

Subsidiering av gestagenprevensjon – på kollisjonskurs med biologien?

Fall i abortraten hos unge kvinner kan ha andre forklaringer enn økt prevensjonsbruk. De offentlige støtteordningene knyttet til barnefødsler er på kollisjonskurs med fruktbarhetens biologi.

Steinar Madsen & Cecile Sommerstad forklarer i en kommentar i Tidsskriftet nr. 6/2016 nedgangen i abortrater blant kvinner under 25 år med økt prevensjonsbruk, særlig økt bruk av langtidsvirkende prevensjon (1). De foreslår ytterligere økt bruk av langtidsvirkende prevensjon for å redusere aborttallene og at prevensjon til kvinner under 25 år bør være gratis.

Kan det være andre tolkninger av nedgangen i abortratene hos yngre kvinner? I løpet av de siste årene er det blitt mange flere unge kvinner i Norge med ikke-vestlig bakgrunn. De har muligens annen seksuell atferd enn kvinner med norske foreldre og dermed også lavere risiko for graviditet. Kanskje også ikke-vestlige unge kvinner velger å fortsette et svangerskap hvis de blir gravide?

Er det slik at unge kvinner som søker abort, ikke har brukt prevensjon? Tall fra abortregisteret tyder på at 40 % av de abortsøkende kvinnene under 25 år hadde brukt prevensjon da de ble gravide (2). Kondom og p-piller var hyppigst brukt. Den høye bruken av p-piller og kondom blant abortsøkende kan skyldes at det er disse metodene som oftest brukes av unge kvinner. Tall fra reseptregisteret tyder på at 75 000 kvinner i alderen 20–24 år, omtrent halvparten av kvinnene i denne aldersgruppen, bruker p-piller. Hvis prevensjonen svikter hos 1–2 % av disse, vil det være 750–1 500 p-pillebrukende kvinner i denne aldersgruppen som opplever en ikke-planlagt graviditet hvert år. Kan vi være sikre på at økt bruk av p-sprøyte eller p-stav vil gi et lavere antall ikke-planlagte graviditeter, eller at graviditeter hos p-sprøyte/p-stavbrukere i mindre grad ville ende i provosert abort? Hvis prevensjonen var gratis, ville det redusere abortratene?

Andre alternativer

Å gjøre det lettere for unge kvinner å fortsette et ikke-planlagt svangerskap, er også en mulig strategi for å forebygge abort. Mange unge kvinner har ikke rett til foreldrepenger fordi de ikke har lønnet arbeid. En ung kvinne uten arbeid vil tape en års-lønn hvis hun ikke venter med å få barn til hun har lønnet arbeid. Gravide kvinner uten lønnsarbeid har fire ganger høyere risiko

for å ta abort enn gravide kvinner med lønnsarbeid (3). Kan gratis prevensjon for alle kvinner under 25 år bli oppfattet som et statlig signal om at svangerskap hos kvinner under 25 år er uønsket? Mange offentlige ordninger knyttet til reproduksjon er på kollisjonskurs med fruktbarhetens biologi.

Er det største abortforebyggende potensialet hos kvinner under 25 år? Kanskje ikke. 60 % av alle aborter skjer hos kvinner 25 år og eldre. Mange av disse kvinnene har barn og lever i faste forhold, og mange har

«Bør ikke også alternative abortforebyggende tiltak være grundig vurdert?»

tatt abort før (4). Blant kvinner med gjentatte aborter brukte 40 % prevensjon da de ble gravide. Kvinner i faste seksuelle forhold løper størst risiko for graviditet over tid, også en ikke-planlagt graviditet. Tidligere fikk fruktbare kvinner som ikke ønsket seg flere barn, tilbud om nesten gratis sterilisering. Etter at prisen på sterilisering ble rundt 7 000 kroner, er det få kvinner som blir sterilisert (5). Det er et paradoks at abort, som vi ønsker å forebygge, er gratis for kvinnen, mens sterilisering som gir god og varig beskyttelse mot graviditet, er kostbart.

Kan det tenkes at bruk av langtidsvirkende gestagener, slik Madsen & Sommerstad foreslår, har bivirkninger vi ennå ikke kjenner til? Mange av kvinnene som bruker slike medikamenter, blir uten menstruasjoner og uten egglosning. Får de for lave østrogennivåer? Hva skjer med benmassen, endometriet, hjerte- og karsystemet og risikoen for brystkreft hos kvinner som bruker gestagener i mange av sine reproduktive år? Bør ikke effekt og bivirkninger av et tiltak være godt kjent før helsemyndighetene gir råd eller staten tilbyr å finansiere prevensjonsbruken til rundt 300 000 kvinner i aldersgruppen 16–25 år? Bør ikke også

alternative abortforebyggende tiltak være grundig vurdert? Kan det tenkes at tilbud om vanlig spiral, særlig etter en abort, billigere sterilisering og bedre støtte ved fødsel til kvinner uten lønnsarbeid er mer effektive tiltak?

Anne Eskild

anne.eskild@medisin.uio.no

Ellen Marie Strøm-Roum

Anne Eskild (f. 1956) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege og leder av Avdeling for forskning, Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus, og professor 2 ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ellen Marie Strøm-Roum (f. 1975) er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, overlege ved Kvinneklinikken, Akershus universitetssykehus og ph.d.-stipendiat. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Madsen S, Sommerstad C. Nullvisjon for uønskede svangerskap? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 520–1.
2. Strøm-Roum EM, Lied J, Eskild A. Use of contraception among women who request first trimester pregnancy termination in Norway. Contraception 2016; e-publisert 15.4.2016.
3. Eskild A, Herdlevaer IE, Strøm-Roum EM et al. Childbirth or termination of pregnancy: does paid employment matter? A population study of women in reproductive age in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2016; 95: 513–8.
4. Justad-Berg RT, Eskild A, Strøm-Roum EM. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007–2011. Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 94: 1175–80.
5. Bækken IJ, Skjeldestad FE, Schøyen U et al. Strong decline in female sterilization rates in Norway after the introduction of a new copayment system: a registry based study. BMC Womens Health 2007; 7: 12.

Mottatt 25.4. 2016 og godkjent 2.5. 2016. Redaktør: Ketil Slagstad.

Publisert først på nett.