

hvorfor det bør overvejes at introducere CRM og ikketelekniske færdigheder her samt integrere træning af det i special- og efteruddannelserne.

**KORRESPONDANCE:** Lene Spanager, Dansk Institut for Medicinsk Simulation, Herlev Hospital, Herlev Ringvej 75, 2730 Herlev. E-mail: lene.spanager@regionh.dk

**ANTAGET:** 16. juli 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 29. oktober 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

#### LITTERATUR

- Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
- Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL et al. Forekomst af utilsigtede hændelser på sygehuse. *Ugeskr Læger* 2001;163:5370-8.
- Gawande A, Zinner M, Studdert D et al. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003;133:614-21.
- Rall M, Gaba DM, Dieckmann P et al. Patient simulation. I: Miller RD, red. *Anaesthesia*. New York: Elsevier 2010;151-92.
- Wilson KA, Burke CS, Priest HA et al. Promoting health care safety through training high reliability teams. *Qual Saf Health Care* 2005;14:303-9.
- Cooper JB, Newbome RS, Long CD et al. Preventable anesthesia mishaps. *Anesthesiology* 1978;49:399-406.
- Gaba DM, Howard SK, Fish KJ et al. Anesthesia crisis resource management (ACRM): a decade of experience. *Simul Gaming* 2001;32:175-93.
- Andersen PO, Jensen MK, Lippert A et al. Development of a formative assessment tool for measurements of performance of multi-professional resuscitation teams. *Resusc* 2010;81:703-11.
- Wisborg T, Brattebø G, Brattebø J et al. Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Educ Health* 2006;19:85-95.
- Fletcher G, Flin R, McGeorge P et al. Rating non-technical skills: developing a behavioral marker system for use in anaesthesia. *Cogn Tech Work* 2004;6:165-71.
- Yule S, Flin R, Paterson-Brown S et al. Development of a rating system for surgeons' non-technical skills. *Med Educ* 2006;40:1098-104.
- Healey AN, Undre S, Vincent CA et al. Developing observational measures of performance in surgical teams. *Qual Saf Health Care* 2004;13(suppl 1):i33-i40.
- Musson DM, Helmreich RL. Team training and resource management in health care: current issues and future directions. *Harv Health Pol Rev* 2004;5:25-35.
- Rabøl LI, Østergaard D, Mogensen T. Outcomes of classroom-based team training interventions for multiprofessional hospital staff. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e27.
- Møller TP, Lippert A, Østergaard D. Facts and fiction – training in centre or in situ. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 2012;2:174-9.
- Gardner R, Walzer TB, Simon R et al. Obstetric simulation as a risk control strategy. *Simul Healthc* 2008;3:119-27.
- Siassakos D, Draycott T, Montague I et al. Content analysis of team communication in an obstetric emergency scenario. *J Obstet Gynaecol* 2009;29:499-503.
- Nielsen PE, Goldman MB, Mann S et al. Effects of teamwork training on adverse outcomes and process of care in labour and delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:48-55.
- Fuhrmann L, Østergaard D, Lippert A et al. A multi-professional simulation based course in the recognition and management of the deteriorating patient. *Resusc* 2009;80:669-73.
- McCulloch P, Mishra A, Handa T et al. The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Qual Saf Health Care* 2009;18:109-15.
- McCulloch P, Rathbone J, Catchpole K. Interventions to improve teamwork and communications among health care staff. *Br J Surg* 2011;98:469-79.
- Merién AR, van de Ven J, Mol BW et al. Multi-disciplinary team training in a simulation setting for acute obstetric emergencies. *Obstet Gynecol* 2010;115:1021-7.
- Draycott T, Sibanda T, Owen L et al. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG* 2006;113:177-82.
- Neily J, Mills PD, Young-Xu Y et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 2010;304:1693-700.
- Morey JC, Simon R, Jay GD et al. Error reduction and performance improvement in emergency departments through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. *Health Serv Res* 2002;37:1553-81.
- Edwards S, Siassakos D. Training teams and leaders to reduce resuscitation errors and improve patient outcome. *Resuscitation* 2012;83:13-5.
- Rouillier JZ, Goldstein IL. The relationship between organizational transfer climate and positive transfer of training. *Hum Res Dev Quat* 1993;4:377-90.

