



SVENSK FÖRENING
FÖR OBSTETRIK OCH GYNEKOLOGI
ARBETS- OCH REFERENSGRUPP
FÖR
FAMILJEPLANERING

Inducerad abort

Rapport nr 54
2006

Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi
Arbets- och Referensgrupper (ARG) rapportserie:
Följande publikationer i serien har utgivits:

- Nr 1*** **Perinatologi. Problem vid underburenhet: IRDS prenatal riskbedömning, profylax och behandling**
(ARG för Perinatologi 1980)
- Nr 2*** **Sexuell olust hos kvinnan**
(ARG för Psykosocial Obstetrik/Gynekologi och Sexologi 1982)
- Nr 3*** **Klimakteriet och dess behandling**
(ARG för Perimenopausala problem 1982)
- Nr 4*** **Utredning av ofrivillig barnlöshet**
(ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1983)
- Nr 5*** **LGTI Lower Genital Tract Infections**
(ARG för Gynekologiska Infektioner 1983)
- Nr 6*** **Förebyggande Gynekologisk Hälsokontroll**
(ARG för Gynekologisk Hälsovård 1983)
- Nr 7*** **Behandling av Cervixcancer stadium IB och IIA**
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 1984)
- Nr 8*** **Urininkontinens hos kvinnan**
(ARG för Urogynekologi 1985)
- Nr 9*** **Kejsarsnitt**
(ARG för Perinatologi 1985)
- Nr 10*** **Prematur vattenavgång**
(ARG för Perinatologi 1986)
- Nr 11*** **Genitala Chlamydia-infektioner**
(ARG för Gynekologiska Infektioner, Familjeplanering & Ungdomsgynekologi 1986)
- Nr 12*** **Behandling av ofrivillig barnlöshet**
(ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1986)
- Nr 13*** **Infektioner i kvinnans nedre genitalvägar**
(ARG för Obstetriska och Gynekologiska Infektioner 1987)
- Nr 14*** **Ultraljudsmanual i Obstetrik och Gynekologi**
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 1988)
- Nr 15*** **Manliga orsaker till ofrivillig barnlöshet**
(ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1988)
- Nr 16*** **Ovarialcancer**
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 1988)
- Nr 17** **Prolaps**
(ARG för Urogynekologi 1989)
- Nr 18*** **Barriärmetoder som skydd mot STD och oönskad graviditet**
(ARG för Tonårsgynekologi, Familjeplanering, Gynekologisk Hälsokontroll, Obstetriska & Gynekologiska Infektioner samt Psykosocial Obstetrik, Gynekologi & Sexologi 1989)
- Nr 19*** **Infektioner under graviditet**
(ARG för Obstetriska & Gynekologiska Infektioner 1990)
- Nr 20*** **Tonårsgynekologi**
(ARG för Tonårsgynekologi 1991)
- Nr 21*** **Hälsöövervakning vid normal graviditet**
(ARG för Mödrahälsovård 1991)
- Nr 22*** **Gynekologisk ultraljudsdiagnostik**
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 1992)
- Nr 23*** **Kroniska smärttillstånd inom gynekologin**
(ARG för Psykosocial Obstetrik & Gynekologi samt Sexologi 1992)
- Nr 24*** **Utredning och behandling av ofrivillig barnlöshet**
(ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1993)
- Nr 25*** **Klimakteriet och dess behandling**
(ARG för Klimakteriella Problem 1993)
- Nr 26*** **Cancer corporis uteri. Diagnostik och behandling**
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 1994)
- Nr 27*** **Abort i Sverige**
(ARG ad hoc för Abortvård 1994)
- Nr 28** **Sexuella övergrepp mot barn och ungdomar**
(ARG för Psykosocial Obstetrik & Gynekologi samt Sexologi 1994)
- Nr 29** **Komplikationer vid Obstetrisk och Gynekologisk kirurgi**
(ARG för Urogynekologi och Vaginal kirurgi 1995)
- Nr 30** **Genitala infektioner hos kvinnan**
(ARG för Obstetriska och Gynekologiska Infektioner 1996)
- Nr 31** **Assisterad befruktning och preimplantatorisk diagnostik i Sverige**
(ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1996)
- Nr 32** **Gynekologisk endoskopi, del 1**
(ARG för Gynekologisk Endoskopi 1996)

Svensk Förening för Obstetrik & Gynekologi
Arbets- och Referensgrupper (ARG) rapportserie:
Följande publikationer i serien har utgivits:

Fortsättning från föregående sida

- Nr 33 Sexologi ur gynekologisk synvinkel**
(ARG för Psykosocial Obstetrik, Gynekologi & Sexologi 1996)
- Nr 34 Att förebygga cervixcancer**
(ARG för Förebyggande Gynekologisk Hälsokontroll 1997)
- Nr 35* Neonatal asfyxi**
(ARG för Perinatologi i samarbete med Sektionen för Neonatologi, Svenska Barnläkarföreningen och Svensk Förening för Perinatalmedicin 1997)
- Nr 36* Obstetriskt ultraljud**
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 1997)
- Nr 37 Ofrivillig barnlöshet**
(ARG för Ofrivillig Barnlöshet 1998)
- Nr 38 Substitutionsbehandling i klimakteriet - aktuella synpunkter**
(ARG för Klimakteriella Problem 1998)
- Nr 39 Kvinnlig urininkontinens. Utredning och behandling**
(ARG för Urogynekologi och vaginal kirurgi 1998)
- Nr 40 Ungdomsgynekologi**
(ARG för Tonårsgynekologi 1999)
- Nr 41 Cancer, Graviditet och Fertilitet**
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 1999)
- Nr 42 Gynekologisk Ultraljudsdiagnostik**
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 2000)
- Nr 43 Infektioner hos gravida kvinnor**
(ARG för Gynekologiska Infektioner 2000)
- Nr 44 Vulvacancer**
(ARG för Gynekologisk Tumörkirurgi 2000)
- Nr 45 Gynekologisk Endoskopi - Del 2**
(ARG för Gynekologisk Endoskopi 2001)
- Nr 46 Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling**
(ARG för Urogynekologi och Vaginal Kirurgi i samarbete med Svensk Förening för Kolorektal Kirurgi 2001)
- Nr 47 Intrauterin fosterdöd**
(ARG för Perinatologi 2002)
- Nr 48 Vulvasjukdomar**
(ARG för Vulva 2003)
- Nr 49 Hemostasrubbningar inom obstetrik och gynekologi**
(ARG för Hemostasrubbningar 2004)
- Nr 50 Metodbok för evidensbaserad obstetrik och gynekologi**
(ARG för Evidensbaserad Medicin 2004)
- Nr 51 Förlossningsrädsla**
(ARG för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi, Perinatologi samt MÖL-gruppen 2004)
- Nr 52 Perinatalt omhändertagande vid extrem underburenhet**
(ARG för Perinatologi i samarbete med Sektionen för Neonatologi, Svenska Barnläkarföreningen och Svensk Förening för Perinatalmedicin 2004)
- Nr 53 Bröstitet**
(ARG för Bröstitet 2005)
- Nr 54 Inducerad abort**
(ARG för Familjeplanering 2006)

* Upplagan utgången

Publikationerna kan beställas från:
SFOG-kansliet, Box 738, 101 35 Stockholm
Internet: www.sfog.se



ISSN 1100-438X

Arbets- och referensgruppen för Familjeplanering

Nr 54
2006

Inducerad abort

Deltagare:

Gunilla Aneblom	Kvinnokliniken, Akademiska Sjukhuset, Uppsala, Barnmorska
Karin Bondestam	Kvinnokliniken, Akademiska Sjukhuset, Uppsala
Jan Brynhildsen	Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping
Marc Bygdeman	Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm
Maria Cederholm	Studentgyn, Uppsala
Kristina Gemzell Danielsson	Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm
Lotti Helström	Kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm
Anneli Kero	Institutionen för klinisk vetenskap, Universitetssjukhuset, Umeå, Lektor
Ann Lalos	Institutionen för klinisk vetenskap, Universitetssjukhuset, Umeå, Professor
Lars Lundgren	Svea Hovrätt, Stockholm, Jurist Hovrättsråd
Lena Marions	Kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Stockholm
Viveca Odling	Läkemedelsverket, Uppsala
Anita Sjöge	Octaviakliniken, Stockholm, Kurator
Kajsa Sundström	Stockholm
Mari Swanberg-Risberg	Sesam, Södersjukhuset, Stockholm
Ingrid Östlund	Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Örebro

