

Afgreiðsla á neyðargetnaðarvörn í apótekum

Ágrip

**Margrét Lilja
Heiðarsdóttir¹**
lyfjafræðinemi

**Anna Birna
Almarsdóttir¹**
lyfjafræðingur

**Reynir Tómas
Geirsson^{2,3}**
kvensjúkdómalaeknir

Lykilorð: getnaðarvarnir,
neyðargetnaðarvörn, þungun.

Tilgangur: Notkun neyðargetnaðarvarnar með levónorgestrel-töflum hefur orðið algeng eftir að bein afgreiðsla í apótekum var heimiluð. Kannað var hvernig lyfjafræðingar á höfuðborgarsvæðinu afgreiða neyðargetnaðarvörn.

Efniviður og aðferðir: Alls voru 46 lyfjafræðingar af báðum kynjum og á öllum aldri beðnir um að svara spurningalista (svarhlutfall 84,8%) um hvernig þeir afgreiddu neyðargetnaðarvörn.

Niðurstöður: Fjórir af fimm eyddu <5 mínútum í að ræða um neyðargetnaðarvörnina, en nær allir athuguðu tímalengd frá samförum. Fáir (20%) spurðu um heilsufarsvandamál, en lyfjanotkun og milliverkun við levónorgestrel var oftast könnuð. Tæpur helmingur benti á að neyðargetnaðarvörn dygði ekki gegn kynsjúkdómum, en 3/4 nefndu reglubundna getnaðarvörn. Nær allir (95%) spurðu um fyrri notkun neyðargetnaðarvarna. Aðeins 30% afgreiddu neyðargetnaðarvörn aftur í sama tíðahring. Helmingur lyfjafræðinganna vildi afgreiða karlmenn og aðstoða þá við að axla ábyrgð, en aðrir aðeins konuna sjálfa. Af þeim sem afgreiddu karlmenn sagðist helmingur (55%) ræða við konuna í síma til að tryggja rétta ávísun og upplýsingar. Nær þriðjungur ræddi sjaldan eða aldrei við skjólstæðinga í einrúmi.

Ályktun: Lyfjafræðingar virðast sammála um meginatriði í afgreiðslu neyðargetnaðarvarnar, en þó ekki hvað varðar afhendingu til karla. Aðstoða til að ræða viðkvæm málefni við skjólstæðinga mætti víða vera betri.

Inngangur

Á árinu 2007 vöktu fréttir um notkun neyðargetnaðarvarna meðal unglinga talsverða athygli (Ríkisútvarpið og fleiri fjölmiðlar). Viðmælendur úr hópi unglinga töldu auðvelt að nálgast neyðargetnaðarvarnapillur í apótekum og það þekktist að ungir piltar ættu lyfið til að bjóða stúlkum fyrir samfarir ef þær hefðu ekki aðrar getnaðarvarnir. Sala neyðargetnaðarvarna hefur meira en tvöfaldast í seldum pakkningum frá því árið 2001 þegar klínískar leiðbeiningar komu frá Landlæknisembættinu og þar með að lyfið

mætti afgreiða beint sem neyðarlyf í apótekum.¹ Neyðargetnaðarvörn kemur í veg fyrir getnað eftir óvarðar samfarir með því að hindra egglos og trufla að einhverju leyti sæðisflutning í eggjaleiðara. Ólíklegt er að hún komi í veg fyrir bólfestu blöðrukíms í legslímhúð þó það geti verið þáttur í verkuninni ef lyfið er tekið á gulbússkeiði tíðahrings nálægt blæðingum.^{3, 4} Ekki eru vísbendingar um að neyðargetnaðarvörn hafi áhrif eftir bólfestu blöðrukíms í legi⁴ og því er ekki um fóstureyðingu að ræða. Allar konur á frjósemisaldri geta notað hana og aðferðin er álitin mikilvæg sem úrræði fyrir ungar konur sem ekki nota öruggar getnaðarvarnir^{1,2,4,5} til að fækka ótímabærum þungunum.