## Årsager til fjernelse af spiral hos kvinder i almen praksis

Line Kolding & Huda Galib Majeed

### UDVIKLINGS-ARTIKEL

Kvindeafdelingen,  
Regionshospitalet Viborg

Spiral er en god og effektiv præventionsløsning. Der findes to typer: kobberspiral og gestagenspiral. I Danmark bliver der solgt ca. 33.200 gestagenspiraler og 13.000-15.000 kobberspiraler pr. år [1] (salget af kobberspiraler er ikke registreret siden 1993, hvor de ændrede status til medicinsk udstyrsprodukt). Ud over den antikonceptive effekt kan gestagenspiralen anvendes ved blødningsforstyrrelser, endometriose og som gestagenbehandling af endometriet i forbindelse med systemisk behandling med østrogen, hvorimod kobberspiralen kun bruges til antikonception og nødprævention.

Menoragi og dysmenoré er de hyppigste årsager til fjernelse af kobberspiraler [2]. Hos gestagenspiralbrugere er det metroragi og dysmenoré, der fører til fjernelse af spiralen før tid, oftest i løbet af det første år [3, 4].

Ekspulsion af spiralen kan være total eller partiel, og risikoen afhænger blandt andet af kvindens

alder, paritet og oplægningsteknikken. Risikoen er størst den første tid efter oplægningen [4-7].

Information til kvinden inden oplægning om de mest almindelige bivirkninger er afgørende for patienttilfredsheden, forsat brug af spiralen og dermed sikring af en lav seponeringsrate [7-9]. Der opstår desværre graviditeter på trods af spiralbrug. Pearl index for henholdsvis kobber- og gestagenspiral ligger på 0,5-3 [1, 6, 9] og 0,09-0,1 [2, 7, 9, 10].

Formålet med undersøgelsen var at belyse årsager til, at kvinder i almen praksis, får fjernet deres spiral, og om der er forskel på, hvad der ligger til grund for seponering af hhv. kobberspiraler og gestagenspiraler.

### MATERIALE OG METODER

Der blev foretaget en retrospektiv undersøgelse via journalgennemgang, og årsagerne, der lå til grund for fjernelse af spiralerne, blev opdelt i følgende:

- Gener.
- Ekspulsion.
- Graviditet på trods af spiral.
- Graviditetsønske.
- Tiden udløbet.
- Andre årsager.

### DATAINDSAMLING

Data blev indsamlet i Lægehuset i Brande, hvortil der er knyttet ca. 9.600 patienter. Data blev trukket fra MedWin-systemet om kvinder, der forsat var i live og havde antikonceptionelle midler til lokal applikation (spiral og p-ring) registreret på udskrevet recept i en tiårig periode 1. juni 2001-1. juni 2011.

### RESULTATER

Data omfattede 290 kvinder. I alt 52 kvinder blev ekskluderet enten på grund af p-ring (27), eller fordi de ikke havde fået opsat spiralen (25). Tilbage var 238 kvinder, der havde fået oplagt en eller flere spiraler i den tiårige periode.

Hos de 238 kvinder blev der opsat 339 spiraler: 187 kobberspiraler (55%) og 152 gestagenspiraler (45%). Indikationen for oplæggelse af gestagenspiral fordelte sig som følgende: antikonception (111 stk.), blødningsforstyrrelser (40 stk.) og endometriose (1 stk.).

Af det totale antal anlagte spiraler blev 33 kobberspiraler (18%) og 20 gestagenspiraler (13%) fjernet før tid på grund af gener (Tabel 1).

Hos de kvinder, hvor gestagensspiralen var oplagt i antikonceptionelt øjemed (111 stk.), blev 15 spiraler fjernet på grund af gener (Tabel 2).

Blødningsforstyrrelser og smerter var angivet som de hyppigste gener, og henholdsvis 29 kobberspiraler (16%) og otte gestagenspiraler (7%) blev fjernet af disse årsager.

Infektionsraten var lav og tilnærmelsesvis ens i begge grupper (< 1%).

Tre kvinder fik fjernet gestagensspiralen på grund af hormonel påvirkning (3%). Bivirkninger, der blev registreret, var: akne, migræne, depression og androgene bivirkninger.

Af de 187 kobberspiraler var 64 (34%) fortsat i brug den 1. juni 2011, og af de 152 gestagensspiraler var 88 (58%) fortsat i brug.

