

MYTER

misforståelser

og ikke minst

FAKTA

om spiraler



MYTER

misforståelser

og ikke minst

FAKTA

om spiraler

INNHOLDSFORTEGNELSE

MYTE: Det er risiko for infeksjon og infertilitet!	6
MYTE: Man kan kun få spiral hvis man har født!.....	8
MISFORSTÅELSE: Det er veldig smertefullt å få spiral!	10
MYTE: Spiraler kan vandre i kroppen!	12
MISFORSTÅELSE: Spiraler øker risikoen for graviditet utenfor livmoren! ..	14
MISFORSTÅELSE: Det er ingen forskjell på kobber- og hormonspiral!	16
MYTE: Det er dyrt med hormonspiral!	18
MYTE: Mannen kan stikke seg på spiralsnoren!.....	20
MYTE: Man må ikke bruke tampong eller menstruasjonskopp når man har spiral!	22
MYTE: En spiral er vanskelig å fjerne!	24
MYTE: Det er vanskeligere å bli gravid etter å ha brukt spiral	26
MYTE: Hormonspiraler fyller kroppen med hormoner!	28
Referanser	30



Allerede på 60-tallet fikk kvinner i Norge tilbud om å bruke kobberspiral. Den første hormonspiralen kom i 1993, og spiralen har utviklet seg mye siden den gang. Felles for de nye spiralene er at de inneholder lavere hormondoser og er mindre i størrelse.

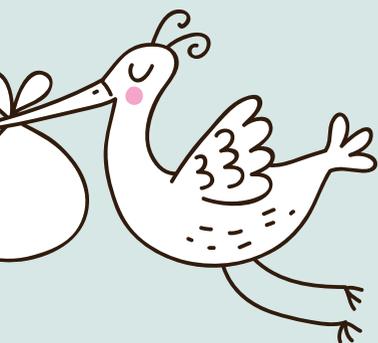
Spiral brukes av millioner av kvinner i hele verden, og anses som et av de sikreste prevensjonsmidlene som finnes. Dette til tross for at det florerer med seiglivede myter og misforståelser om spiraler, både blant helsepersonale og i befolkningen generelt.

Noen av mytene kommer av at datidens spiraler var laget på en måte som gjorde at infeksjoner kunne overføres via trådene. Dette er forandret for lenge siden, og i dag stammer mange av misforståelsene fra vandrehistorier.

I vår digitale verden deles i dag mange personlige holdninger og meninger raskt via sosiale medier, noe som kan føre til økt forvirring.

Denne brosjyren har som formål å avlive diverse myter og misforståelser, og i stedet gi viten og fakta om kobber- og hormonspiraler, som i Norge brukes av mer enn 200 000 kvinner.

Brosjyren er laget i samarbeid med Louise Rom, som har arbeidet med prevensjon og gynekologi i mer enn 10 år.



MYTE

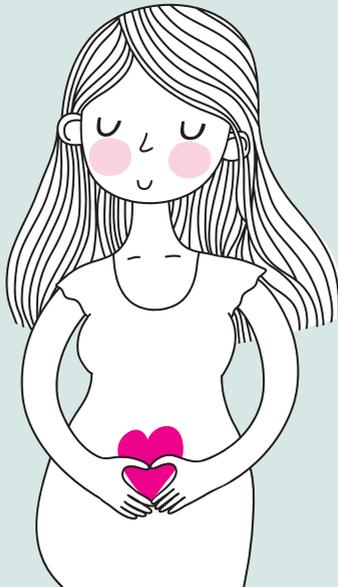
*Det er risiko for
infeksjon og infertilitet!*

FAKTA: Det er kvinnens seksuelle atferd som utsetter henne for infeksjoner. Det kan for eksempel være klamydia som kan medføre underlivsbetennelse. Selve spiralen øker ikke risikoen for infeksjon eller infertilitet¹. Man bør være oppmerksom på at det de første 20 dagene etter at spiralen er satt inn kan være en økt risiko for såkalte oppadstigende infeksjoner. Det vil si at en infeksjon kan bli ført med spiralen når den settes inn, hvis kvinnen har en infeksjon i kjønnsorganene fra før.