Til eru þrjár mismunandi möguleikar á neyðargetnaðarvörn; ósamsett hormónatafla sem inniheldur prógestógenið levónorgestrel, uppsetning koparlykkju og nota má samsettar hormónatöflur (pilluna) með nægilegu magni af ethýlestradíóli og levónorgestrel ef levónorgestrel er ekki tiltækt.^{1,2} Fyrsta val er alltaf levónorgestrel eitt sér vegna góðrar virkni. Fyrir því lyfi eru nær engar frábendingar og aukaverkanir vægar (fyrst og fremst ógleði og uppköst, sjaldnar höfuðverkur, svimi og eymsli í brjóstum). Segja má að þetta sé eitt öruggasta lyf sem til er hvað aukaáhrif varðar.¹ Koparlykkjan hentar frekar konum sem hafa átt börn og óska eftir að fá getnaðarvörn til nokkurrar frambúðar um leið.⁴

Tvö levónorgestrel-lyf hafa verið skráð á Íslandi frá ársbyrjun 2003, Postinor® (Medimpex UK Limited, Bretland) og NorLevo® (Laboratoire HRA Pharma, Frakkland). Postinor-pakkning inniheldur eina 1,5 mg töflu, en NorLevo® inniheldur tvær 750 µg töflur í hverri pakkningu. Eftir notkun geta tíðablæðingar hliðrast til en í flestum tilfellum gerist ekkert.³

Levónorgestrel-gjöfin er talin geta dregið úr áhættu á að konan verði þunguð sem nemur 60-93%, eftir því hversu fljótt neyðargetnaðarvörnin er tekin eftir óvarðar samfarir. Ný rannsókn bendir til árangurs allt að fimm sólarhringum eftir óvarðar samfarir.⁶ Þetta er mun minni virkni en sést af getnaðarvörnum sem teknar eru til

¹Lyfjafræðideild HÍ, Haga, Hofsvallagötu 53, 107 Reykjavík,

²kvennasviði, Landspítala, ³læknadeild HÍ.

Fyrirspurnir og bréfskipti: Reynir Tómas Geirsson, kvennasviði Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík.

reynirg@landspitali.is

Tafla 1. Spurningar sem lagðar voru fyrir lyfjafræðinga í apótekum á höfuðborgarsvæðinu árið 2007.