Ekspulsionsraten var 5% af alle oplagte gestagensspiraler og 3% af kobberspiralerne.

I den tiårige periode blev fem kvinder gravide med kobberspiral (3%), hvorimod ingen blev gravide med gestagenspiral. Der blev ikke registreret nogen ekstrauterine graviditeter i perioden. Ved to af de opståede graviditeter lå spiralen i cervikalkanalen, hvilket blev verificeret ved ultralydundersøgelse.



TABEL 1

Seponeringsårsager for alle spiraler.

	Kobberspiral (N = 187), n (%)	Gestagenspiral (N = 152), n (%)
Gener	33 (18)	20 (13)
Ekspulsion	6 (3)	7 (5)
Graviditet	5 (3)	0 (0)
Graviditetsønske	23 (12)	9 (6)
Tiden udløbet	41 (22)	16 (11)
Andre årsager <sup>a</sup>	15 (8)	12 (8)

a) Uoplyst, anden antikonception, partner steriliseret, klimakterium/menopause, hysterektomi, konisation.



TABEL 2

Årsager angivet i journalerne til seponeringerne pga. gener (kun gestagensspiraler med indikation antikonceptiva er medtaget).

	Kobberspiral (N = 33), n	Gestagenspiral (N = 15), n
Blødningsforstyrrelser	23	4
Blødningsforstyrrelser + smerter	2	1
Smerter	4	3
Infektion	1	1
Hormonrelaterede bivirkninger	0	3
Konkret gene ikke angivet	3	2

Spiralens placering var ukendt i de tre andre tilfælde. Af de fem kvinder, der fik påvist graviditet, gennemførte tre kvinder en normal graviditet, en aborterede fem dage efter erkendt graviditet, og en fik foretaget en provokeret abort.

I den tiårige periode blev der foretaget 99 spiralskift. Seksogfyrre fra kobber til kobber, 26 fra gestagen til gestagen, 26 fra kobber til gestagen og et fra gestagen til kobber.

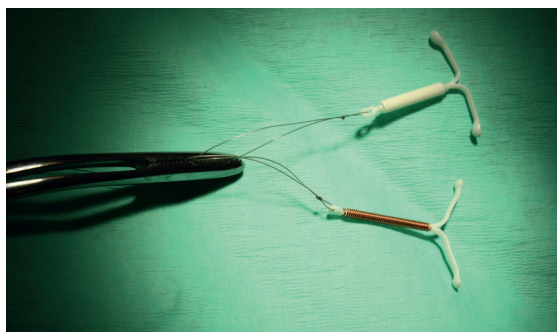
### DISKUSSION

Da vi ønskede at sammenligne de gener, der førte til seponering af de to spiraltyper, valgte vi her udelukkende at medtage de gestagensspiraler, der var oplagt på antikonceptionel indikation, således at de to spiralgrupper var mere sammenlignelige.

Opgørelsen viste, at flere kobberspiraler end gestagensspiraler blev fjernet på grund af gener.

Studier viser, at 6-15% af kobberspiralbrugerne får fjernet spiralen på grund af blødning og eller smerter i løbet af det første år [2-4], den femårige kumulative rate er på 27% [7]. I vores opgørelse blev

Øverst gestagenspiral,  
nederst kobberspiral.



16% af de oplagte kobberspiraler fjernet før tid på grund af blødning og eller smerter.

Den kumulative rate for fjernelse på grund af blødningsforstyrrelser og eller smerter ved brug af gestagenspiral er på 8,3-19,6% [4, 7]. Otte (7%) af de seponerede gestagenspiraler i vores opgørelse blev fjernet på grund af smerter og eller blødning.

Opgørelsen viste, at andelen af infektioner, der førte til fjernelse af spiralen, var lav i begge grupper (< 1%). Dette svarer til, hvad der er fundet i litteraturen, hvor andelen var på ≤ 2% efter fem år [4].

Tre kvinder (3%) fik fjernet en gestagenspiral på grund af hormonel påvirkning. Kumulationsraten over fem år var 8,4% [4]. Det forventes, at flere faktorer spiller ind, når en kvinde vælger at få fjernet sin spiral på grund af gener.

Der kan være en sammenhæng mellem prisen på spiralen og de gener, man som kvinde er villig til at acceptere inden fjernelse.