Redaktionsgrupp	Lena Marions, Kristina Gemzell Danielsson, Marc Bygdeman
Redaktör	ARGUS Professor Lars-Åke Mattsson, Kvinnokliniken, SU/Östra, Göteborg
Layout	Marie-Louise Schyberg, SFOG-kansliet
Tryck	Elanders Tofters, Östervåla, 2006

Innehåll

FÖRORD	5
HISTORIK OCH LAGSTIFTNING	7
ABORTLAGEN OCH DESS TILLÄMPNING.....	11
BEMÖTANDE OCH OMHÄNDERTAGANDE VID ABORT	17
MEDICINSK ABORT	27
KIRURGISK ABORT	43
SENKOMPLIKATIONER TILL ABORT	53
PREVENTIVMEDEL EFTER ABORT	57
TONÅRSABORT – UTVECKLING OCH OMHÄNDERTAGANDE	61
ULTRALJUD OCH ABORT	75
ABORT EFTER FOSTERDIAGNOSTIK	79
KÄNSLOR OCH REAKTIONER HOS ABORTSÖKANDE OCH PERSONAL.....	85
MÄNS UPPLEVELSER OCH REAKTIONER FÖRE OCH EFTER ABORT.....	91
ABORT I ETT MÅNGKULTURELLT SAMHÄLE	99
ABORT I ETT GLOBALT PERSPEKTIV.....	103
SVENSK ABORTLAG	113
TERMINOLOGI	115

Förord

Kvinnans rätt till abort är för SFOG och de allra flesta svenska gynekologer självklar. Ämnet är dock ofta uppe till diskussion i media och i den allmänna samhällsdebatten. Det är därför viktigt att betona att det är en rättighetslagstiftning vi har, det vill säga att det är sjukvårdens ansvar, genom verksamhetschefen, att tillhandahålla resurser för abortverksamheten så att den enskilda kvinnan alltid kan få abort, om hon så önskar.

Den senaste tiden har Sveriges abortlagstiftning diskuterats i förhållande till EU och de olika EU-ländernas regelverk. Det har i denna diskussion blivit klart att vi har en mycket bra abortlagstiftning i Sverige, som vi vill värna om.

För att vi, inom specialiteten, skall vara kunniga, uppdaterade och engagerade, är det viktigt att vi ständigt har ett aktuellt kunskapsunderlag. Därför är det med stor glädje jag på SFOG och Sveriges gynekologers vägnar framför vårt varma tack till arbetsgruppen och författarna för allt nedlagt arbete med att uppdatera våra kunskaper kring abort – såväl de samhällsliga som medicinska och själsliga.

Göran Berg
Ordförande SFOG
2005 - 2006

Historik – Lagstiftning

Marc Bygdeman

Lagstiftning

I Sverige har vi sedan århundraden haft lagar som bestraffat abort. Fram till 1864 utdömdes dödsstraff för barnamord eller fosterfördrivning. Under början av 1900-talet ändrades kvinnans situation. Allt fler började att arbeta och hade försörjningsansvar. Kampen för kvinnans rättigheter växte och samma år som kvinnan fick rösträtt 1921 mildrades straffet för fosterfördrivning till mellan sex månaders och två års fängelse. Om kvinnans liv eller hälsa var i fara kunde dock abort tillåtas.

I 1938 års abortlag var abort fortfarande kriminell men från denna huvudprincip gjordes vissa undantag. Lagen tillät abort på tre indikationer nämligen medicinsk, humanitär och eugenisk indikation. För den medicinska indikationen fanns ingen övre tidsgräns men för de två övriga var denna 20 veckor. Om synnerliga skäl förelåg kunde dock dåvarande Medicinalstyrelsen medge att ingreppet fick ske intill utgången av 24:e graviditetsveckan.

- Medicinsk indikation. När på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan, barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för kvinnans liv och hälsa.
- Humanitär indikation. Att kvinnan hade hävdats genom våldtäkt eller blivit gravid till följd av andra brottsliga gärningar till exempel incest eller om kvinnan var under 15 år.
- Eugenisk indikation. När det fanns skäl att antaga att barnet skulle komma att födas med arvsanlag som skulle kunna leda till sinnessjukdom, sinnesslöhet, svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag.

Senare infördes ytterligare två indikationer för legal abort.

- Social-medicinsk indikation (1946). Denna stadgade att när det med hänsyn till kvinnans levnadsförhållande och omständigheter i övrigt kunde antagas att hennes kroppsliga eller själsliga kraft skulle allvarligt nedsättas genom barnets tillkomst eller vården av barnet.

- Fosterskadeindikationen (1963). Denna innebar att när det väntande barnet på grund av skada under fosterstadiet kom att lida av svårartad sjukdom eller lyte kunde abort beviljas.

Tillstånd till abort kunde ges genom 2-läkarintyg eller genom beslut av Medicinalstyrelsen.

2-läkarintyg innebar att två läkare, av vilka den ene skulle vara den som utförde ingreppet, i ett skriftligt utlåtande förklarade att förutsättning för abort var förhållanden. Om indikationen för abort var eugenisk eller fosterskada prövades den alltid av Medicinalstyrelsen. Detsamma gällde också om kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet saknade förmåga att samtycka till åtgärden. Vid abort på eugenisk indikation skulle kvinnan också acceptera att bli steriliserad.

Man hade förhoppningen att 1938 års abortlag skulle minska antalet illegala aborter. Så blev dock inte fallet. Därför tillsattes 1965 års abortkommitté som kom med sitt förslag till abortlag i "Rätten till abort" (SOU 1971:58). Efter en omfattande remissrunda och ett flertal ändringar ledde det hela till 1974-års abortlag vilken med de ändringar som infördes 1995 fortfarande är gällande. Till dess innehåll och tillämpning återkommer jag i ett senare avsnitt.

Kvinnans situation

I "Rätten till abort" finns flera utredningar som speglar kvinnans situation vid en abort i början av 1960-talet. Att få tillstånd till abort vare inte lätt. Kvinnan var tvungen att genomgå en omfattande och tidskrävande utredning som innebar kontakt med kurator, psykiater och gynekolog. Den genomsnittliga tiden mellan kvinnans första kontakt och Medicinalstyrelsens beslut var 25 dagar. Eftersom kvinnan sökte senare än idag (i medeltal i 10:e veckan) kom de flesta aborter att utföras i andra trimestern. Gynekologens delaktighet var inte sällan begränsad till rent medicinska aspekter (status och eventuella kontraindikationer). Många gynekologer ansåg också att de inte var bundna av Medicinalstyrelsens beslut vilket kunde innebära att kvinnan inte fick sin beviljade abort utförd.

Abort var som tidigare nämnts fram till 1974-års abortlag straffbart för både kvinnan och den som utförde aborten. Många kvinnor blev också föremål för brottsutredning. I mitten av 1960-talet utnyttjade många kvinnor möjligheten att få abort i Polen. Det uppmärksammades av Riksåklagaren som planerade att åtala kvinnorna. Åtalet fullföljdes dock inte då Regeringen beslutade om åtalsetergift.

Att genomföra en abort var riskabelt. I början av 1950-talet dog en kvinna av tuse- sen i samband med ett legalt eller illegalt abortingrepp. Sedan 1984 har endast ett dödsfall efter abort inträffat trots att nära 700 000 abortingrepp utförts under denna tid. Skälen härtill är flera: tillgången till antibiotika, blodtransfusion och nya effektiva, icke invasiva abortmetoder har haft stor betydelse men viktigast har ändå varit att vi inte längre har några illegala aborter och att den fria aborten också resulterat i att de flesta aborter sker tidigt i graviditeten.

Faktaruta

Rätt till abort har avgörande betydelse för kvinnans liv och hälsa.