Hvaða tegund af neyðargetnaðarvörn afgreiðir þú oftast?
<i>Valmöguleikar: Postinor = 100%, NorLevo = 0%, annað = 0%</i>
Hversu langan tíma gefur þú þér til þess að ræða við einstakling sem biður um „daginn eftir pilluna“?
<i>Svar: 0-2 mín = 41%, 3-5 mín = 41%, 5-10 mín = 18%, >10 mín 0 = %.</i>
Þegar þú afgreiðir neyðargetnaðarvörn, athugar þú hversu langur tími er liðinn frá samförum?
<i>Svar: Já 92%, nei 8 %.</i>
Spyrðu hvort einstaklingur sé með háþrýsting eða hvort hjarta- og æðasjúkdómar séu í fjölskyldunni?
<i>Svar: Já 18%, nei 82%</i>
Spyrðu einstaklinginn hvort hún hafi fengið leggþubólgu eða haft utanlegsfóstur?
<i>Svar: Já 3%, nei 97%</i>
Athugarðu hvort hún sé með barn á brjósti?
<i>Svar: Já 26%, nei 71%, autt 3%.</i>
Gerir þú einstaklingnum grein fyrir því að neyðargetnaðarvörn getur m.a. milliverkað við fenytoín, karbamazepín, náttúrulyf sem innihalda Jóhannesarjurt, riampísín, rítónavír, rifabútin?
<i>Svar: 46% spyrja um lyfjanotkun almennt, nei 54%</i>
Gerir þú einstaklingnum grein fyrir því að neyðargetnaðarvörn er ekki vörn gegn kynsjúkdómum?
<i>Svar: Já 44%, nei 56%</i>
Gerir þú einstaklingnum grein fyrir að neyðargetnaðarvörn er ekki eins örugg og reglubundin getnaðarvörn?
<i>Svar: Já 77%, nei 23%</i>
Spyrðu einstaklinginn hvort hún hafi tekið neyðargetnaðarvörn áður?
<i>Svar: Já 95%, nei 5%</i>
Ef já: Spyrðu hvort það sé innan sama tíðahrings?
<i>Svar: Já 78%, nei 22%</i>
Ef svo er afgreiðir þú þá neyðargetnaðarvörn?
<i>Svar: Já 30%, nei 38%, já og nei: 32%</i>
Ef kona hefur fengið neyðargetnaðarvörn skömmu áður ráðleggur þú henni að velja aðra getnaðarvörn sem veitir lausn til lengri tíma?
<i>Svar: Já 87%, nei 13%</i>
Afgreiðir þú karlmenn með neyðargetnaðarvörn?
<i>Svar: já 51%, nei 49%</i>
Ef já talar þú við konuna í síma?
<i>Svar: Já 55%, nei 45%</i>
Spyrðu hann um heilsufarsupplýsingar hennar?
<i>Svar: já 45%, nei 50%, autt 5%</i>
Afhendir þú honum neyðargetnaðarvörn ásamt bæklingi og lætur hann koma skilaboðum/ upplýsingum áfram til hennar?
<i>Svar: já 70%, nei 25%, autt 5%</i>
Ræðir þú við einstaklinginn í einrúmi?
<i>Svar: alltaf 58%, oft 13%, sjaldan 26%, aldrei 3%</i>
Afgreiðir þú neyðargetnaðarvörn beint yfir afgreiðsluborðið án þess að ræða við einstaklinginn í einrúmi?
<i>Svar: alltaf 10%, oft 23%, sjaldan 19%, aldrei 54%</i>

forvarnar og heilbrigðisstarfsfólk þarf að hafa það í huga.⁷

Notkun neyðargetnaðarvarna fylgja álitamál sem varða ekki síst hvernig lyfið skuli afgreitt. Landlæknisembættið gaf árið 2001 út leiðbeiningar um gjöf lyfsins og aðstæður sem skyldu vera til staðar þegar það væri afgreitt. Með því var staðfest að um neyðarlyf væri að ræða samkvæmt lyfjalögum nr. 93/1994. Tilmæli voru gefin um aðstæður í apótekum, þannig að konan gæti auðveldlega rætt ósk um afgreiðslu lyfsins í einrúmi við lyfjafræðing sem skyldi þá gefa ráð

um tókuna og um notkun getnaðarvarna.¹ Með dreifibréfi Lyfjastofnunar (nr. 7/2003) var lyfið sett í lausasölu og mælt til þess að lyfjafræðingar afgreiddu það þannig.

Reynsla fyrsta höfundar af vinnu í þrem apótekum á höfuðborgarsvæðinu undanfarin ár benti til þess að viðhorf lyfjafræðinga í apótekum væru misjöfn gagnvart afgreiðslu neyðargetnaðarvarnar og þess hversu mikið eða hvort þyrfti að fræða konurnar. Því var kannað hvernig lyfjafræðingar afgreiða neyðargetnaðarvörn.

Efniviður og aðferðir

Sett var upp námsverkefni (MLH, ABA) þar sem ópersónugreinanlegir spurningalistar voru lagðir fyrir lyfjafræðinga sem starfa í lyfjabúðum á höfuðborgarsvæðinu haustið 2007 (þægindaúrtak sem tók til allra apóteka fyrirtækjanna Lyfju, Lyfja og heilsu og Lyfjavalis). Alls voru 46 lyfjafræðingar beðnir um að svara spurningalistanum og 39 féllust á það (svarhlutfall 84,8%). Sérstök önnur leyfi þurfti ekki. Spurningarnar voru gerðar með hliðsjón af upplýsingum í SPC-skjali lyfsins Postinor®.

