

Prevensjon (2026)

Anbefalinger

- Vi anbefaler langtidsvirkende prevensjon (spiral eller p-stav) som førstevalg for alle med behov for prevensjon.
- Valg av prevensjonsmiddel skal basere seg på et informert valg der metodens egnethet og brukerens ønsker vektlegges.
- Vi anbefaler rene gestagenprodukter til de med forhøyet risiko for tromboemboli.
- Vi anbefaler at ved bruk av kombinasjonpreparater med østrogen og gestagen bør bruken monitoreres hvert tredje år, gjerne i forbindelse med reseptfornying og i utgangspunktet hos egen lege.
- Vi anbefaler ikke bruk av orale prevensjonsmidler etter fedmekirurgi.
- Vi foreslår at personer som ber om nødprevensjon informeres om at innsetting av kobberspiral er mer effektiv enn orale metoder, og i tillegg vil være sikker prevensjon.

Definisjon

Tiltak som har til hensikt å forhindre svangerskap ved samleie.

Prevensjonsveiledning

Som behandler er det vår plikt å bistå pasienten i å finne et prevensjonsmiddel som passer den enkelte. Et riktig valg og god informasjon fører til lavere diskontinuitet og lavere risiko for uønskede svangerskap, samt bedre livskvalitet. Et valg i tråd med brukerens ønsker og preferanser øker etterlevelsen.

Alle personer med livmor i reproduktiv alder som ikke bruker prevensjon, bør spørres om de har behov for prevensjon.

P-piller kan skrives ut for tre år om gangen og ved fornyelse a prevensjon bør risikofaktorer gjennomgås og en bør vurdere behovet for å diskutere fertilitet. Dette kan oftest ivaretas av fastlegen.

Følgende faktorer bør vektlegges ved valg av prevensjon

1. Medisinske tilstander som er kontraindikasjoner.
2. Prevensjonssikkerhet.
3. Bivirkninger.
4. Behov for ikke prevensjon-relaterte sideeffekter (non-contraceptive benefits).
5. Foretrukket administrasjonsform og compliance.
6. Eventuelt tidligere prevensjonsbruk og erfaring med disse.

Medisinske tilstander som er kontraindikasjoner

Som vektlagt av WHO's rapport om medisinske kriterier for bruk av prevensjon, som nå også finnes om en app (WHO Contraception tool) må medisinsk risiko vektes mot fordelen ved å forebygge ikke planlagt svangerskap. En må ta hensyn til:

1. Har brukeren medisinske risiki som prevensjonsmetoden vil øke?
2. Har brukeren medisinske risiki som medfører spesielt høy risiko ved et uønsket svangerskap?
3. Har brukeren tilstander eller bruker medisiner som gjør prevensjonsmiddelet mindre effektivt?

Forhold som bør kartlegges for å kunne vurdere medisinsk risiko inkluderer: Alder, vekt, røykestatus, risiko for kardiovaskulær sykdom og venetrombose, migrene med aura, og evt amming/postpartum-status. Alder i seg selv er ikke en kontraindikasjon for bruk av kombinasjonspreparat. Etter fødsel kan gestagenholdige prevensjonsmidler startes når som helst postpartum. Kombinerte hormonelle prevensjonsmidler kan også brukes av ammende og har ikke vist negativ effekt på melkeproduksjon sammenlignet med gestagen alene. På grunn av økt risiko for venøs tromboembolisme bør imidlertid kombinerte preparater først vurderes etter seks uker postpartum. Risikoen for trombose er da redusert betydelig, men fortsatt forhøyet frem til uke 12 (omtrent 2–3 ganger sammenlignet med ikke-gravide). Dette bør informeres om ved forskrivning (Jackobsen AJOG 2008).

Det er viktig å understreke at valg av prevensjon alltid bør baseres på en individuell **risiko–nytte-vurdering**, og at det hvor prevensjonsmiddel brukes som behandling kan gjøre andre vurderinger enn der det brukes kun i prevensjonsformål. Det er også spesielt viktig med sikker prevensjon for de som har medisinske forhold som forverres ved et uønsket svangerskap. Disse tilstandene inkluderer blant annet:

Brystkreft, diabetes med komplikasjoner, epilepsi, ischemisk hjertesykdom, trombofili, ulike kreftsykdommer.

En bør til slutt spesifikt vurdere om effektiviteten til prevensjonsmiddelet er redusert pga medisinske forhold eller medikamenter. Vi fraråder bruk av orale prevensjonsmidler etter fedmekirurgi¹² og en må være oppmerksom på interaksjon mellom enkelte prevensjonsmidler og antiepileptika, antivirale medikamenter og Johannesurt³.