Abortmetoder

Primär exceres och abdominell hysterotomi (sectio parva) var de metoder som främst användes under första hälften av 1900-talet. Vacuumaspiration kom till Sverige från Kina via Östeuropa i mitten av 1960-talet. Vid andra trimester-aborter användes extra- eller intraamniotisk koksaltinjektion. Även druvsocker eller formalin användes. Under 1970- och 80-talen ersattes koksalt av prostaglandiner, prostaglandinanaloger och i någon mån av rivanol. Medicinska aborter med en kombination av ett antiprogesteron, Mifegyne, och en prostaglandinanalog, Cervagem eller Cytotec, är en svensk innovation som infördes 1992. Nu används denna behandling i drygt 50 procent av alla aborter före utgången av nionde graviditetsveckan och är också den dominerande metoden för abort i andra trimestern.

Abortlagen och dess tillämpning

Marc Bygdeman

Inledning

Vår nuvarande abortlag infördes 1975 med ändringar 1995 (1), se sid 113.

Abortlagen innebär att kvinnan upp till och med 18:e graviditetsveckan (18v+0) räknat från sista menstruationens första dag har rätt att själv bestämma om hon vill avbryta graviditeten eller ej. Efter 18:e veckan fordras tillstånd av Socialstyrelsens Rättsliga Råd och att synnerliga skäl föreligger. Efter det att fostret kan anses viabelt kan abort inte utföras.

Rättsliga Rådets abortnämnd består av en ordförande som är jurist, en föredragande som är psykiater, en representant för Socialstyrelsen, en kurator, en gynekolog och en representant för allmänheten. Abortnämnden sammanträder varje fredag morgon på Socialstyrelsen i Stockholm. I enstaka fall, vanligen en svår fosterskada, kan tillstånd ges under veckan genom 3-manna beslut om ordföranden, föredragande och gynekologen är överens om att klar abortindikation föreligger.

Kvinnan har alltid rätt att få aborten utförd, en rättighet som finns också i

Danmark, men knappast i något annat land. Det innebär att sjukvårdens huvudman och dess förlängda arm verksamhetschefen, har skyldighet att tillse att resurserna för abortvården är tillräckliga för detta och att aborten blir utförd. En enskild befattningshavare kan dock inte tvingas att utföra aborter. I förarbetena till abortlagen framgår också att de som är engagerade i abortvården skall ha en positiv syn på kvinnans rätt att bestämma och efter bästa förmåga vara henne behjälplig i hennes svåra situation. Socialstyrelsen har nyligen utfärdat nya föreskrifter och allmänna råd om abort (2)

Övre gränsen för abort

Viabelt foster

Den övre gränsen för abort är fostrets viabilitet. För närvarande innebär det att abort inte beviljas efter 22 fulla veckor (22v+0). Denna gräns är beroende av när det är möjligt för ett för tidigt fött barn att överleva. Neonatologin har gjort stora framsteg under senare år vilket inneburit att 22-veckorsgränsen varit och är omdiskuterad. Socialstyrelsen följer utveck-

lingen men har hittills inte funnit skäl nog att sänka densamma. Om fostret inte är livsdugligt på grund av svår skada eller sjukdom, till exempel akrani eller trisomi 18, kan tillstånd till abort ges även efter den 22:a veckan.

Avbrytande av havandeskapet

Vid graviditet efter utgången av 22:a veckan där fostret är livsdugligt kan abort inte beviljas även om graviditeten på grund av sjukdom eller kroppsfel innebär allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa. Under dessa omständigheter kan bara tillstånd till avbrytande av havandeskapet ges. Detta är en skärpning av abortlagen som infördes 1995. Vid abort är avsikten att döda fostret medan vid avbrytande av havandeskapet, målsättningen är att rädda både moderns och barnets liv och man använder samma tillvägagångssätt som vid induktion av en för tidig förlossning. Ett beslut att avbryta havandeskapet om fara för kvinnans liv och hälsa föreligger kan fattas utan hörande av Socialstyrelsen om inte åtgärden kan anstå utan fara för kvinnans liv. Detta torde också vara det vanliga tillvägagångssättet. Tidigare fick man tillstånd till abort vilket måste ha känts oacceptabelt då de flesta kvinnor i denna situation önskar att också barnet skall överleva. Problem kan uppstå om orsaken är en psykisk sjukdom eller en kraftig psykisk reaktion med stor suicidrisk på grund av graviditeten. Då är kanske tillstånd till avbrytande inte den bästa lösningen eftersom det innebär att barnet kan överleva och eftersom avbrytandet sker tidigt i graviditeten barnet

bli skadat. Psykiatriskt omhändertagande kan vara ett bättre alternativ.

Utländska kvinnor

Abortlagen omfattar endast svenska medborgare och kvinnor som är bosatta i Sverige eller om Socialstyrelsen finner att särskilda skäl föreligger. Bestämelsen har tillkommit för att förhindra att utländska kvinnor utnyttjar Sveriges liberala abortlag. Utländska kvinnor och flyktingar som har sökt och väntar besked om asyl eller uppehållstillstånd behöver före utgången av 18:e veckan inte söka tillstånd till abort hos Socialstyrelsen. Kvinnor anställda på ambassad jämställs också med kvinnor bosatta i landet.

Övriga utländska kvinnor kan få abort om de har anknytning till Sverige men måste ansöka hos Socialstyrelsen oberoende av graviditetens längd. Till ansökan fogas läkarintyg och kuratorsutredning. Kvinnans identitet skall styrkas med kopia av pass eller annan identitetshandling. För att Rättsliga Rådet skall kunna bedöma kvinnans anknytning till landet, bör kuratorsutredningen innehålla uppgifter om när och varför kvinnan kom till Sverige, hur länge hon skall stanna, om barnafadern är svensk medborgare eller om han som utlänning stadigvarande bor här, om kvinnan har släktingar i landet eller andra uppgifter som styrker hennes anknytning hit. Barnafaderns identitet bör också kunna styrkas.

Under 2003 ansökte 76 utländska kvinnor om abort, de allra flesta under tidig graviditet (3). Av dessa fick 67 bifall, åtta avslag och i ett fall fick kvinnan

missfall innan ärendet behandlades. Det vanligaste skälet till att aborten beviljades var att kvinnan hade en svensk man och/eller graviditeten tillkommit i Sverige. De kvinnor som fick avslag tillhörde den grupp som sökte abort i Sverige utan att ha närmare anknytning till landet och där man bedömde att andra särskilda skäl inte förelåg.

Kvinnor under 18 år

Som generell regel gäller att den abortsökande kvinnan om hon är under 18 år, bör uppmanas att i första hand själv berätta om graviditeten och den önskade aborten för sin vårdnadshavare. Vid behov bör hon få hjälp med detta. Om kvinnan motsätter sig att vårdnadshavaren kontaktas och hon kan anses ha uppnått tillräcklig grad av mognad och utveckling gäller sekretess gentemot vårdnadshavaren. Någon särskild åldersgräns för denna bedömning finns inte men man kan många gånger utgå från att ungdomar i ålderskategorin 15-17 år har uppnått en sådan mognadsgrad. Även om kvinnan inte har nått en sådan ålder och mognad att hon har fått ett integritetsskydd gentemot vårdnadshavaren kan det ändå finnas en skyldighet att tillämpa sekretess om det kan antas att kvinnan skulle lida betydande men om uppgifterna röjs för vårdnadshavaren. Om man bedömer att sekretes gentemot vårdnadshavaren skall gälla med stöd av denna undantagsregel kan istället anmälningskyldighet till socialtjänsten inträda. Anmälningsplikten till socialtjänsten bryter sekretessen.

Abortansökan

Till kvinnans abortansökan efter 18:e veckan skall fogas ett läkarutlåtande och en kuratorsutredning. I det sammanhanget kan det vara värt att betona att sedan 1995 har varje kvinna rätt till kuratorskontakt oberoende av graviditetstid. Rättsliga Rådets bedömning av ansökan sker med utgångspunkt från de handlingar som finns tillgängliga. Det är därför en förutsättning för ett riktigt beslut att kvinnas förhållanden så utförligt som möjligt redovisas i ansökan och att uppgifter i ansökningsformuläret är ifyllda. Graviditetens längd bör vara konfirmerad med ultraljud vars resultat skall bifogas ansökan. Är orsaken till abortansökan en fosterskada eller medicinska skäl måste läkaren i sitt utlåtande ge en även för en lekman förståelig beskrivning av förhållandena och vid fosterskada redogöra för skadans omfattning och konsekvenser. I de fall då psykosociala skäl utgör grunden för abortansökan bör kurators utredning vara utförlig och belysa bland annat följande punkter: omständigheterna kring den aktuella graviditeten, anledningen till att kvinnan söker så sent, skälen till abortönskan, familjesituation, mannens inställning till graviditeten, nuvarande och tidigare psykosociala situation, tidigare graviditetens förlopp och preventivmedelsanvändning.