Niðurstöður

Af svarendum voru 44% karlar og 56% konur, þar af 15% 30 ára og yngri, 31% voru 31-40 ára, 23% 41-50 ára og 31% 51 árs og eldri. Spurningar og svör við þeim eru birtar í töflu 1. Allir svarendur afgreiddu Postinor®, en sumir voru ekki meðvitaðir um að NorLevo® væri á lyfjaskrá. Rúmlega 80% eyddu minna en 5 mínútum í að ræða við einstaklinginn um neyðargetnaðarvörn, tæplega 20% notuðu 5-10 mínútur, en enginn sagðist ræða við einstaklinginn í 10 mínútur eða meira.

Flestir sögðust athuga hversu langur tími væri liðinn frá samförum. Einn af hverjum fimm spurði um fyrri segarek eða hjarta- og æðakerfisvandamál í heilsufari konunnar. Nokkrir lyfjafræðingar bentu þó á að margar stúlkanna sem báðu um neyðargetnaðarvörn voru svo ungar að litlar líkur væru á slíku. Nær enginn spurði um utanlegsfóstur eða áhættuþætti fyrir eggjaleiðarabólgu. Flestir spurðu ekki um yfirstandandi brjóstgjöf, en nokkrir sem svöruðu spurningunni neitandi tóku fram að þegar rætt væri við konuna kæmi oft í ljós hvort hún væri með barn á brjósti. Spurningunni um einstök tilgreind lyf svöruðu flestir þannig að spurt væri um almenna lyfjanotkun og síðan flett upp hvort það lyf hefði milliverkun við levónorgestrel. Fáir spurðu um notkun náttúrulyfja.

Aðeins tæpur helmingur lyfjafræðinganna benti á að neyðargetnaðarvörn dygði ekki gegn kynsjúkdómum og þrír af hverjum fjórum kváðust nefna að reglubundin getnaðarvörn væri öruggari.

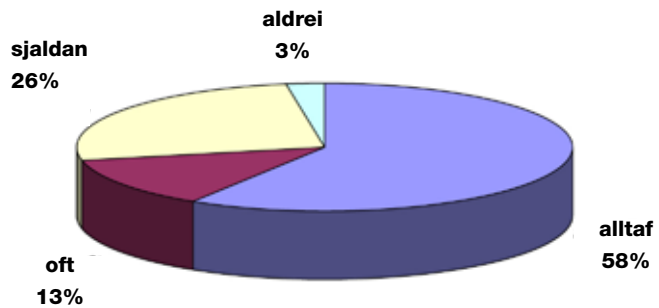
Flestir lyfjafræðingarnir spurðu hvort konan hefði tekið neyðargetnaðarvörn áður og þá hvort það hefði verið í sama tíðahring og nokkrir minntust á að auðvelt væri að hefja samræður á þessari spurningu. Aðeins 30% sögðust afgreiða neyðargetnaðarvörn aftur í sama tíðahring og rökstuddu það sérstaklega með því að þeim myndist þeir ekki hafa rétt til þess að neita einstaklingi um neyðargetnaðarvörn. Annar þriðjungur var ekki viss um viðbrögðin og svöruðu ekki eða merktu bæði við já og nei svar. Fullur þriðjungur sagðist ekki gefa annan skammt í sama tíðahring (án rökstuðnings).

Helmingur lyfjafræðinganna sagðist afgreiða piltu eða karlmenn vegna neyðargetnaðarvarnar, en sumir töldu bannað að afgreiða karlmenn. Aðrir sögðu að ef unglingar sem hafa samfarir verða fyrir því óhappi að smokkurinn rifnar eða að stúlkan hafi gleymt að taka pilluna sé ekki hægt að meina piltinum að axla ábyrgð og fara í apótek til að kaupa neyðargetnaðarvörn. Helmingur þeirra sem var tilbúinn að afgreiða karlmanninn sagðist ræða við konuna í síma og leysa vandann þannig og þar með tryggja að réttar upplýsingar skili sér til hennar. Helmingur lyfjafræðinganna sem afgreiddi karlmenn fór þó ekki lengra með málið og afhenti neyðargetnaðarvörn án frekari spurninga til piltanna, þótt meirihlutinn hafi um leið látið þá fá upplýsingar um getnaðarvarnir. Mynd 1 sýnir hversu oft lyfjafræðingar urðu við því að ræða við einstaklinginn í einrúmi. Sá hluti sem ræddi sjaldan eða aldrei við skjólstæðinga í einrúmi var 29%.