Prevensjonsikkerhet

Langtidsvirkende prevensjon som spiral og p-stav har overlegen sikkerhet ettersom effektiviteten ikke er avhengig av riktig bruk hver gang personen har samleie. Benytt gjerne tabellen under for rådgivning under konsultasjonen. Det er særlig viktig å legge spesiell vekt på sikkerhet hos sårbare grupper med økt risiko for uønskede svangerskap, slik som for eksempel unge kvinner med ADHD (Enthoven, J Clin Child and Adolescent Psych 2020)

Effektivitet (Pearl index)

Metode	Antall gravide	Antall gravide
	"Perfekt bruk"	"Vanlig bruk"
P-Stav	0,05 %	0,05 %
Sterilisering av menn	0,1 %	0,15 %
Hormonspiral	0,2 %	0,2 %

Sterilisering av kvinner	0,5 %	0,5 %
Kobberspiral	0,6 %	0,8 %
P-sprøyte	0,2 %	6 %
P-piller	0,3 %	9 %
P-plaster/ring	0,3 %	9 %
Kondom	2 %	18 %
“Hoppe av i svingen”	4 %	22 %

Bivirkninger

Den vanligste årsaken til at en bruker endrer eller slutter med prevensjon er at de opplever bivirkninger, og de vanligst rapporterte inkluderer uregelmessige blødninger, smerter, ømhet i bryst, vektendringer, effekter på humør, libido og hud⁴. Det anbefales at man informerer om de mest vanlige bivirkningene ved oppstart.

Rådgivning og informasjon om forventede bivirkninger minker sannsynligvis diskontinuerlingsraten⁵.

Positive bieffekter

Brukeren bør spesifikt spørres om de kan ha behov for positive effekter av prevensjonsmiddelet som kommer i tillegg til prevensjonseffekten. Spesifikt bør en kartlegge om det er problemer med kraftige eller uregelmessige blødninger, menstruasjonssmerter, akne eller hirsutisme og PMS/PMDD, der riktig valg av prevensjonsmiddel også kan ha fordelaktig effekt på disse plagene. Typiske p-piller med antiandrogen effekt er kombinasjonsprodukter med etinylestradiol og et antiandrogen gestagen slik som desogestrel eller drospirinone.

Foretrukket administrasjonsform, pris og compliance

Foretrukket administrasjonsform og hvorvidt pris er av betydning bør spesifikt diskuteres med brukeren. Det gis støtte til prevensjon for brukere mellom 16 og 22 år, for oppdatert informasjon se [her](#).

Om de ulike prevensjonsmidlene

LARC

Larc (Long acting reversible contraceptives) kan defineres som et prevensjonsmiddel som krever administrasjon sjeldnere enn én gang per måned.

Kobberspiral

Det finnes et stort utvalg kobberspiraler. Evidens for sikkerhet og utstøtingsrate er best for de konvensjonelle T-formede spiralene i normal størrelse. Det finnes T-formede spiraler i mindre størrelse (Flexi T 300®), med sfærisk form (Ballerine®) eller sylinderform (Gynefix®). Blødningsmønsteret varierer mellom kobberspiraler, men evidensen er for svak til å anbefale én fremfor en annen eller forutsi blødning for en bestemt modell. Varigheten varierer med kobberinnholdet og oppgis fra produsent. ⁶⁷.

Gestagenspiral

Følgende gestagenspiraler er i dag registrert i Norge. Godkjent varighet som prevensjon i parentes:

- Mirena®: Levonorgestrel 52 mg (8 år).
- Levosert®: Levonorgestrel 52 mg (8 år).
- Kyleena®: Levonorgestrel 19,5 mg. (5 år).
- Jaydess®: Levonorgestrel 13 mg. (3 år).

Spiralen kan settes inn like postpartum, men man må være klar over at det medfører økt perforasjonsrisiko, men mindre risiko for uønskede svangerskap⁸ Den kan settes inn umiddelbart etter medikamentell og kirurgisk abort. Alle avgir hormoner til systemisk sirkulasjon, og det er ikke forskjell i rapportering av bivirkningene, men de avtar ofte ved lengre tids bruk (*Provinciatto, ajog.2024*)

Smertelindring ved spiralinnsetting

Smerte under innsetting av spiral er vanlig og kan være en barriere mot bruk. Det finnes ingen etablert standard for smertelindring, men en helhetlig, pasientsentrert tilnærming anbefales, med kombinasjon av ikke-farmakologiske og farmakologiske tiltak (Bayer et al., *AJOG* 2025).

