

Registrator
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

S2005/10496/HS

2006-06-05

**Remissvar från Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
(SFOG) över Socialstyrelsens utredning
”Skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel”**

Sammanfattning:

SFOG anser, precis som Socialstyrelsen, att preventivmedelsrådgivning även i framtiden skall vara kostnadsfri. Vidare anser SFOG att det är av stor vikt att sträva mot ett nationellt, enhetligt subventioneringssystem för preventivmedel. SFOG rekommenderar att kopparspiraler även i fortsättningen bör delas ut kostnadsfritt vid landets preventivmedelsmottagningar och SFOG motsätter sig således den ändrade lagtexten då vi anser att de marginella vinsterna med en sådan ändring motverkas av nackdelarna.

Specifika kommentarer

Kopparspiral är vårt mest kostnadseffektiva preventivmedel och utgör 14% av preventivmedelsanvändning men står bara för 2% av den totala kostanden för preventivmedel, enligt Socialstyrelsens nya siffror. Utredningen visar vidare att sannolikheten för att kvinnor födda utanför Europa ska använda p-piller är nästan hälften av den hos svenskfödda kvinnor. P-pilleranvändning är enligt utredningen också tydligt positivt korrelerad till högre utbildning och inkomst. I en studie på Sesam, Karolinska Sjukhuset, fann man att utlandsfödda kvinnor var klart överrepresenterade bland de abortsökande samt att de hade en klart lägre användning av preventivmedel jämfört med svenskfödda kvinnor (Helström et al. 2003).

Om man vill sträva efter att minska antalet aborter och speciellt antalet upprepade aborter och öka compliance och användning av preventivmedel efter en abort visar flera studier högre fortsatt användning och färre reaborter vid

spiralanvändning, liksom vid användning av andra långverkande metoder, t.ex. implants, jämfört med p-piller (Larsson G et al. 1996, Larsson M et al, 2002; Kero et al, 2001; Söderberg et al, 1993; Holmgren K, 1994; Törnbohm et al, 1996; Ingelhammar et al 1994).

De siffror som presenterades i utredningen angående spiral användning, som tydde på en påtaglig minskning av antalet försålda spiraler 2003 jämfört med 1977 är med stor sannolikhet missvisande, eftersom rekommendationerna för GyneT, den mest använda kopparspiralen idag, är användning i 10 år medan de flesta spiraler, som användes på 1970- och 80-talet var godkända för 3-5 års användning, dvs utbyte sker mer sällan idag vilket visar sig som ett minskat antal sålda spiraler men fortsatt hög andel spiral användare..

Spiral har tidigare uppfattas som kontraindicerat till kvinnor som inte fött barn. Baserat på rekommendationer från WHO (Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use; 2004) rekommenderar Läkemedelsverket (LV 2005) spiral (kopparspiral eller hormonspiral) även till unga kvinnor, som aldrig varit gravida, under förutsättning att de lever i en stabil monogam relation. Nya studier har visat hur insättningen kan underlättas hos dessa unga kvinnor samt att fertiliteten, eller risk för infektioner, inte påverkas negativt vid spiral användning hos unga. Unga kvinnor känner ofta större rädsla för biverkningar av preventivmedel och är därför känsliga för olika medialarm. Kopparspiral användning påverkas inte av dessa larm medan p-piller användning minskar med ökning i oönskade graviditeter och abort tal som följd (Tydén T et al 2002; Odlind V, 2003).

Kvinnor som använder spiral blir ytterst sällan oönskat gravida medan andelen p-piller användare som missat piller är ålderskorrelerad och högst i tonårsgruppen. Kopparspiral är ett mycket attraktivt alternativ, speciellt för kostnads känsliga grupper som unga kvinnor och/eller låginkomsttagare, kvinnor som inte önskar hormonell antikonception men ett effektivt preventivmedel, för ammande kvinnor samt för kvinnor som genomgått abort och önskar en säker metod för att undvika ännu en oönskad graviditet. Barnmorskor från mottagningar med hög andel kvinnor från andra kulturer vittnar om att det kan finnas ett önskemål om kopparspiral både pga att den är kostnadsfri och pga att spiralen är en preventivmetod, som kvinnan kan hålla hemlig för sin omgivning. Kopparspiral är dessutom det mest effektiva akutpreventivmedlet.