Omhändertagande av foster efter abort

Omhändertagandet av foster efter abort regleras i Socialstyrelsens allmänna råd SOSFS 1990:8. Av dessa framgår att abortmaterial t o m vecka 12 skall hanteras som riskavfall. Efter vecka 12 skall kyrkogårdsförvaltningen tillse att fostret kremeras och att askan jordas eller sprids anonymt. Om kvinnan (paret) så önskar skall möjlighet finnas för kremering jämte gravsättning i egen grav alternativt jordbegravning i egen grav.

En förändrad abortsituation

Den medicinska utvecklingen har inneburit att vissa bestämmelser i abortlagen inte helt stämmer överens med hur vi bedriver abortverksamheten. I viss mån har Socialstyrelsen tagit hänsyn till detta i sina nya Föreskrifter och allmänna råd om abort. Av dessa framgår att det vid medicinsk abort räcker med att den inledande läkemedelsbehandlingen (Mifegyne) ges på ett allmänt sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen har godkänt. Det föreskrivs också att ansvaret för att aborten blir genomförd ligger hos den läkare som inledde behandlingen. Endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbrytande av havandeskap. Dock är det ändå accepterat att barnmorskan tagit

över en stor del av abortinformationen och omhändertagandet av kvinnan och vid medicinsk abort den medicinska behandlingen. En annan oklarhet rör fosterreduktion vid flerbörd. Enligt Socialstyrelsens utredning i ärendet bör fosterreduktion betraktas som en medicinsk åtgärd och omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen och inte abortlagen men frågan har överlämnats till Regeringen för slutligt ställningstagande. Avsikten är ju inte att avbryta graviditeten utan att ge de kvarvarande fostren bättre möjligheter att överleva. Den övre gränsen för abort som anges i abortlagen är fostrets viabilitet. Det innebär att legal abort kan beviljas även efter 22:a veckan om fostret är så skadat att det inte överlever utanför livmodern. Många kliniker låter Socialstyrelsen avgöra dessa fall medan andra kliniker har uppfattat abortlagen så att de själva kan fatta beslut. Frågan har aktualiserats hos Socialstyrelsen och vi kommer förhoppningsvis att så småningom få besked om hur handläggningen bör ske. Utländska kvinnors rätt till abort i Sverige är också föremål för en statlig utredning vars betänkande "Abort i Sverige" nyligen publicerats (3). Förslaget går i korthet ut på att kvinnor från andra länder med en mer restriktiv abortlagstiftning skall få möjlighet att genomföra aborten i Sverige.

Faktaruta

- Upp till och med 18:e veckan kan kvinnan själv bestämma. Därefter fordras ansökan till Socialstyrelsen och synnerliga skäl.
- Övre gränsen för abort är fostrets viabilitet (22v+0d).
- Abortlagen gäller för svenska medborgare och utländska kvinnor stadigvarande bosatta i Sverige. Hit hör också kvinnor som sökt asyl eller uppehållstillstånd. Övriga utländska kvinnor måste söka tillstånd oberoende av graviditetstid.

Referenser

1. Abortlag 1974:595 med ändringar 1995:660.
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort. SOSFS:4.
3. Abort i Sverige. SOU 2005:90.

Bemötande och omhändertagande vid abort

Gunilla Aneblom

Bakgrund

I Hälso- och sjukvårdslagen står att vård ska ges med respekt för alla människors lika värde och, vidare att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (1). När det gäller patientomhändertagande vid tidig medicinsk abort, har Socialstyrelsen formulerat råd och anvisningar enligt följande; ”Vid sjukvårdsinriktningen där den medicinska aborten inleds skall det finnas rutiner som säkerställer att kvinnans behov av hjälp och stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen blir tillgodosedda under och efter abortens genomförande, oavsett tid på dygnet” (2).

Alla abortsökande ska erbjudas stödsamtal innan aborten görs och på många kliniker sker detta via kontakt med en kurator. I Socialstyrelsens allmänna råd (2) är skrivningen att stödsamtal bör ges av en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens, vilket öppnar för fler yrkeskategorier än kuratorer, till exempel psykolog eller annan terapeut.

Abortbeslut

Många kvinnor har redan bestämt sig för att göra abort när de tar kontakt med sjukvården. I två svenska studier (3,4) uppgav mer än hälften av kvinnorna att de bestämt sig så snart de upptäckt att de varit gravida. Kero och medarbetare (5,6) visade att många kvinnor hade bestämt sig direkt vid graviditetsbeskedet och att en tredjedel redan innan visste att de skulle välja abort om de blev gravida. Cirka hälften av deltagarna hade innan de blivit gravida diskuterat med sin partner om vad de skulle göra vid en eventuell graviditet och hälften av dessa hade varit överens om att göra abort. Att ha bestämt sig för abort utslöt inte att många kvinnor upplevde motstridiga känslor. Mer än hälften av de 211 kvinnor som deltog upplevde känslor av både lättnad, skuld, tomhet och sorg. Trots detta uppgav 70 procent att inget skulle kunna ändra deras abortbeslut.

Kvinnor som är ambivalenta i sitt beslut behöver få den tid och det stöd de behöver i processen för att komma fram till det beslut som känns rätt. Här

kan en eventuell partners delaktighet och stöd vara av stor betydelse. Oavsett när beslutet om abort tas är detta oftast ett svårt eller mycket svårt val som kvinnor ställs inför vid en oönskad graviditet, och som innebär ett tillstånd av stress och utsatthet (3,6-9).

Väntan

”Som vanligt inom sjukvården ska man passa telefontider. Jag ringde och ringde men kom inte fram förrän nästa dag. Det kändes frustrerande för när jag väl hade bestämt mig för abort ville jag att det skulle ske snabbt. När de svarade fick jag ett mycket proffsigt bemötande...” (10)

Så beskriver en kvinna sin upplevelse när hon intervjuas efter att nyligen ha genomgått en abort, och hennes beskrivning både illustrerar och bekräftar några av de viktigaste komponenterna i abortvården - lättillgänglighet och professionellt omhändertagande.

Ett flertal studier har visat att väntetiderna i samband med abort har stor betydelse för kvinnor som söker för abort. Vid intervjuer med kvinnor två veckor efter genomförd abort var kvinnorna nöjda med den abortmetod som använts och de ansåg att kort väntetid hade varit det viktigaste (11). I en annan studie där kvinnor intervjuades en vecka och fyra månader efter att de gjort abort (12) framkom att kvinnorna tyckte att det svåraste i samband med aborten hade varit att behöva vänta.

Har kvinnan redan bestämt sig bör hon erbjudas att göra abort så snart som

möjligt. Maximum bör vara två veckor från att första kontakten har tagits. En förutsättning för att kvinnan ska kunna erbjudas en reell valmöjlighet när det gäller val av abortmetod är korta väntetider. Kvinnan har rätt att söka vård vid annat sjukhus utan krav på remiss. Bästa möjliga kontinuitet bör eftersträvas både avseende antalet personer som kvinnan/paret möter, och att budskapet uppfattas som likartat, oberoende av person, genom att personalen har en tydligt formulerad samsyn kring omhändertagandet.