Legen* vil kunne ta en undersøkelse for å sjekke for klamydia når spiralen settes inn, og kan behandle kvinnen hvis det skulle oppstå en infeksjon. Etter de første 20 dagene har kvinner samme risiko for genitale infeksjoner som andre seksuelt aktive kvinner².

MYTE

*Man kan kun få spiral
hvis man har født!*



FAKTA: En spiral er en god løsning til kvinner som har født. Det kan være litt vanskeligere å sette inn en spiral på kvinner som ikke har født, men i de fleste tilfeller går det fint uten problemer³⁻⁵.

Det finnes spiraler i flere størrelser. De minste spiralene kan være velegnet til kvinner som ikke har født, da åpningen til livmoren er litt smalere enn hos kvinner som har født.

Les også misforståelsen: Det er smertefullt å få satt inn spiral!

MISFORSTÅELSE

*Det er smertefullt
å få satt inn en spiral!*



FAKTA: De fleste som får satt inn en spiral kan merke at den settes inn. Kvinner som ikke har født synes generelt at det gjør litt mer vondt enn kvinner som har født⁶. I de fleste tilfeller merkes ubehaget akkurat når det brukes en liten tang mot livmormunnen. Tangen brukes til å rette livmoren ut og gjøre innsetting av spiralen lettere. Noen kvinner får en forbigående nervereaksjon, som blant annet kan forårsake blodtrykksfall og litt ubehag.

I en studie gjort blant kvinner syntes de fleste at det var ingen eller kun litt smerte ved innsetting av spiralen⁷. Dette gjaldt for kvinner uansett om de hadde født eller ikke. Smertene blir mindre hvis man tar smertestillende før innsettingen av spiralen.

Det finnes forskjellige typer smertestillende og lokalbedøvelse som du kan spørre om. Det tar vanligvis kun få minutter å sette inn en hormonspiral.

MYTE

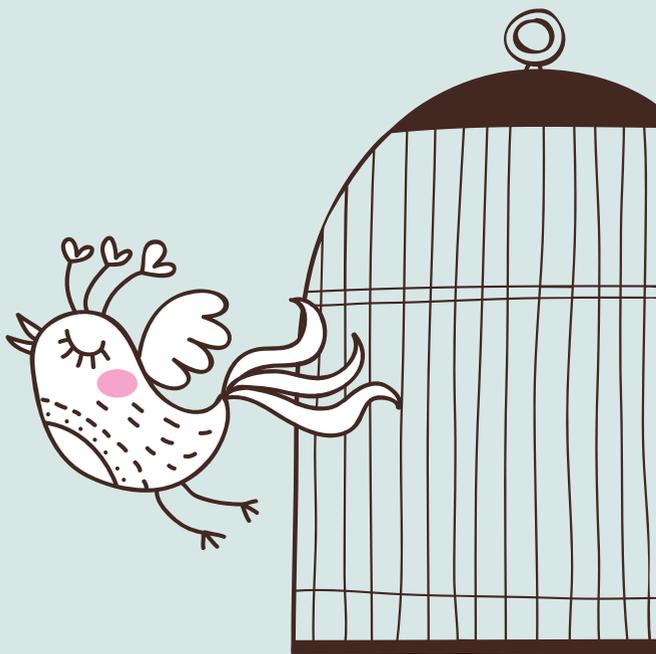
*Spiraler kan
vandre i kroppen!*



FAKTA: Spiraler kan ikke vandre i kroppen, men vil ligge der de er plassert. Hvis spiralen er utenfor livmoren er det fordi den er plassert feil. Heldigvis er antallet spiraler som plasseres utenfor livmoren veldig lav⁸⁻¹¹. Legen* kan avgjøre plasseringen av spiralen ved en ultralydskanning.

MISFORSTÅELSE

*Spiraler øker risikoen
for graviditet utenfor
livmoren!*



FAKTA: Risiko for å bli gravid med en spiral er minimal (mindre enn 0,5 %), siden spiraler er blant de aller sikreste prevensjonsmidlene som finnes. Skulle det skje at en kvinne blir gravid mens hun bruker spiral er det opp til 50 % risiko for at graviditeten er utenfor livmoren¹²⁻¹⁵. Kvinner som har spiral og som opplever kraftige magesmerter eller graviditetssymptomer skal undersøkes hos lege*.



