skape forbedringer i organisasjoner ikke er holdbare over tid (17). Det vil derfor være avgjørende å sørge for at tiltakene blir godt implementert i den daglige driften av virksomheten. For å få til en vellykket implementering av bruk av p-stav i allmennpraksis fordrer dette tettere samarbeid mellom Helsedirektoratet og allmennpraktikere. Forbedringsarbeidet er beskrevet i en overordnet handlingsplan. En effektiv løsning vil være et tettere samarbeid mellom Helsedirektoratet og Lege-/Allmennlegeforeningen gjennom tidligere nevnte tverrfaglige arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen bør etterspørre resultater og vise engasjement for prosjektet, gjerne med evaluering 2-3 ganger per år (14) i startfasen.

## KONKLUSJON

I denne oppgaven har vi sett at kunnskapsgrunnlaget for bruk av p-stav som middel for å hindre uønskede svangerskap er udiskutabelt. Med bakgrunn i dette overbevisende kunnskapsgrunnlaget anbefaler Helsedirektoratet økt bruk av p-stav eller hormonspiral, som går under samlebetegnelsen LARC. Vi har valgt å fokusere på økt bruk av p-stav i denne oppgaven.

Vi mener at dette kvalitetsforbedringsprosjektet er både viktig og gjennomførbart. Å tilby sine pasienter den beste tilgjengelige prevensjonen på markedet, og på den måten bidra til et lavt antall uønskede svangerskap, burde være noe alle allmennleger er interessert i. Opplæring i disse prosedyrene gjennomføres i dag for eksempel på Sex og Samfunn, og er verken særlig tidskrevende eller kostbart. Vi kan ikke se noen grunn til at denne opplæringen ikke skal være gjennomførbar også i allmennpraksis.

Vi vil likevel understreke viktigheten av at kunnskap om fordeler ved p-stav må ut til allmennlegene. Dersom norske allmennleger får informasjon om Helsedirektoratets anbefaling, og om kunnskapsgrunnlaget som ligger bak anbefalingen, mener vi det er gode sjanser for at det vil være interesse for å delta i et opplæringsopplegg likt det vi skisserer.

Dersom prosjektet vi skisserer skal være gjennomførbart, er det nødvendig med et sentralt initiativ. Vi har foreslått at det nedsettes en arbeidsgruppe med representanter blant annet fra Helsedirektoratet og Allmennlegeforeningen for å jobbe videre med dette. Utforming av et prosjekt likt det vi beskriver bør ikke være veldig tidskrevende. Dersom det skulle være interesse for et slikt prosjekt, kan denne oppgaven gjerne benyttes som hjelp på veien!

## TAKKSIGELSER

En stor takk til Marte Bratlie for stor hjelp, og ikke minst enormt engasjement!

## REFERANSER

(1)

Helsedirektoratet Rapport Mars/2010. Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010-2015 – strategier for bedre seksuell helse.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ny-handlingsplan-for-forebygging-av-uonsket-svangerskap-og-abort-strategier-for-bedre-seksuell-helse> (12.11.12)

(2)

Statusrapport juni 2012. Handlingsplan - Forebygging av uønskede svangerskap og abort 2010 - 2015 strategier for bedre seksuell helse

(3)

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Oktober/2005. Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. <http://publications.nice.org.uk/long-acting-reversible-contraception-cg309> (12.11.12)

(4)

Faculty of Sexual and Reproductive Health Care (FSHR). UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (2009). <http://www.fsrh.org/pdfs/UKMEC2009.pdf> (12.11.12)

(5)

Department of Reproductive Health, World Health Organization Fourth edition, 2009. Medical eligibility criteria for contraceptive use.

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9789241563888/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/) (12.11.12)

(6)

Britt-Ingjerd Nesheim, Gunn Fallås Dahl, Linda Bjørk Helgadóttir. Veileder i generell gynekologi 2009/Prevensjon. Norsk gynekologisk forening.

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/veileder-i-generell-gynekologi-2009/prevensjon/> (12.11.12)

(7)

Zieman M. Overview of contraception [Internett]. UpToDate Inc. 2012 [oppdatert 2012 Sep 19; sitert 2012 Nov 12]. [http://www.uptodate.com/contents/etonogestrel-contraceptive-implant?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/etonogestrel-contraceptive-implant?source=see_link)

(8)

Darney PD. Etonogestrel contraceptive implant [Internett]. UpToDate Inc. 2012 [oppdatert 2012 Oct 01; sitert 2012 Nov 12].

[http://www.uptodate.com/contents/etonogestrel-contraceptive-implant?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/etonogestrel-contraceptive-implant?source=see_link)

(9)

Winner B, Peipert JF, Zhao Q et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(21):1998.

(10)

Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. *Hum Reprod Update*. 2011 Jan-Feb;17(1):121-37. Epub 2010 Jul 15.

(11)

Statistisk sentralbyrå; Ssb.no

(12)

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press; 1980.

(13)

Og bedre skal det bli. Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sitert 18.11.2012.  
[www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Metode\\_for\\_kvalitetsutvikling/1103](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1103)

(14)

...og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sitert 18.11.2012.  
[www.ogbedreskaldetbli.no/237/Brukermedvirkning\\_mindre\\_fil.pdf](http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Brukermedvirkning_mindre_fil.pdf)

(15)

Formulere mål til forbedringsprosjektet. Helsebiblioteket. Sitert 18.11.2012.  
[www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsmåling/statistisk-prosesskontroll/formulere-mål-for-forbedringsprosjektet](http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsmåling/statistisk-prosesskontroll/formulere-mål-for-forbedringsprosjektet)

(16)

Madden T, Secura GM, Allsworth JE et al. Comparison of contraceptive method chosen by women with and without a recent history of induced abortion. *Contraception* 2011; 84(6):571-7.

(17)

Og bedre skal det bli. Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sitert 18.11.2012.  
[www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Verktoykasse/Forankre\\_og\\_organisere\\_forbedringsarbeidet/Sustainability](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Verktoykasse/Forankre_og_organisere_forbedringsarbeidet/Sustainability)