

# Nullvisjon for uønskede svangerskap?

I 2014 var abortraten blant jenter 15–19 år den laveste siden 1979. Raten blant 20–24-åringene er også kraftig redusert de siste årene. Målbevisst bruk av de sikreste og tryggeste prevensjonsmetodene kan bidra til ytterligere reduksjon i antall aborter. Er det mulig å forestille seg at antallet uønskede svangerskap og aborter nærmer seg null?

Den gledelige utviklingen i abortraten har mange årsaker (1). De siste ti årene er det ikke kommet nye prevensjonsmetoder, men forskningen har vist oss hvordan vi kan bruke eksisterende metoder på en bedre måte. Samtidig er gamle holdninger i ferd med å endre seg slik at prevensjonsbruken blir mer hensiktsmessig, for eksempel ved at stadig flere kvinner som ikke har fått barn også bruker spiral som prevensjonsmetode. Helsesøstre og jordmødre har siden 2002 hatt rett til å skrive ut prevensjon, riktignok med betydelige begrensninger både når det gjelder pasientgruppe og prevensjonsmetoder. Fra 1.1. 2016 har disse yrkesgruppene fulle rettigheter til å skrive ut og anvende alle prevensjonsmetoder hos kvinner over 16 år, inkludert p-stav og hormonspiral. Tilskuddsordningen for kvinner i alderen 16–19 år er fra 2015 utvidet til også å omfatte spiraler og p-stav (2).

## Bruk p-piller med lav risiko for blodpropp

P-piller av kombinasjonstypen (østroge og progestogen) er den mest brukte preven-

sjonsmetoden i Norge. I mange år har det vært et hett tema om det er forskjeller i forekomsten av blodpropp med de ulike p-pillene. I 2013 gjorde europeiske legemiddel-

«Målbevisst bruk av de sikreste og tryggeste prevensjonsmetodene kan bidra til ytterligere reduksjon i antall aborter»

myndigheter en ny vurdering av blodpropprisikoen ved alle former for korttidsvirkende prevensjon. Denne revurderingen var vitenskapelig interessant – i og med at det var motstridende resultater mellom prospektive studier utført av legemiddelindustrien og uavhengige epidemiologiske studier.

Legemiddelmyndighetene tok til slutt mest hensyn til de epidemiologiske studiene og fastsatte nye tall for antatt risiko ved ulike prevensjonsformer (tab 1). Et «Kjære helsepersonell-brev» ble sendt ut i januar 2014 (3). Allerede i 2010 startet Legemiddelverket en kampanje for å endre forskrivningen av p-piller. Data Legemiddelverket har innhentet fra Reseptregisteret, viste at i andre halvår 2010 fikk om lag 40 % av førstegangsbrukerne p-piller som har lav risiko for blodpropp, i annet halvår 2014 var dette økt til 80 %. Følgen av dette burde være en betydelig nedgang i antallet tilfeller av blodpropp. Påvisning av en slik nedgang ville være det endelige beviset for at det er forskjell i blodpropprisiko mellom ulike p-piller. I Norge har Legemiddelverket vært tilbakeholdne med å anbefale bytte hos kvinner som allerede bruker p-piller. Grunnen til vår holdning er at blodpropprisikoen faller betydelig i løpet av de første 6–12 månedene, og at vi er redde for at bytte kan medføre økt risiko for uønsket svangerskap (4). Den danske Sundhedsstyrelsen mener flest mulig bør bytte til p-pil-

**Tabell 1** Blodpropprisiko ved korttidsvirkende prevensjonsmetoder

Prevensjonstype	Virkestoff	Preparater på markedet (1.3. 2016)	Antatt risiko for blodpropp per 10 000 kvinneår (før 2014)	Antatt risiko for blodpropp per 10 000 kvinneår (etter 2014)
Ingen prevensjon	–	–	1	2
Progestogenpille	Noretisteron	Conludag	1	2
	Desogestrel	Cerazette Desogestrel Orifarm	1	2
P-piller av kombinasjonstype	Levonorgestrel/etinylostradiol	Loette 28 Microgynon Oralcon Vilora Violette 28	2	5–7
	Noretisteron/etinylostradiol	Synfase	2	5–7
	Desogestrel/etinylostradiol	Marvelon Mercilon	4	9–12
	Drospirenon/etinylostradiol	Yasmin Yasminelle Yaz	3–4	9–12
	Dienogest/østradiolvalerat	Qlaira	–	Ukjent
	Nomegestrol/ østradiol	Zoely	–	Ukjent
P-plaster	Norelgestromin/etinylostradiol	Evra	–	6–12
P-ring	Etonogestrel/etinylostradiol	NuvaRing	–	6–12

ler med lavest risiko for blodpropp (5). Der som det skjer på en trygg måte, er det selv sagt ikke noe i veien for et slikt bytte. Har det vært opphold i bruken, bør legen tilby bytte til p-piller med lav risiko.