MISFORSTÅELSE

*Det er ingen forskjell
på kobber- og
hormonspiral!*

FAKTA: Den største forskjellen på kobber- og hormonspiral viser seg i blødningsmønsteret. En kobberspiral øker oftest menstruasjonsmengden og kan forverre menstruasjonssmerter. En hormonspiral minsker derimot ofte menstruasjonen¹⁶ og menstruasjonssmerter. I de første månedene etter innsettelsen av en hormonspiral, vil de fleste kvinner oppleve uregelmessighet og muligvis forverring av blødningsmønsteret. Dette avtar over tid, og en del kvinner opplever å få veldig sparsom menstruasjon når de har hormonspiral. Det er ikke skadelig å begrense blødningsmengden.

MYTE

*Det er dyrt med
hormonspiral!*



FAKTA: Å kjøpe en hormonspiral kan være en høy engangskostnad, men hvis den brukes i 8 år koster den cirka 14 kr i måneden¹⁷.

Fra 1.1.2023: Ungdom opptil 22 år får økonomisk støtte til å dekke hele eller deler av kostnadene til p-piller, p-plaster, p-ring, p-stav, hormonspiral eller kobberspiral. Ordningen med bidragsdekning til prevensjonsmidler gjelder til og med måneden før fylte 22 år. Den omfatter også unge med mannlig personnummer.¹⁸

MYTE

*Mannen kan stikke seg
på spiralsnoren!*



FAKTA: Spiralen sitter fast i et par tynne snorer, som skal brukes når spiralen fjernes. Hvis snorene er klippet for korte kan de kanskje stikke litt. Hvis de fortsatt er et par centimeter lange vil de holde seg myke og faller inn bak livmormunnen, og forårsaker ikke noe problem.

MYTE

*Man kan ikke
bruke tampong eller
menstruasjonskopp når
man har spiral!*



FAKTA: Man kan godt bruke tampong og menstruasjonskopp når man bruker spiral, men man skal passe på spiralens tråder når man trekker tampongen ut og være forsiktig når man fjerner menstruasjonskoppen så det ikke dannes et vakuum i skjeden.

Når menstruasjonsmengden generelt er mindre på grunn av hormonspiralen, er det sjelden nødvendig å bruke tampong eller menstruasjonskopp.

MYTE

*En spiral er vanskelig
å fjerne!*



FAKTA: Spiralen er laget av plastikk som er lett å bøye, og som fjernes ved at legen* trekker i de to små snorene som sitter i enden av spiralen. Det gjør ikke vondt å få tatt ut spiralen, og det går ganske fort. Ved fjerning av en spiral, når brukstiden er utløpt, kan det settes inn en ny samme dag. Man trenger ikke en gynekologisk undersøkelse eller celleprøve for å få fjernet spiralen.

MYTE

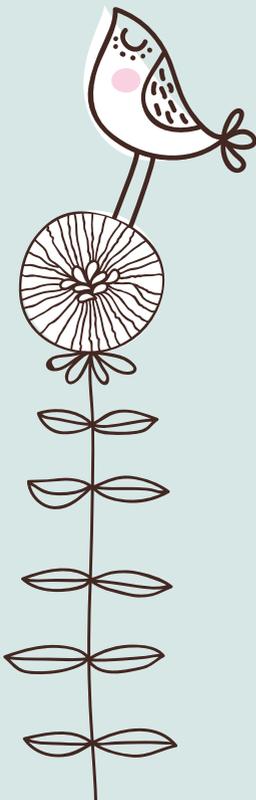
*Det er vanskeligere å
bli gravid etter å ha
brukt spiral!*