Val av abortmetod

När kvinnan söker abort i tidig graviditet har hon möjlighet att påverka vilken abortmetod som ska användas. Ett flertal studier har jämfört kirurgisk och medicinsk abort där kvinnorna fått göra skattningar av de båda metoderna. Skillnaderna mellan de två metoderna har visat sig vara små och får därför anses som likvärdiga ur kvinnans perspektiv (15,16,18-20). De flesta kvinnor har visat sig vara nöjda med den abortmetod de väljer, oavsett vilken metod det är, så länge det är de själva som fattat beslutet (11,13-17) och de flesta uppger också att de skulle välja samma metod igen (15,16,18-20). Graden av valfrihet är dock alltid beroende av den verklighet där vården bedrivs med lokala variationer på tillgängliga resurser, traditioner osv. Strävan ska vara att erbjuda högsta möjliga valfrihet, både när det gäller abortmetod, anestesiemetod och smärtlindring, och att kvinnan tydligt förstår vilka val som är medicinskt och praktiskt

möjliga. De främsta skälen som kvinnor uppgett vid valet av medicinsk abort är att den uppfattas som mer naturlig och liknar ett missfall, att den kan göras tidigare, och för att slippa narkos, medan de främsta angivna skälen till kirurgisk abort är att den är snabbare, kvinnan behöver inte vara vaken samt rädslan för psykiska effekter vid en medicinsk abort (14,19,21,22).

Medicinsk abort

Utvecklingen av den medicinska aborten har medfört att 53 procent av det totala antalet aborter i Sverige år 2004 utgjordes av medicinska aborter, men med en del regionala skillnader. I Västerbotten och i Kalmar var andelen medicinska aborter runt 78 procent medan Stockholm hade 40 procent och Uppsala 55 procent medicinska aborter (32). Möjliga orsaker till de relativt stora skillnaderna kan vara dels bristande kunskaper om den medicinska behandlingen, dels starka traditioner med kirurgiska aborter och/eller längre väntetider. I och med den ökande andelen av medicinska aborter där vårdprocessen ser annorlunda ut har barnmorskan kommit att få en framträdande plats som vårdgivare och i handläggningen av den tidiga okomplicerade medicinska aborten hos friska kvinnor.

Vid en tidig medicinsk abort (t o m v 9+0) behöver kvinnan känna till och vara förberedd på att en blödning kan starta redan hemma efter att hon fått de första tableterna (mifepristone). Hon behöver också informeras om att både blödningen och smärtan är kraftigare än

vid en menstruation, och att graviditeten kan stötas ut komplett. Flera studier har visat att kvinnor som gjort medicinsk abort blivit överraskade av blödningens storlek och graden av smärta, och att de upplevt stark stress när de har sett fostret (21,30). Mardrömmar och oväntade föreställningar om aborten var oftare förekommande bland de kvinnor som sett fostret (19).

Wiebe (23) undersökte prediktorer för smärta vid medicinsk abort till och med vecka sju. Smärtlindring gavs samtidigt med misoprostol. Vid VAS-skattning av den intensivaste smärtan under första dygnet efter behandlingen var medelvärdet 6.2. En av fyra hade skattat svår smärta, VAS 9 eller 10. I gruppen med svår smärta var medelåldern lägre, fler var 0-para, fler skattade hög oro och fler uppgav dysmenorré. Smärtupplevelsen påverkades inte av om kvinnan tidigare gjort abort.

Ytterligare studier bekräftar att unga kvinnor som inte fött barn har ett större behov och använder mer smärtlindring vid medicinsk abort (24,25). I en svensk studie där kvinnor (20-45 år) gjorde hemabort och nästan alla hade fött barn använde 67 procent (<42 dgr) – 81 procent (>42 dgr) smärtlindring, och många av kvinnorna uttryckte att de var glada att de hade erfarenhet av barnafödande innan de genomgick en medicinsk abort (50).

Behovet av smärtlindring är beroende av flera faktorer, och de yngre och yngsta kvinnornas behov av smärtlindring kan ofta stå i direkt relation till det bemötande och det omhändertagande de får av perso-

nalen på sjukhuset. Målet är att förmedla en trygghet där kvinnans oro och osäkerhet tas på allvar och att ge professionell smärtlindring efter individuella behov enligt lokalt utarbetade riktlinjer.

Den sena medicinska aborten utgör endast en liten andel av det totala antalet aborter, och antalet aborter efter utgången av 18:e graviditetsveckan visar stabilt låga siffror över tid, ca en procent av det totala antalet aborter. De huvudsakliga skälen till begäran om sen abort är sociala problem och fosterskador (missbildningar) (32). Den sena aborten innebär ofta ett större trauma med kraftigare värkarbete där kvinnan är i stort behov av effektiv smärtlindring och ett professionellt psykologiskt stöd. Detta innebär att personalen behöver vara erfaren och ha tillgång till handledning och stöd för att kunna ge ett bra omhändertagande. Vården ska ske på gynekologisk vårdavdelning där kvinnan ges möjlighet att kvarstanna över natten. I diskussionen om omhändertagande av fostret, kremering osv, är lyhörddhet för individuella önskemål viktig. Detta ställer krav på flexibilitet och öppenhet för olika typer av lösningar.

Kirurgisk abort

Kvinnor som ska genomgå en kirurgisk abort behöver veta hur ingreppet går till, vilken personal som är med och vilka rutiner som gäller. Valfrihet innebär att hon ska kunna välja mellan att bli sövd eller att få lokalbedövning. I en undersökning bland 63 av landets kliniker svarade 57 att de använde generell anestesi vid kirurgisk abort, vilket talar för en begränsad valfrihet (33).

Bemötande och information vid abort

Utgångspunkterna för den personal som ska arbeta i den patientnära abortvården innefattar egna positiva attityder samt ett intresse för själva abortfrågan. I en svensk studie om inställningen till legal abort bland gynekologer och barnmorskor (28) framkom att båda yrkesgrupperna starkt stöder den svenska abortlagstiftningen och att inställningen blivit mer positiv över tid. De som hade mest erfarenhet av abortvård var också de som var mest positiva. Resultaten visade också att både gynekologer och barnmorskorna själva hade gjort abort eller haft en partner som gjort abort, i samma utsträckning som befolkningen i övrigt.

En abort kan för en del kvinnor passera mer eller mindre obemärkt medan andra kvinnor kan uppleva en abort som ett stort trauma. En oönskad graviditet väcker ofta förtvivlan och många kvinnor upplever till synes motstridiga känslor både inför den aktuella graviditeten och för en förestående abort, trots att många fattat beslut om abort väldigt tidigt i graviditeten (5). I bemötandet behövs en öppenhet för dessa motstridiga känslor, ett accepterande av en process som innefattas av ambivalenta känslor. Detta innebär inte att kvinnan är ambivalent i sitt beslut att göra abort. Det svåraste är den oönskade graviditeten som innebär känslor av förtvivlan och panik. För de kvinnor som lever i en partnerrelation kan partnern utgöra ett stöd och dela kvinnans känslor och kan på det sättet också ta ett ansvar i processen. Det har

visat sig att de känslor som män upplevt i samband med en abort ofta varit i stort överensstämmande med kvinnans känslor (26).

Goda kunskaper i problemlösande samtal och insikt i krisreaktioner kan vara avgörande för en god kommunikation där kvinnan får hjälp att hantera och anpassa sig till den situation hon befinner sig i. Kontinuerlig handledning och fortlöpande metodutveckling bör vara naturliga delar i arbetet för vårdpersonalen för att bibehålla och utveckla ett empatiskt omhändertagande (27). Det är inte minst viktigt för den personal på gynekologiska vårdavdelningar som vårdar kvinnor vid sena aborter som ofta är mer traumatiska än tidiga aborter, och där personalen kan uppleva stark psykologisk press. Resultat från flera studier har visat att abortsökande kvinnor upplevt ett negativt bemötande och brister i kommunikationen med personalen, vilket medfört att de upplevt känslor av stress och skuld och att de känt sig ifrågasatta i sitt beslut (9,21,29,30).

Breitbart (31) har beskrivit strategier för att stödja kvinnan att hantera känslor som stress, rädsla och oro med förslag på vägledande principer:

- vikten av att ställa öppna frågor
- att bekräfta känsloupplevelsen så kvinnan ser att hennes reaktion är normal
- uppmuntra till frågor
- tolka kvinnans kroppsspråk och undvika formuleringar med uppmaningar.