God informasjon, pasientens mulighet til å avbryte prosedyren underveis og en rolig, trygg atmosfære er viktig. En kan oppfordre pasienten til å ta NSAID før prosedyren. Hos utvalgte pasienter kan topikal anestesi eller paracervikal blokade benyttes.

Gestagen implantat (p-stav)

Nexplanon®: Etonogestrel 68 mg implantat. Settes subcutant i overarm. Røntgentett stav. Godkjent varighet 3 år. P-staver som lett kan palperes under huden, fjernes gjennom 5 mm insisjon. I noen tilfeller ligger p-staver dypere og er vanskelig- eller ikke-palpabel. Undersøkelse med ultralyd vil kunne avklare om den ligger i subkutant fettvev eller dypere under muskelfascien. Intra- eller sub-fascielle p-staver bør fjernes av ortoped,

P-stav har den høyeste sikkerheten av alle prevensjonsmidlene. Den vanligste grunnen til diskontinuitet er uregelmessige blødninger, og opptil 30 % vil oppleve hyppige og langvarige blødninger, som er hovedgrunnen til diskontinuitet av p-stav som prevensjon. Blødningsmønsteret etter cirka 3 måneder er prediktivt for hvordan blødningsmønsteret blir framover. Dette skiller seg derfor fra blødningsmønsteret på hormonspiral, der man kan forvente sjeldnere og mindre blødninger jo lengre spiralen sitter inne. Ca 20 % av brukerne kan forvente amenoré⁹¹⁰.

Gestagen depotinjeksjon

Depo-Provera®: Medroksyprogesteronacet 150 mg/ml. Settes i.m. hver 3. mnd.

Pga uavklart langtidseffekt på bentetthet bør ikke dette være førstevalg for langtidsprevensjon.. Kan gi utsatt fertilitet opp til 1 år etter seponering.

Kombinert hormonell prevensjon (østrogen og gestagen)

Det finnes et stort utvalg kombinasjonspreparater, både som piller, vaginalring og plaster (se tabell).

I motsetning til rene gestagenpreparater gir kombinasjonspreparatene bedre blødningskontroll. All prevensjon av kombinasjonstypen gir økt risiko for tromboemboli. Kombinasjonspiller med levonorgestrel er førstevalg på grunn av lavest risiko for tromboembolisk sykdom. P-piller med naturlig østrogen (estradiol og estetrol) har sannsynligvis lavere risiko for VT sammenlignet med produkter med etinylestradiol og risikoen synes å være sammenlignbar med kombinasjonspiller med etinylestradiol og levonorgestrel (Douxflis J.Contraception. 2025).

P-piller med lav østrogendose gir oftere uregelmessige blødninger, og dette kan bedres ved å bytte til en normal-dosert p-pille¹¹¹².

Det bør informeres om at forlenget syklus (hoppe over syklus i 2 eller 3 mnd) eller kontinuerlig administrering (kontinuerlig inntak der en ved gjennombruddsblødning tar en eventuelt kan ta pause på 4-7 dager) er trygt og reduserer blødning¹³.

PREPARAT	Format	Virkestoff	Hormon/placebo
Melleva	21 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	21/0
Microgynon	21 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	21/0
Oralcon	21 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 30 µg	21/0

Almina	28 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 20 µg	21/7
Loette	28 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 20 µg	21/7
Mirabella	28 tbl	Levonorgestrel 150 µg, EE 20 µg	21/7
Marvelon	21 tbl	Desogestrel 150 µg, EE 30 µg	21/0
Marvelon	28 tbl	Desogestrel 150 µg, EE 30 µg	21/7
Mercilon	28 tbl	desogestrel 150 µg, EE 20 µg	21/7
Synfase	28 tbl	noretisteron 0,5 – 1 mg, EE 35 µg	*12+9/0
Synfase	21 tbl	noretisteron 0,5 – 1 mg, EE 35 µg	*12+9/7
Yasmin	28 tbl	drospirenon 3 mg, EE 30 µg	21/7
Yasmin	21 tbl	drospirenon 3 mg, EE 20 µg	21/0

Yasminelle	28 tbl	drospirenon 3 mg, EE 20 µg	21/7
Yasminelle	21 tbl	drospirenon 3 mg, EE 20 µg	21/0
Yaz	28 tbl	drospirenon 3 mg, EE 20 µg	24/4
Zoely	28 tbl	nomegestrolacetat 2,5 mg, E 1,5 mg	24/4
Qlaira	28 tbl	dienogest 2 – 3 mg, ED 1 – 3 mg	2+5+17+2/2
Drovelis	28	Drospirenon 3 mg, Estetrol 14,2 mg	24/4
Yana	21 tbl	dienogest 2 mg, EE 30 µg	21/0
NuvaRing	ring	etonogestrel 11,7 mg, EE 2,7 mg	ring varer 3 uker
Ornibel	ring	etonogestrel 11,7 mg, EE 2,7 mg	ring varer 3 uker
Evra	plaster	norelgestromin 6 mg, EE 600 µg	1 plaster per uke

EE=etinylostradiol, E=østradiol, ED=østradiolvalerat.

