

Hormonspiral og p-stav er beste prevensjon mot uønsket svangerskap

Langtidsvirkende prevensjonsmidler som hormonspiral og p-stav er mye bedre enn andre midler når det gjelder å hindre uplanlagte svangerskap. Subsidiert av slike prevensjonsmidler til kvinner under 25 år er et godt virkemiddel for å øke bruken.

I Tidsskriftet nr. 10/2016 (1) stiller Eskild og Strøm-Roum en rekke spørsmål ved bruken av langtidsvirkende prevensjon. Vi vil forsøke å svare på noen av disse.

Vi er enige i at det bør etableres bedre økonomiske støtteordninger og tiltak for gravide kvinner som ønsker å beholde barnet. Vi ser samtidig ingen motsetning mellom dette og subsidiert av prevensjon til kvinner under 25 år. Vi tror ikke at subsidieordningen oppfattes som et signal om at man ikke ønsker at unge jenter skal bli gravide. Tvert om opplever vi at unge jenter ser på dette som et positivt signal om at de får støtte og omsorg i en sårbar økonomisk periode i livet.

Eskild og Strøm-Roum nevner at det er et paradoks at sterilisering koster penger når abort er gratis. Kvinner under 25 år gis som hovedregel ikke adgang til å søke om sterilisering ifølge Lov om sterilisering (2). Det virkelig paradoksale er derfor at prevensjon ikke er gratis for kvinner i denne aldersgruppen.

Hva er langtidsvirkende prevensjon?

Langtidsvirkende prevensjon (LARC – long acting reversible contraception) inkluderer p-stav, hormonspiral og kobberspiral. P-sprøyte regnes i europeisk sammenheng

«P-stav og spiral kan ikke brukes feil»

ikke blant langtidsvirkende prevensjon. Langtidsvirkende prevensjon er langt sikrere enn p-piller og øvrige korttidsvirkende prevensjonsmidler (3).

Økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE), hjerte- og karsykdom og brystkreft er veldokumentert for prevensjon som inneholder østrogen. Vi er enig i at det er behov for mer forskning om langtidseffekter av prevensjon. Samtidig viser studiene, hvor man har sett på langtidsvirkende preven-

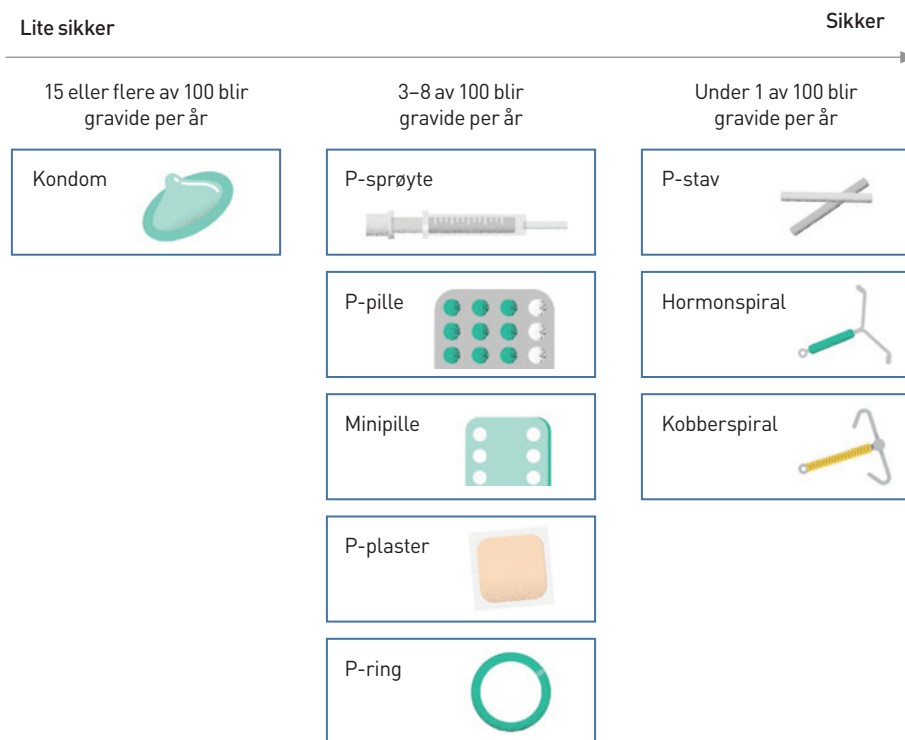
sjon, ingen signifikant økt risiko for verken venøs tromboembolisme, hjerte- og karsykdom eller tap av benmasse (4, 5). Kobberspiralen inneholder ingen hormoner.