Den information som ges till kvinnan bör vara både muntlig och skriftlig och ska ge

tillräckligt faktaunderlag för att möjliggöra ett så fritt val som möjligt. Många kliniker har också en egen hemsida med information om gällande rutiner i samband med abort. Om kvinnan har sökt kunskap själv kan det vara viktigt att höra att hon fått information som stämmer med verkligheten. För att kvinnan ska kunna känna sig väl förberedd bör hon informeras om vilken personal hon kommer att träffa, vilken typ av smärtlindring som erbjuds och hur länge hon behöver vara kvar på sjukhuset. En eventuell partners delaktighet bör uppmuntras och i andra fall att annan närstående är välkommen att vara med som stöd. Partnerns behov av information och omhändertagande behöver tillgodoses så mannen blir synlig och kan känna sig delaktig genom hela abortprocessen.

Oavsett abortmetod så görs så gott som alltid en gynekologisk palpation och infektionsscreening, vilket oftast kompletteras av en ultraljudsdatering av graviditeten. Före undersökningen ska kvinnan informeras om att det är hon själv som väljer om hon vill titta på ultraljudsskärmen eller inte.

Utskrivning

Vid utskrivning från sjukhuset, oavsett om kvinnan genomgått en kirurgisk eller en medicinsk abort, ges information om vad normal blödningsmängd- och tid innebär, och att graviditetssymtomen snabbt försvinner när aborten varit komplett. Tydlig information ska ges om vilka symtom som inte hör till det normala och som ger anledning till att söka vård.

I samband med utskrivningen bokas tid för återbesök.

Preventivmedelsrådgivning

Samtal och rådgivning om framtida preventivmedel ingår redan vid första besöket och tas upp igen vid övriga besök. Målet med preventivmedelsrådgivningen är att kvinnan ska känna sig nöjd med sitt val av preventivmedel för hög motivation till användning. Rådgivningsstrategin vid diskussion om framtida preventivmedelsanvändning individanpassas och utgår från kvinnans livssituation och den relation hon lever i för tillfället. Några förslag på frågeställningar som kan vara till hjälp vid olika uppfattningar inom parrelationen eller för att hitta en för kvinnan/paret positiv metod för att undvika en oönskad graviditet igen kan vara:

- Önskan om samlag eller ej, lust/olust
- Önskan, medveten eller omedveten, om barn eller ej
- Viljan till att använda preventivmedel (hur motiverad är kvinnan, vilka förväntningar har hon)
- Inställningen till samlagsbunden respektive samlagsobunden preventivmetod.

I en norsk enkätstudie (34) där kvinnor (n=1327) tillfrågades om sexuell aktivitet efter tidig abort framkom att mer än hälften hade haft samlag inom två veckor efter aborten. Efter åtta veckor uppgav så gott som alla med en fast relation att de haft samlag och mer än hälften av de kvinnor som inte hade någon fast relation. Minskad sexuell lust och sämre förmåga

till orgasm rapporterades av ett fåtal. Av de kvinnor som var sexuellt aktiva uppgav sex procent att de inte använde säkra preventivmedel efter åtta veckor.

Bianchi-Demicheli (35,36) visade i två studier att majoriteten av kvinnorna hade fortsatt att använda säkra preventivmedel sex månader efter genomgången abort, och Chevrant-Breton (37) visade på att en bestående förändring skett och att den största andelen av kvinnorna fortsatt med säker preventivmedelsanvändning ett år efter aborten. Svenska studier bekräftar också att kvinnor är motiverade till säkrare preventivmedel efter abort (7,38).

Kvinnor som gjort flera aborter kan kräva extra kvalificerad rådgivning och stöd för att hitta ett fungerande preventivmedel. Totalt utgör reaborter 38 procent av det totala antalet aborter (32) vilket innebär att det är vanligt förekommande. Några studier har visat på sämre preventivmedelsanvändning bland kvinnor som gjort reabort(er) (39-41) och i en svensk undersökning var utlandsfödd en oberoende riskfaktor för upprepad abort (42). Sammantaget är det dock inget som tyder på att kvinnor som gör reabort(er) skulle skilja sig avsevärt från de som gör abort första gången, eller som grupp skulle vara dåliga på att använda preventivmedel. Vid djupintervjuer med svenska kvinnor som gjort flera täta aborter framkom att de i högre utsträckning hade psykosociala problem, var mer sårbara, oftare hade haft kontakt med sociala myndigheter, hade svagare jag-känsla och svårare att hävda sin sexuella integritet, och ofta såg sig själva som offer (43). I en norsk in-

tervjustudie med unga kvinnor framkom att svårigheterna att kommunicera om preventivmedel med partnern hade haft betydelse för att de blivit oönskat gravida och gjort abort (44).

Lokalt utarbetade riktlinjer ska finnas vid varje klinik med gällande rutiner för medicinsk och kirurgisk abort och vilka riktlinjer som gäller vid preventivmedelsrådgivning. I den kliniska verkligheten idag är besökstiderna ofta begränsade och det kan vara svårt att bibehålla en kvalitativ rådgivningsmodell under tidspress. Abortverksamheten är till för kvinnan och det är då av avgörande betydelse att vården organiseras efter faktiska behov när det gäller personella resurser och att befintlig kompetens används och tillvaratas så effektivt som möjligt.

Återbesök och dokumentation

Ett återbesök ska erbjudas alla som gjort abort, och efter en medicinsk abort ingår återbesöket som en del av behandlingen och bör göras 3-4 veckor efter aborten. Besöket är till för att konstatera att aborten är helt genomförd och för att ge tillfälle till samtal om upplevelsen och tiden efter aborten, preventivmedel och andra frågor som kvinnan/paret vill diskutera. I vissa fall kan det vara mera praktiskt att göra återbesöket i primärvården, om kvinnan redan har en kontakt vid en barnmorskemottagning eller ungdomsmottagning, bor närmare osv. Oavsett var efterkontrollen görs är den läkare som initierat behandlingen ansvarig för att aborten är helt genomförd och ska i enlighet med föreskrifterna journalföra

detta. Skulle kvinnan utebli från avtalat återbesök skall detta dokumenteras (2).

Återbesöket kan i vissa fall utgöra en ingång till utökad vård för kvinnor som behöver fortsatt stöd eller rådgivning. De riskfaktorer som har visat sig ha betydelse för framtida problem efter abort är beslutsambivalens, bristande socialt stöd, att ha blivit pressad till en abort, tidigare psykisk problematik och att vara etniskt utsatt (45). I en studie om ”coping”-strategier i samband med abort framkom att de faktorer som hade betydelse för kvinnans anpassningsförmåga var stöd från partner, sociala konflikter med partner, samt den egna förmågan att hantera aborten. Kvinnor med stark jag-känsla hade lättare att hantera sin abortupplevelse jämfört med kvinnor med en låg jag-känsla (46). Kunskap om vanliga psykologiska reaktioner efter en abort kan vara till hjälp i bearbetningen och kan minska känslor av skuld hos kvinnan. Studier bland svenska kvinnor visar att det är ovanligt med långtgående eller bestående psykiska besvär som är relaterade till aborten, och att få kvinnor ångrar sitt abortbeslut. Många kvinnor har istället uppgett att de sett aborten som ett ansvarstagande och en lättnad. (4,6,11,12,47).

Abortsökande och våld

Vid många barnmorskemottagningar runt om i landet, tillfrågas kvinnan under graviditeten och vid preventivmedelsrådgivning om hon någon gång varit utsatt för våld eller misshandel. Stenson visade att svenska kvinnor som varit utsatta för misshandel gjort fler aborter än icke-

misshandlade kvinnor (49). När kvinnor i tidig graviditet fick svara på vad de tyckte om att bli tillfrågade om våld, var de allra flesta positiva till att frågan ställdes (48). Bland abortsökande kvinnor i Mälardalen angav 1.4 procent våld som huvudsakligt skäl till abort och i tonårsgruppen var motsvarande siffra 5.5 procent (7), och Kero visade att tolv procent upplevt hot eller press av mannen när de blivit gravida (6). Kvinnor som gör abort på grund av våld i relationen är extra utsatta och kan vara i behov av utökat psykologiskt och socialt stöd efter aborten. Frågan om våld är därför angelägen och bör alltid kunna ställas, även om frågor om våld till abortsökande behöver belysas ytterligare, innan de så småningom kan komma att ingå som rutin, med syfte att kunna erbjuda möjligheter till hjälp när en kvinna varit våldsutsatt eller hotad.