Gestagen p-pille

Gestagen-piller med drospirone 4 mg (Slinda) og desogestrel 75 µg (Cerazette) hemmer ovulasjonen og sikkerheten tilsvarer kombinasjonsprodukter. Noretisteron 0,35 mg reduserer risiko for graviditet opp til 92 %. Sikkerheten reduseres om tidspunktet for

I likhet med spiral og p-stav kan gestagen p-pille og de øvrige gestagenpreparatene anvendes av personer med forhøyet risiko for hjerte- og karsykdom og tromboemboli og ved migrene med aura. Over 50 % av de som tar gestagen p-piller med desogestrel kan forvente amenoré, de resterende kan forvente relativt sykliske blødninger eller uregelmessige blødninger¹⁴.

Barrieremetoder

- Kondom er den mest vanlige barrieremetoden og den eneste som en får kjøpt i Norge.
- Risiko for graviditet 2-18 % ved hhv riktig og faktisk bruk. Beskytter mot HIV og andre seksuelt overførbare sykdommer (SOS).
- Pessar og Femidom er meget sjeldent i bruk. Det eneste pessaret tilgjengelig på det norske markedet er Caya®. Når det brukes sammen med en surgjørende prevensjonssgele er sikkerheten omtrent som ved bruk av kondom.

Naturlige familieplanleggingsmetoder

Fertilitetovervåkningsbaserte metoder baserer seg på å identifisere den fertile perioden i en menstruasjonssyklus og unngå denne om man ikke vil bli gravid. Dette fungerer best med en regelmessig syklus mellom 26 og 32 dager, der man må unngå samleie mellom dag 8 og 19. Man kan også benytte selvundersøkelse av vaginalsekret (Billings metode) og temperaturmåling, som begge kan markere eggøsning eller en kombinasjon av disse (symptothermal). Det finnes flere apper og apparat som bygger på disse metodene.

“Tilbaketrekningmetoden” eller “hoppe av i svingen” er krevende og har lav sikkerhet¹⁵.

Operative metoder

Kvinnelig sterilisering

Okklusjon, deling eller fjerning av egglederne. Kirurgisk prosedyre. Risiko for graviditet < 1 %⁴, se kapittel om sterilisering.

Mannlig sterilisering

Vasektomi, kirurgisk prosedyre. Vanligvis i lokalanestesi. Risiko for graviditet < 1 %⁴.

OBS: Sædprøve leveres 3 måneder etter operasjonen, bekrefte aspermi. Annen prevensjon i mellomtiden.

Nødprevensjon

Det finnes tre metoder for å hindre graviditet etter et ubeskyttet samleie:

Kobberspiral, høydosert gestagen (Norlevo®, Levonorgestrel Norfri®) eller ulipristalacetat (Ellaone®, Femke®).

Ved behov for nødprevensjon bør det informeres om at innsetting av kobber IUD er mer effektiv enn orale metoder, og i tillegg vil være sikker prevensjon fremover. Kobberspiralen har en sikkerhet på over 99,5 % dersom den settes inn innen 5 døgn etter et ubeskyttet samleie. Spiralen kan fjernes etter 7 dager, eller kvinnen kan beholde den som et effektivt prevensjonsmiddel i opp til 5 år.

Både høydosert gestagen og Ulipristalacetat virker ved å utsette eggøsningen og har derfor ikke effekt om eggøsning allerede har funnet sted. Medikamentell nødprevensjon bør inntas så raskt som mulig etter et ubeskyttet samleie, men ikke senere enn 3 døgn (nødprevensjon med levonorgestrel) eller 5 døgn (nødprevensjon med ulipristalacetat).

Ulipristalacetat har marginalt høyere effekt enn nødprevensjon med levonorgestrel. Samtidig har ulipristalacetat en høy affinitet til progesteronreseptorer, og den kan dermed nedsette bruk av hormonell prevensjon, dersom disse tas samtidig og anbefales derfor ikke ved prevensjonssvikt. Etter bruk av nødprevensjon med ulipristalacetat kan hormonell prevensjon startes opp først etter 5 døgn¹⁶.