Umræður

Hér var um að ræða könnun meðal lyfjafræðinga um afgreiðslu tiltekins lyfs sem féll undir sérstakar afgreiðslureglur af hálfu landlæknisembættisins (og Lyfjastofnunar) fram til ársins 2003. Ætlunin var að fá upplýsingar um hvernig þetta lyf sem ungar konur nota fyrst og fremst er afgreitt og fá fram hvernig lyfjafræðingar standa að því. Könnunin var ekki hugsuð sem vísindarannsókn en var þó námsverkefni í lyfjafræði. Líta ber á niðurstöðurnar í því ljósi.

Í heild voru lyfjafræðingarnir sem þátt tóku í þessari könnun nokkuð sammála um hvernig eigi að afgreiða neyðargetnaðarvörn. Ekki er unnt að vita um viðhorf þeirra sjö sem ekki vildu svara, en meðal hinna var enginn augljós kynjamunur.



Lyfjastofnun telur að hverju apóteki sé frjálst að setja eigin vinnureglur. Þessi athugun bendir hins vegar til þess að ástæða sé til að útbúa hnitmiðaðar vinnureglur sem næðu til allra lyfjafræðinga. Slíkt myndi auðvelda afgreiðslu og tryggja betur að rétt þekking og fræðsla nái til einstaklinganna.

Atriði sem spurt var um tóku meðal annars mið af fylgiseðli lyfsins (SPC-upplýsingum í sérlyfjaskrá). Samkvæmt þeim ráðleggingum er einungis hægt að nota lyfið innan 72ja klukkutíma frá óvörðum samförum þó sá tími megi í raun vera lengri.⁶ Flestir lyfjafræðinganna spurðu um þetta atriði. Notkun samsettra getnaðarvarnartafna og hugsanlega levónorgestrels getur fylgt aukin hættu á segareki í bláæðum,¹ en óalgengt var að spurt væri um þetta enda áhættan mjög lítil. Hugsanlegt er að hættu á utanlegsfóstri sé aukin eftir töku levónorgestrels, en nær enginn spurði um það. Þá er bent á að levónorgestrel skilst út í brjóstamjólki og inntaka strax eftir brjóstagjöf getur þýtt minni lyfjapéttni í brjóstamjólki, en ekki var spurt um það atriði þótt hugsanlegt væri að ráðleggja konum um tímasetningu lyfjatökunnar ef þær eru með barn á brjósti.

Hver skammtur af Postinor® kostar um það bil 1900 kr. og því myndi þriggja mánaða skammtur kosta 5700 kr. Samkvæmt lyfjaverðskrá í janúar 2009 er það aðeins dýrara en þriggja mánaða skammtur af þeim samsettu getnaðarvarnapillum sem eru dýrastar og þrisvar sinnum dýrari en þær ódýrustu. Hægt væri að benda þeim sem biðja um neyðargetnaðarvörn á þessa staðreynd til að ýta undir að konur sem ekki óska þungunar fái örugga getnaðarvörn.

Á kvennasviði Landspítala er til staðar ráðgjöf um getnaðarvarnir. Þar hafa starfsmenn orðið varir við að stúlkur leiti þangað eftir að þeim hefur verið neitað um afgreiðslu á neyðargetnaðarvörn í apóteki vegna þess að of stuttur tími sé liðinn frá því að þær fengu hana afgreidda síðast (Sóley Bender, munnlegar upplýsingar 1. október 2008).

Mynd 1. Svör við spurningu um hvort rétt sé við einstaklinginn í einrúmi.

Það má spyrja hvort það sé ekki réttur konunnar að taka þá ákvörðun að fá neyðargetnaðarvörnina aftur innan svo skamms tíma.