Framtidsperspektiv

I och med möjligheten att fullfölja den medicinska aborten i hemmet kommer antalet sjukhusbesök troligen successivt att minska och de besök som sker kräver fortsatt professionellt omhändertagande. Viss rådgivning kommer också troligtvis att ske per telefon och via nätet. För personal som ska arbeta med professionell rådgivning till kvinnor som gör abort hemma bör erfarenhet av arbete med sjukhusaborter utgöra ett absolut krav. Resultaten från den första svenska studien med kvinnor som valt att göra abort i hemmet visade att över 90 procent var nöjda med sitt val och endast en av fem

kvinnor behövde kontakta vården för rådgivning. Tre fjärdedelar av kvinnorna hade haft någon hos sig, men ”coping”-förmågan var lika oavsett om kvinnorna haft någon stödperson (50).

Viktiga hörnstenar vid abort

- Kvinnans valfrihet gäller så långt det är möjligt
- Korta väntetider (max två veckor till genomförd abort)
- Faktabaserad information (muntlig och skriftlig om abortprocessen)
- Bekräftelse och öppenhet för motstridiga känslor
- Individanpassad preventivmedelsrådgivning
- Synliggörande av partners del i processen

Referenser

1. Hälso-och sjukvårdslagen. SFS 1982:763.
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort. SOSFS 2004:4 2§.
3. Törnbom M, Ingelhammar E, Lilja, H, Möller A, Svanberg B. Evaluation of stated motives for legal abortion. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994;15:27-33.
4. Törnbom M, Ingelhammar E, Lilja H, Svanberg B, Möller A. Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:636-41.
5. Kero A, Lalos A. Ambivalence - a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *J of Psychosomatic Obstet Gynecol* 2000;21:81-91.

6. Kero A, Högberg U, Jacobsson L, Lalos A. Legal abortion: a painful necessity. *Soc Sci Med* 2001;53:1481-90.
7. Larsson M, Aneblom G, Od lind V, Tydén T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:64-71.
8. Adelson PL, Frommer MS, Weisberg E. A survey of women seeking termination of pregnancy in New South Wales. *Med J Aust* 1995;163:419-22.
9. Sihvo S, Himminki E, Kosunen E, Koponen P. Quality of care in abortion services in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:210-7.
10. Gustafsson B, Helmius G, Lennerhed L, Persson E. Erfarenheter och egna val. En bok om abort. Gothia, 2000.
11. Holmgren K, Uddenberg N. Abortion ethics-women's post abortion assessments. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:492-6.
12. Trost von Werder A-C. Abort och psykiska besvär: [Abortion and emotional disturbances] Avhandling. Västerås: Uppsala Universitet ISBN:91-85898-03-1, 1982.
13. Harvey SM, Beckman LJ, Satre SJ. Choice of and satisfaction with methods of medical and surgical abortion among US clinic patients. *Fam Plann Perspect* 2001;33:212-6.
14. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *BMJ* 1993;307:714-7.
15. Björge L, Johnsen LS, Midbøe G, Augestad G, Ökland I, Helland H, et al. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:1056-61.
16. Rademakers J, Koster E, Jansen-van Hees AC, Willems F. Medical abortion as an alternative to vacuum aspiration: first experiences with the 'abortion pill' in The Netherlands. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001;6:185-91.
17. Abdel-Aziz E, Hassan IM, Al-Taher H. Assessment of women's satisfaction with medical termination of pregnancy. *J Obstet Gynecol* 2004;24:429-33.
18. Winnikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. *Fam Plann Perspect* 1995;185:142-8.
19. Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *Br J Obst Gynaecol* 1998;105:1288-95.
20. Rörbye C, Norgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Hum Reprod* 2004; :1-5.
21. Simonds W, Ellertson C, Springler K, Winnikoff B. Abortion. revised: participants in the U.S. clinical trials evaluate mifepristone. *Soc Sci Med* 1998;46:1313-23.
22. Wiebe ER. Choosing between surgical abortions and medical abortions induced with methotrexate and misoprostol. *Contraception* 1997;55:67-71.
23. Wiebe ER. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;74:275-80.
24. Hamoda H, Ashok PW, Flett GMM, Templeton A. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG* 2004;111:996-1000.
25. Westhoff A, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception* 2000;62:311-4.
26. Kero A, Lalos A, Högberg U, Jacobsson L. The male partner involved in legal abortion. *Hum Reprod* 1999;14:2669-75.
27. Murphy F, Jordan S, Jones L. Care of women having termination of first trimester pregnancy. *Br J Midwifery* 2000;21:2235-41.
28. Hammarstedt M, Jacobsson L, Wulff M, Lalos A. Views of midwives and gynecologists on legal abortion – a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:58-64.

29. Resnick D, Bearinger LH, Stark P, Blum RW. Patterns of consultation among adolescent minors obtaining an abortion. *Am J Orthopsychiatry* 1994;64:310-6.
30. Slade P, Heke S. Termination of pregnancy: patient's perceptions of care. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001;27:72-7.
31. Breitbart V. Counseling for medical abortion. *Am J Obstet Gynaecol* 2000;2:26-33.
32. SOS: Aborter i Sverige 2004. Statistik Hälsa och Sjukdomar 2005:1.
33. Helström L. Enkätundersökning vid studiedag om abort. Karolinska sjukhuset 2003.
34. Boesen HC, Rörbye C, Nørgaard M, Nilas L. Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:1189-92.
35. Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Lüdicke F, Bianchi PG, Fert D, Bonvallat D, Chatton D, Campana A. Sexuality, partner relations and contraceptive practice after termination of pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;22:83-90.
36. Bianchi-Demicheli F, Perrin E, Bianchi PG, Dumont P, Lüdicke F, Campana A. Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: a prospective study. *Contraception* 2003;67:107-13.
37. Chevrand-Breton O, Toquet-Mace M, Tekam S, Chenede D, Chasseray V. Contraception a year after voluntary interruption of pregnancy. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1986;81:67-9.
38. Kero A, Lalos A. Increased contraceptive use one year post-abortion. 2005. Submitted.
39. Garg M, Singh M, Mansour D. Peri-abortion contraceptive care: can we reduce the incidence of repeat abortions? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001;27:77-80.
40. Osler M, David H, Morgall J. Multiple induced abortions: Danish experience. *Patient Couns Health Educ* 1997;31:83-9.
41. Bender SS. Effectiveness of preabortion counseling on postabortion contraceptive use. *Contraception* 2004;69:481-7.
42. Helström L, Od Lind V, Zätterström C, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health* 2003;31:405-10.
43. Törnbohm M, Möller A. Repeat abortion: a qualitative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1999;20:21-30.
44. Sundby J, Svanemyr J, Maehre T. Avoiding unwanted pregnancy – the role of communication, information and knowledge in the use of contraception among young Norwegian women. *Patient Educ Couns* 1999;38:11-9.
45. Williams GB. Short-term Grief After an Elective Abortion. *JOGNN* 2001;30:174-83.
46. Cozzarelli C, Sumer N, Major B. Mental models of attachment and coping with abortion. *J Pers Soc Psychol* 1998;74:453-67.
47. Kero A, Högberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Soc Sci Med* 2004;58:2559-69.
48. Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery* 2001;17:2-10.
49. Stenson K, Heimer G, Lundh C, Nordström ML, Saarinen H, Wenker A. The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;22:189-97.
50. Fiala C, Winnikoff B, Helstrom L, Hellborg M, Gemzell Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception* 2004;70:387-92.