Brukerne av langtidsvirkende prevensjon er også langt mer fornøyd med sin prevensjonsform og fortsetter å bruke den i større grad enn brukerne av annen prevensjon (6). Spiral er et flott prevensjonsmiddel også for de yngre kvinnene og burde bli tilbudt kvinner før de blir uplanlagt gravide og kommer for abort.

Reduserer uplanlagte graviditeter

Langtidsvirkende prevensjon reduserer uplanlagte graviditeter (7). At det også vil gi færre aborter virker derfor sannsynlig. Mange kvinner som har valgt abort, har hatt prevensjonssvikt, og de fleste har brukt p-piller og kondom.

WHO's Pearl-indeks (fig 1) viser at sikkerheten ved normal bruk er langt dårligere enn ved perfekt bruk, og dette skyldes hovedsakelig brukerfeil (3). P-stav og spiral kan



Figur 1 WHO's Pearl-indeks – en oversikt over hvor godt de forskjellige prevensjonsmidlene beskytter mot uønsket svangerskap. Figuren er basert på en illustrasjon fra *Sex og Samfunn*

ikke brukes feil og har derfor en overlegen sikkerhet, sammenlignet med de andre prevensjonsmetodene.

Får barn for sent?

De biologiske fordelene ved å få barn tidlig i livet bør aldri settes opp mot kvinners mulighet til å velge *når* og *om* de ønsker å bli gravide. Vi ønsker først og fremst at kvinner ikke skal havne i en situasjon der de må velge mellom abort eller å fullføre et uønsket svangerskap. Vi synes derfor det er problematisk at forfatterne fremhever mindre sikre prevensjonsmidler som abortforebyggende tiltak, for deretter å tilby støtteordninger ved uplanlagt graviditet. For mange er det dessuten ikke økonomien som er hovedårsaken til at man velger abort.

Langtidsvirkende prevensjonsmidler er trygge og sikre prevensjonsmetoder. Studier viser at flere velger dette når prevensjon blir billigere eller gratis (8). Vi mener derfor at subsidiering av prevensjon og økt bruk av langtidsvirkende prevensjon er flotte tiltak for kvinners seksualitet, helse og valgmuligheter, men også for å få ned aborttallene.

Trine Aarvold
trine@sexogsamfunn.no
Britt-Ingjerd Nesheim

Trine Aarvold (f. 1980) er lege ved Sex og Samfunn – Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Sex og samfunn har spesiell kompetanse på prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer og seksuell helse.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Britt-Ingjerd Nesheim (f. 1942) er professor emerita og tidligere avdelingsoverlege ved Kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Hun er forfatter av lærebok og lærebokkapitler om prevensjon.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar fra Sex og Samfunn.

Litteratur

1. Eskild A, Strøm-Roum EM. Subsidiering av gestagenprevensjon – på kollisjonskurs med biologien? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 902.
2. Lov om sterilisering [steriliseringsloven]. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1977-06-03-57> [16.6.2016].
3. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5. utgave. WHO, 2015. http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ [23.6.2016].
4. FSRH. CEU Guidance Progestogen-only Implants Feb 2014. <https://fsrh.org/documents/cec-ceu-guidance-implants-feb-2014/> [17.6.2016].
5. FSRH. CEU Guidance Intrauterine Contraception April 2015 <https://fsrh.org/documents/ceuguidanceintrauterinecontraception/> [17.6.2016].
6. Diedrich JT, Zhao Q, Madden T et al. Three-year continuation of reversible contraception. Am J Obstet Gynecol 2015; 213: 662.e1–8.
7. Winner B, Peipert JF, Zhao Q et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med 2012; 366: 1998–2007.
8. Øren A, Leistad L, Haugan T. Endres prevensjonsvaner og abortrate hos kvinner 20–24 år ved tilbud om gratis hormonell prevensjon? SINTEF A14751 – Åpen Rapport. Oslo: Sintef, 2010. <https://sintef.no/globalassets/upload/samfunn/a14751-gratis-p-pille.pdf> [23.6.2016].

Mottatt 16.6.2016 og godkjent 23.6.2016. Redaktør: Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.