Erfitt getur verið að ræða við karlmann um persónulegar upplýsingar er varða stúlkuna, svo sem hvar hún er stödd í tíðahringnum. Því er æskilegt að hafa samband við hana til að nálgast nauðsynlegar upplýsingar. Þó engin laga- eða reglustoð banni að afgreiða karlmann um neyðargetnaðarvörn neita nokkuð margir lyfjafræðingar þeim um afgreiðslu á þeim grunni.

Hafa ber í huga að fræðsla og ráðgjöf þarf að vera einstaklingsmiðuð. Þegar ungmenni eru afgreidd er mikilvægt að þeim finnist að borin sé virðing fyrir þeim, hlustað sé á þau og trúnaðar gætt. Bent hefur verið á að þegar ung stúlka kemur og biður um neyðargetnaðarvörn getur hún verið miður sín yfir hugsanlegri þungun, jafnvel komið eftir nauðgun eða ofbeldi og verið kvíðafull vegna þess að þurfa að ræða við óviðkomandi um svo viðkvæmt málefni.⁸ Gæta þarf að því að spyrja ekki of persónulegra spurninga þegar aðrir eru viðstaddir. Hér skortir greinilega á aðstöðu í mörgum apótekum og því kann að vera erfiðara að viðhafa þá nærgætni sem þarf við þessar aðstæður enda sögðust 1/3 lyfjafræðinga alltaf eða oftast afgreiða neyðargetnaðarvörn beint yfir afgreiðsluborðið.

Árið 2001 voru gefnar út klínískar leiðbeiningar um neyðargetnaðarvarnir unnar af vinnuhópi á vegum landlæknis og í honum sátu fulltrúar lækna, hjúkrunarfræðinga og lyfjafræðinga.¹ Þar er meðal annars sagt að neyðargetnaðarvörn sé: „sjálfsagt að veita öllum konum sem þess óska“ . . . og leggja skuli „áherslu á mikilvægi ráðgjafar í einrúmi fyrir viðkomandi konu/par en gefa greinargóðar skriflegar upplýsingar ef ekki er unnt að veita fræðslu og ráðgjöf með viðtali.“ Þó má benda á að í Noregi og Svíþjóð er hægt að nálgast neyðargetnaðarvarnir án þess að ræða við lyfjafræðing í apótekum eins og önnur lausasölulýf <http://emergencycontraception.org/asec/newslettersummer2007.pdf> en hér á landi hefur Lyfjastofnun mælt til þess að lyfjafræðingar afgreiði lyfið samt sem áður. Engin athugun á notkun eða afgreiðslu neyðargetnaðarvarnar hefur áður verið gerð hérlendis, en erlendis hafa kannanir verið gerðar víða á viðhorfum lyfjafræðinga til afgreiðslunnar og nokkuð auðvelt virðist að nálgast neyðargetnaðarvörn í apótekum á Vesturlöndum.^{10, 11, 12}

Með því að leyfa neyðargetnaðarvörn í lausa-

sölu er hún gerð mun aðgengilegri fyrir stúlkur og konur en áður þegar þurfti að pantatíma hjá lækni og fá lyfseðil. Tíðni fóstureyðinga hefur ekki aukist í takt við fólksfjölgun á höfuðborgarsvæðinu undanfarin ár og hún hefur lækkað í yngri aldursflokkunum.¹³ Það hefur verið rakið til þess að neyðargetnaðarvörn var sett á markað og gerð enn aðgengilegri og leyfð í lausasölu árið 2003. Einnig hefur fræðsla meðal unglinga aukist fyrir tilstuðlan aðila eins og getnaðarvarnaráðgjafar kvennasviðs Landspítala, Fræðslusamtaka um kynlíf og barneignir, Ástráðs – forvarnarstarfs læknanema sem var sett á laggirnar árið 2000 og aukinnar áherslu á þetta efni sem hluta lífsleikninámsefnis í skólum. Lyfjafræðingar gegna einnig mikilvægu hlutverki í ráðgjöf um getnaðarvarnir eins og þessi könnun bendir til. Þótt hún takmarkist af úrtakinu fengust þó skýrar vísendingar um hvernig standa mætti betur að þeirri ráðgjöf, svo sem með bættri aðstöðu til einkasamtala í apótekum og almennum leiðbeiningum um hvernig standa beri að sölu og afgreiðslu lyfsins.