Ekspulsionsraten ligger normalt på 2-10% ved begge spiraltyper [4, 5]. I vores undersøgelse lå den i den lave ende på 3% ved kobber- og 5% ved gestagenspiraler.

Ud fra materialet fremgår det, at fem kvinder blev gravide med kobberspiraler (3% af de oplagte kobberspiraler), hvorimod der ikke forekom graviditeter hos kvinder med gestagenspiral. Hos *Andersson et al* lå den femårige kumulationsrate for graviditet på 4,2% for kobber- og 0,3% for gestagenspiral [4], hvilket stemmer overens med vores fund.

Generelt fandt man tilfredshed ved brug af begge spiraltyper i form af, at langt hovedparten af spiralerne i den tiårige periode enten var i brug, fjernet på grund af graviditetsønske eller, at tiden var udløbet. Det gjaldt for 68% af kobberspiralerne og 73% af gestagenspiralerne.

Ved udvælgelsen medtog vi ikke patienter, der havde fået ordineret spiral andetsteds fra. Derudover kan kobberspiraler købes i håndkøb, og i de tilfælde hvor dette er sket, er kvinderne ikke medtaget i undersøgelsen.

## KONKLUSION

Generelt er der stor tilfredshed med brug af begge spiraltyper set over den tiårige periode. Der er registreret flere gener hos kvinder med kobberspiral end hos kvinder med gestagenspiral. Blødningsforstyrrelser og dysmenoré var de hyppigste årsager til fjernelse af spiral før tid hos kvinder i almen praksis.

**KORRESPONDANCE:** Line Kolding, Kvindeafdelingen, Regionshospitalet Viborg, Heibergs Allé 4, 8800 Viborg. E-mail: line\_kolding@hotmail.com

**ANTAGET:** 29. august 2012

**FØRST PÅ NETTET:** 19. november 2012

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen

**TAKSIGELSER:** Forfatterne takker Lægehuset i Brande, Richard Nevil Farlie og Simon Johannessen.

## LITTERATUR

1. <http://www.dsog.dk/hindsgavn/Cu-IUD-09.pdf> (5. sep 2011).
2. Hubacher D, Chen P, Park S. Side effects from the copper IUD: do they decrease over time? *Contraception* 2009;79:356-62.
3. Hubacher D, Reyes V, Lillo S et al. Preventing copper intrauterine device removals due to side effects among first-time users: randomized trial to study the effect of prophylactic ibuprofen. *Hum Reproduct* 2006;21:1467-72.
4. Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUD during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception* 1994;49:56-72.
5. <http://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/141010> (1. okt 2011).
6. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF et al. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(6):CD00177.
7. Andersson K. The levonorgestrel intrauterine system: more than a contraceptive. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001;6(suppl 1):15-22.
8. Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception* 2003;68:31-4.
9. Fantasia HC. Options for intrauterine conception. *JOGNN* 2008;37:375-83.
10. <http://www.dsog.dk/hindsgavn/gestagenspiral-09.pdf> (5. sep 2011).

Sundhedsstyrelsen

## MEDLEMMER AF MEDICINTILSKUDSNÆVNET

Sundhedsstyrelsen indkalder forslag til lægefaglige medlemmer af Medicintilskudsnævnet for perioden 1. juli 2013 til 30. juni 2017.

Medicintilskudsnævnet rådgiver Sundhedsstyrelsen i sager om generelle og individuelle tilskud til lægemidler.

Medicintilskudsnævnet består af højst 8 personer, hvoraf mindst 2 skal være alment praktiserende læger og 1 skal repræsentere patient- og forbrugerinteresser. 7 medlemmer udpeges efter indstilling fra Sundhedsstyrelsen. Denne indkaldelse angår ikke det medlem, som repræsenterer patient- og forbrugerinteresser.

Medlemmerne bliver udpeget på baggrund af lægefaglige kompetencer og relevant erfaring for at opnå en bred lægefaglig ekspertise i nævnet.

Forslag til medlemmer skal være Sundhedsstyrelsen i hænde senest 15. april 2013.

Opslaget kan ses i sin helhed på Sundhedsstyrelsens netsted, hvor der også findes nærmere oplysninger om nævnets arbejde.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1, 2300 København S  
Telefon 44 88 96 96  
[www.lmst.dk](http://www.lmst.dk)