Att kostnadsbelägga kopparspiraler skulle leda till en otymplig och dyr administration och kräva fler besök vilket leder till ökade väntetider på våra redan hårt belastade mottagningar samt risk för onödig fördröjning av spiralinsättning med risk för oönskad graviditet till följd.

Det finns en ytterligare viktig aspekt, som är svår att belysa men som har

betydelse för synen på kopparspiral. I ett globalt perspektiv finns inget intresse från industrin att satsa på en så billig, olönsam och kostandseffektiv preventivmetod som kopparspiral (WHO, 2002). All satsning sker idag på hormonspiraler eller på andra läkemedelsinnehållande preventivmetoder, som det går att tjäna pengar på. Det är därför angeläget att i detta perspektiv ta ansvar för att värna om framtida tillgång till kopparspiral och behålla en effektiv metod för den ökande grupp kvinnor som inte har råd med en hormonell metod eller som önskar en säker men hormonfri metod.

SFOGs uppfattning är att det lilla tillskott av inkomst som kostnadsbeläggning av kopparspiral skulle innebära klart motverkas av följande skäl:

1. Kvinnor med låg inkomst missgynnas
2. Långtidsanvändning av en säker och effektiv metod missgynnas
3. Unga kvinnor med speciellt behov av antikonception missgynnas
4. Risk för ökning av antalet upprepade aborter
5. Spiralmetoden såsom en viktig preventivmetod i det nationella såväl som det globala perspektivet missgynnas
6. Kostnadsbeläggning skulle öka administrativa kostnader för landstingen

Linköping/Stockholm
2006-06-05

Göran Berg
Docent
Ordförande SFOG

Jan Brynhildsen
Med Dr
Ordf. Arbets- och
Referensgruppen för
Familjeplanering (FARG)
inom SFOG

Kristina Gemzell Danielsson
Professor
Sekreterare Arbets- och
Referensgruppen för
Familjeplanering (FARG)
inom SFOG

Referenser

1. Helström L, Odland V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, Ekblom A. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health*. 2003;31(6):405-10.
2. Larsson G, Milsom I, Andersch B, Blohm F. A comparison of contraceptive habits and pregnancy outcome at 19 years of age in two cohorts of Swedish women born 1962 and 1972. *Contraception* 1996;53:259-65.

3. Söderberg H, Andersson C, Janzon L and Sjöberg N-O. Socio-demographic characteristics of women requesting induced abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:365-368.
4. Holmgren K. Repeat abortion and contraceptive use. Report from an Interview Study in Stockholm. *Gynecol Obstet Invest*. 1994; 37(4):254-9.
5. Törnbom M, Ingelhammar E, Lilja H, Möller A, Svanberg B. Repeat abortion: a comparative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996;17(4):208-14.
6. Ingelhammar E, Möller A, Svanberg B, Törnbom M, Lilja H and Hamberger L. The use of contraceptive methods among women seeking a legal abortion. *Contraception* 1994; 50, 143-152.
7. WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use; WHO, 2004
8. Antikonception. Rekommendationer från LäkeMedelsverket, under publicering 2005.
9. Tydén T, Aneblom G, von Essen L, Häggström-Nordin E, Larsson M, Od lind V: Trots lättillgängliga akut-p-piller sjunker inte antalet aborter. Studier av kvinnors kunskaper, attityder och erfarenheter av metoden. *Läkartidningen* 2002; 99: 4730-4735.
10. Od lind V. Aborterna ökar bland unga kvinnor i Sverige – kan trenden motverkas? *Information från LäkeMedelsverket* 14; 1: 7-11, 2003.
11. The intrauterine device: worth singing about. *WHO Progress in Reproductive Health*, 2002