### Langtidsvirkende prevensjon er sikrest

En amerikansk studie viste at langtidsvirkende prevensjon (p-sprøyte, p-stav og hormonspiral) var langt sikrere enn korttidsvirkende prevensjon (p-piller, p-plaster og p-ring) (6). Raten av prevensjonssvikt var 4,55 per 100 kvinneår for dem som brukte korttidsvirkende hormonell prevensjon, men den var bare 0,27 for dem som brukte langtidsvirkende prevensjon. Spesielt var forskjellen stor hos kvinner under 21 år. Det er mulig at helsepersonell har en overdreven stor tro på prevensjonssikkerheten til korttidsvirkende hormonelle prevensjonsmidler. Langtidsvirkende prevensjon tas i bruk i stadig større grad. I 2014 ble det solgt 43 474 hormonspiraler, 8 310 kobberspiraler og 9 490 p-implantater i Norge, ifølge Folkehelseinstituttet (Solveig Sakshaug, personlig meddelelse, 7). Samlet økte salget med 18 % sammenlignet med 2013. Fortsetter økningen, vil langtidsvirkende prevensjon snart være mer utbredt enn korttidsvirkende prevensjon.

### Tiltak for å oppnå nullvisjonen

Økt bruk av langtidsvirkende prevensjon vil som nevnt over bidra til lavere abortrate, fordi sikkerheten er høyere. En annen fordel er at disse metodene ikke gir risiko for blodpropp. Derfor er dette ett av tiltakene Legemiddelverket anbefaler for å nå nullvisjonen (8). Økt bruk av p-piller med lav blodpropprisiko er et annet anbefalt tiltak, både fordi det vil gi færre tilfeller av blodpropp, men også fordi man på sikt håper det kan bidra til økt tiltro til prevensjon og mindre engstelse for bivirkninger. Likeledes mener Legemid-

delverket at det bør tilrås sammenhengende bruk av prevensjon fra behovet oppstår til kvinnen ønsker barn. Avbrudd gir økt risiko for uønsket svangerskap, og dersom kvinnen bruker p-piller, kan hun få økt risiko for blodpropp ved ny oppstart, siden risikoen er størst til å begynne med. En utvidelse av ordningen med tilskudd til langtidsvirkende prevensjon slik at den også omfatter jenter i alderen 20–24 år, bør etter vår mening vurderes. Disse midlene koster såpass mye at pris kan være avgjørende for om unge jenter velger dem. Videre tror vi at bedre oppfølging av kvinner som allerede har gjennomgått abort er et godt tiltak. Disse kvinnene har økt risiko for ny abort, og flere aborter kan være forbundet med økt langtidsmortalitet (9).

Vi mener disse tiltakene kan bidra til ytterligere betydelig reduksjon av abortratene. Samarbeid mellom leger og helse-søstre/jordmødre er viktig for å gi kvinner god oppfølging gjennom hele den livsperioden de har behov for prevensjon.

#### Steinar Madsen

*steinar.madsen@legemiddelverket.no*

#### Cecilie Sommerstad

---

Steinar Madsen (f. 1956) er medisinsk fagdirektør ved Statens legemiddelverk og deltids avtale-spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Cecilie Sommerstad (f. 1973) er jordmor ved Sykehuset Østfold og i privatpraksis ved Det Gule Huset i Moss. Hun er utdannet sykepleier, jordmor og sexologisk rådgiver og er masterstudent i jordmorfag ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

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

---

#### Litteratur

1. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport om svangerskapsavbrot 2014. [www.fhi.no/dokumenter/c8d6191ba2.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/c8d6191ba2.pdf) (1.3.2016).
2. HELFO. Stønad til prevensjon for unge kvinner. <https://helfo.no/stonad-til-prevensjon-for-unge-kvinner> (1.3.2016).
3. Statens legemiddelverk. Sjekkliste og informasjon til deg som forskriver p-piller. [http://legemiddelverket.no/Bruk\\_og\\_raad/p-piller/informasjon-til-helsepersonell/Sider/default.aspx](http://legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/p-piller/informasjon-til-helsepersonell/Sider/default.aspx) (1.3.2016).
4. van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandembroucke JP et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009; 339: b2921.
5. Sundhedsstyrelsen. 2. generations p-piller giver lavest risiko for blodpropper. <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/nyheder/2015/2-generations-p-piller-giver-lavest-risiko-for-blodpropper> (1.3.2016).
6. Winner B, Peipert JF, Zhao Q et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med* 2012; 366: 1998–2007.
7. Folkehelseinstituttet. Legemiddelforbruket i Norge 2010–2014. [www.fhi.no/dokumenter/ca13bff916.pdf](http://www.fhi.no/dokumenter/ca13bff916.pdf) (1.3.2016).
8. Statens legemiddelverk. Anbefalte hormonelle prevensjonsmidler. [http://legemiddelverket.no/Bruk\\_og\\_raad/p-piller/prevensjonsguide-hormonell/Sider/default.aspx](http://legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/p-piller/prevensjonsguide-hormonell/Sider/default.aspx) (1.3.2016).
9. Coleman PK, Reardon DC, Calhoun BC. Reproductive history patterns and long-term mortality rates: a Danish, population-based record linkage study. *Eur J Public Health* 2013; 23: 569–74.

Mottatt 16.9.2015, første revisjon innsendt 1.12.2015, godkjent 3.3.2016. Redaktør: Martine Rostadmo.

Publisert først på nett.