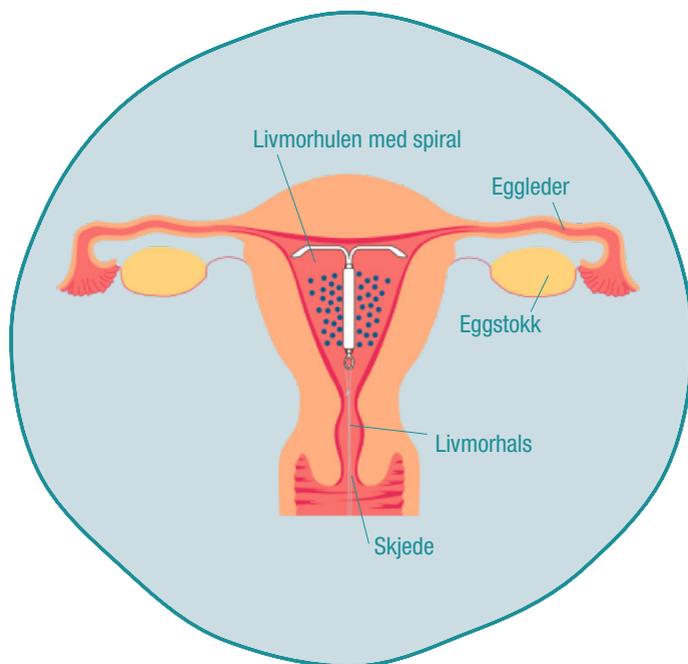
FAKTA: Kvinnen har fortsatt sin egen, naturlige syklus ved bruk av spiral og har dermed også eggøsning. Man kan derfor bli gravid rett etter å ha fjernet spiralen, så fremt kvinnen og partneren har normal fertilitet.

MYTE

*Hormonspiraler fyller
kroppen med hormoner!*



FAKTA: En hormonspiral er designet for å virke lokalt i livmoren. Derfor inneholder den lavere mengder med hormoner enn for eksempel p-plaster, p-stav eller p-piller, som må fordele hormoner i hele kroppen for å virke.



REFERANSER

1. Hubacher, D., et al. *Use of Copper Intrauterine Devices and the Risk of Tubal Infertility among Nulligravid Women.* N Engl J Med 2001; 345(8):561-567.
2. Farley, T. M., et al. *Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective.* Lancet 1992; 339(8796):785-788.
3. Bahamondes, M. V., et al. *Ease of insertion and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravidas.* Contraception 2011; 84(5):e11-16.
4. Arions, L., et al. *Use of the levonorgestrel releasing-intrauterine system in nulliparous women—a non-intervention study in Sweden.* Eur J Contracept Reprod Health Care 2011; 16(2):126-134.
5. Suhonen, S., et al. *Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study.* Contraception 2004; 69(5):407-412.
6. Hubacher, D., et al. *Pain from copper intrauterine device insertion: randomized trial of prophylactic ibuprofen.* Am J Obstet Gynecol 2006; 195(5):1272-1277.
7. Gemzell-Danielsson, K., Schellschmidt, I., Apter, D. *A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena.* Fert Steril 2012; 97(3):616-622, e1-3.
8. Caliskan, E., et al. *Analysis of risk factors associated with uterine perforation by intrauterine devices.* Eur J Contracept Reprod Health Care 2003; 8(3):150-155.

9. Andersson, K., et al. *Perforations with intrauterine devices. Report from a Swedish survey.* Contraception 1998; 57(4):251-255.
10. Kaislasuo, J., et al. *Intrauterine contraception: incidence and factors associated with uterine perforation—a population-based study.* Hum Reprod 2012; 27(9):2658-2663.
11. Van Houdenhoven, K., et al. *Uterine perforation in women using a levonorgestrel-releasing intrauterine system.* Contraception 2006; 73(3):257-260.
12. Vessey, M. P. *Contraception for women. Intrauterine devices and ectopic pregnancy.* BMJ 2009; 339:b3864.
13. Xiong, X., Buekens, P., Wollast, E. *IUD use and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis of case-control studies.* Contraception 1995; 52(1):23-34.
14. Standford, J. B., Mikolajczyk, R. T. *Mechanisms of action of intrauterine devices: update and estimation of postfertilization effects.* Am J Obstet Gynecol 2002; 187(6):1699-1708.
15. Amy J. J., Tripathi, V. *Contraception for women: an evidence based overview.* BMJ 2009; 339:b2895.
16. Andersson, K., Odland V., Rybo G. *Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial.* Contraception 1994; 49(1):56-72.
17. www.felleskatalogen.no (mai 2023)
18. www.helfo.no/regelverk-og-takster/stonad-til-prevensjon-for-unge-kvinner/stonad-til-prevensjon-for-unge-kvinner (januar 2023)

*lege, helsesykepleier eller jordmor