Heimildir

1. Landlæknisembættið. Neyðargetnaðarvörn. Læknablaðið 2001; 87: 581-2.
2. Klínískar leiðbeiningar um neyðargetnaðarvörn: www.landlaeknir.is/pages/154?query.
3. Brechin S. Emergency contraception. Í Glasier A, Gebbie A. Handbook of Family Planning and Reproductive Health Care, 5th Ed.. Churchill Livingstone, Edinburgh 2008: 191-9.
4. International Planned Parenthood Federation. IMAP statement on emergency contraception. IPPF Med Bull 2004; 38: 1-4. www.ippf.org/en/Resources/Medical/Volume+38+Number+1+March+2004.htm
5. Pedersen W. Nødprevensjon eller abort? En longitudinell studie av unge kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3206-8.
6. von Herzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low-dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. Lancet 2002; 360: 1803-10.
7. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics. McGraw-Hill, New York 2006: 1563-7.
8. Bender SS. Neyðargetnaðarvörn: Klínísk nálgun. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2000; 76: 141-4.
9. Aneblom G, von Essen L, Häggström-Nordin E, Larsson M, Odland V. Trots lättillgängliga akut-p-piller sjunker inte antalet aborter. Läkartidningen 2002; 99: 4730-5.
10. Black KI, Mercer CH, Kubba A, Wellings K. Provision of emergency contraception: a pilot study comparing access through pharmacies and clinical settings. Contraception 2008; 77: 181-5.
11. Dunn S, Brown TE, Alldred J. Availability of emergency contraception after its deregulation from prescription-only status: a survey of Ontario pharmacies. CMAJ 2008; 178: 423-4.
12. Nelson AL, Jaime CM. Accuracy of information given by Los Angeles County pharmacies about emergency contraceptives to sham patient in need. Contraception 2009; 79: 206-10.
13. Landlæknisembættið. Talnabrunnur 2008: 2.1. www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=3492

Providing emergency contraceptive pills in pharmacies

Objective: Use of the levonorgestrel emergency contraception (EC) pill has become more common after being made formally available in pharmacies without prescription. It was investigated how pharmacists in the capital area of Reykjavik supply EC to clients.

Material and methods: A total of 46 pharmacists of all working ages and both genders were asked to answer a questionnaire concerning how they sold the emergency contraception pill over the counter (84.8% reply rate).

Results: Four of five used <5 minutes to discuss emergency contraception with the client, but almost all enquired about time from intercourse. While only 20% asked about the woman's health, most considered concomitant drug use and potential interaction with levonorgestrel. Only about 50% pointed out that EC did

not protect against sexually transmitted disease, ¼ pointed out the need for permanent contraceptive use, 95% asked about previous EC use, but only 30% would provide EC again in the same menstrual cycle. One half of the pharmacists sold EC to men/teenage boys and wished to assist them with taking responsibility, while the others only sold the drug to the woman. Of those prepared to give the drug to the men, 55% asked to speak over the telephone with the woman to ensure correct prescription and information. Nearly a third would never or rarely provide consultation in private.

Conclusions: Pharmacists agree mostly about main points in supplying EC, but not as regards provision to women through their male partners. Provisions for consultation can be improved.

Heidarsdóttir ML, Almarsdóttir AB, Geirsson RT.

Providing emergency contraceptive pills in pharmacies. *Icel Med J* 2009; 95: 343-7

Key words: Key contraception, emergency contraception, pregnancy.

Correspondence: Reynir Tómas Geirsson, reynirg@landspitali.is

Barst: 18. nóvember 2008, - samþykkt til birtingar: 20. mars 2009