Medicinsk abort

Kristina Gemzell Danielsson

Medicinsk abort

Utvecklingen av medicinsk abort började på 70-talet efter syntesen av prostaglandinanaloger. Flera olika enskilda substanser har testats för medicinsk abort men krävde höga doser för att vara effektiva med hög frekvens biverkningar till följd (1). Upptäckten av RU 486, mifepriston (Mifegyne), av Etienne Baulieu och kolleger på Roussel Uclaf, ledde under 80-talet till utvecklingen av medicinsk abort. Behandling med enbart mifepriston visade sig dock ge otillräcklig effekt med komplett abort i endast 60-80 procent av behandlingarna (2-4). En avgörande upptäckt gjordes 1985 då Bygdeman och Swahn kunde visa att mifepriston ökar uterus kontraktilitet och ökar myometriets känslighet för prostaglandin (5). Efter förbehandling med mifepriston kunde dosen av prostaglandin sänkas till 1/5 av den som krävdes utan förbehandling och ändå ge tillräcklig effekt på myometriet. På det sättet kunde biverkningarna till följd av prostaglandin reduceras. Den maximala effekten på myometriet och cervix uppnåddes då intervallet mellan mifepriston och prostaglandinadmi-

nistration var 36-48 timmar. Fortsatta kliniska studier ledde till godkännande av kombinationsbehandling av mifepriston och prostaglandin i Frankrike 1988, Storbritannien 1991, Kina och Sverige 1992. Kina har egen tillverkning av mifepriston sedan 1992. År 1997 överläts rättigheterna för mifepriston till Exelgyn i Europa och Population Council/Danco i USA. Mifepriston finns nu godkänt i omkring 30 länder för medicinsk abort. Den övre tillåtna graviditetslängden för medicinsk abort är 49 dagar i de flesta länder, förutom i Sverige, Norge och Storbritannien där gränsen är 63 dagar. Andelen medicinska avbrytanden bland förstatrimesteraborterna i Sverige har ökat från sju procent 1993 till närmare 50 procent 2004 (6) (SoS 2004.). De regionala skillnaderna är mycket stora och visar att kvinnors valfrihet fortfarande är begränsad när det gäller valet av abortmetod. Flera studier bekräftar att det är av största vikt att kvinnan, om möjlighet finns beroende på graviditetslängden, själv får välja abortmetod (7,8). När så är fallet, väljer ca 60-80 procent medicinsk abort (9).

Sedan medicinsk abort blev godkänd i Sverige har forskning och utveckling av metoden fortsatt fokuserat på att finna:

- den optimala dosen av mifepriston,
- den optimala prostaglandinanalogen samt optimal dos och det bästa administrations sättet för denna. Ett mindre antal studier har också undersökt hur
- acceptansen för behandlingen kan förbättras.

På grund av att metoden fortfarande utvecklas har den behandlingsregim som ursprungligen registrerades förändrats och en ändring av registreringen skedde i Sverige 2003. Samtidigt godkändes indikationerna ”förbehandling av cervix inför kirurgisk abort” och ”förlossningsinduktion vid intrauterin fosterdöd”. Behandling med mifepriston för sen medicinsk abort godkändes i Sverige 1994.

Mifepriston

Mifepriston är det enda antiprogesteron som har använts kliniskt i någon större utsträckning. Innan mifepriston blev tillgängligt i USA och Canada användes en kombination av methotrexate och prostaglandin för medicinsk abort. Det finns inga randomiserade, kontrollerade studier av kombinationen av methotrexate plus prostaglandin jämfört med mifepriston plus prostaglandin. Vid en jämförelse mellan olika studier leder kombinationer med methotrexate till sämre effekt med längre tid till komplett abort, fler fortsatta graviditeter (10) och methotrexat dessutom teratogent. Methotrexate är därför inte att rekommendera för medicinsk abort.

Farmakokinetiska studier av mifepriston visar non-linjär kinetik och att doser över 100 mg resulterar i liknande serumnivåer hos både gravida och icke gravida kvinnor (11,12). Två randomiserade WHO multicenterstudier (13,14) tyder på att 200 mg mifepriston är lika effektivt som 400 eller 600 mg mifepriston kombinerat med gemeprost (Cervagem). I ytterligare två WHO studier undersöktes kombinationen av 200 eller 600 mg mifepriston följt av 400 µg misoprostol (Cytotec) peroralt (15) eller 600 µg misoprostol peroralt (16).

Ingen skillnad i effektivitet kunde påvisas mellan grupperna (Tabell 1).

I två studier, en med misoprostol och en med gemeprost, har fem doser av 25 mg mifepriston (150 mg) upp till 49 dagars amenorré visats ha samma effektivitet som 200 mg i engångsdos (17,18). En stor studie (2 000 konsekutiva aborter) visade att 200 mg mifepriston följt av 800 µg misoprostol givet vaginalt ledde till lika hög frekvens kompletta aborter som beskrivits med den registrerade dosen (evidensgrad 3) (19). Den höga effektiviteten för denna regim har bekräftats i flera studier (20-25).

En svaghet med en av de ovan nämnda studierna är låg effektivitet (<90%) (15). Detta beror på att peroralt misoprostol användes upp till 63 dagars amenorré men gällde dock båda grupperna, 200 och 600 mg mifepriston, vilket gör den statistiska jämförelsen mellan doserna valid. Det kan också påpekas att i de två första WHO studierna användes gemeprost och inte misoprostol. Någon direkt jämförelse

Tabell 1: Kliniska studier som jämför 200 och 600 mg mifepriston för medicinsk abort: effektivitet, antal patienter, prostaglandin analog och gestationsgräns.

Författare	Dos mifepriston	Komplett abort	Patienter (N)	Gestationslängd (dagar)	Prostaglandin analog
McKinley, 1993	200 mg	93.6%	220	≤ 63	misoprostol 600 µg oralt
	600 mg	93.6%			
WHO, 1993	200 mg	94%	1182	≤ 56	gemeprost 1 mg intravaginalt
	400 mg	94%			
	600 mg	94%			
WHO, 2000	200 mg	89.3%	1589	≤ 63	misoprostol 400 µg oralt
	600 mg	88.1%			
WHO, 2001	200 mg	92.4%	896	57 to 63	gemeprost 1 mg intravaginalt
	600 mg	91.7%			
El-Refaeey, 1995	600 mg	86.9%	130	≤ 63	misoprostol 800 µg oralt
	600 mg	94.7% (p<0.001)	133	≤ 63	misoprostol 800 µg intravaginalt

För en komplett referenslista över studier angående medicinsk abort hänvisas till rekommendationer från Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (28).

i randomiserade kontrollerade studier har inte gjorts mellan den registrerade regimen och 200 mg mifepriston följt av 800 µg misoprostol vaginalt.

Enligt data från tillverkarna ses fler fortsatta graviditeter efter behandling med mifepriston i doser lägre än 600 mg då mifepriston inte kombineras med prostaglandin (mifepriston data sheet). En randomiserad multicenterprövning visade att om mifepristondosen sänks till 50 mg (med oförändrad dos av gemeprost) minskar effekten jämfört med 200 mg (26). Den registrerade och godkända dosen i Europa, Ryssland, Israel, Sydafrika och USA är 600 mg. Mifepriston 200 mg finns inte registrerat i något land men är den dos som rekommenderas i flera internationella guidelines; bland annat WHO och RCOG (27,28).

Eftersom effektiviteten av medicinsk abort påverkas av dosen av mifepriston, typ av prostaglandin, dosen av prosta-

glandin (prostaglandin kan användas ensamt i tillräckligt höga doser, se ovan), administrationssätt för prostaglandinet och intervallet mellan mifepriston och prostaglandin (graden av myometriepri-
ming) måste stor försiktighet iakttas när ovanstående studier används som evidensgrund om någon av dessa komponenter av behandlingen förändras.

Prostaglandin

Typ av prostaglandinanalog

I Frankrike där medicinsk abort tillåts upp till 49 dagars amenorré används 400 µg misoprostol peroralt 48 timmar efter mifepriston. Denna regim är den registrerade och godkända behandlingen i de flesta övriga EU-länder (inkl. Sverige), USA, Ryssland, Sydafrika och Israel. I Sverige och Storbritannien registrerades och användes initialt gemeprost för abort upp till 63 dagar.

Faktaruta

- Misoprostol tillverkas i tablettform, 200 µg tabletter för peroralt bruk.
- Misoprostol är ett kostnadseffektivt alternativ till de indikationer där gemeprost tidigare använts.
- Peroral behandling med misoprostol är effektivt upp till 49 dagar. Efter 49 dagar är effektiviteten vid per oral behandling otillräcklig och behandlingen med misoprostol måste ges vaginalt*.

* icke registrerad behandling

Misoprostol är en PGE1 analog registrerad för behandling eller förebyggande behandling av magsår. Till skillnad från gemeprost finns misoprostol tillgängligt över hela världen i cirka 90 länder. Misoprostol har även andra fördelar jämfört med gemeprost framförallt i utvecklingsländer eftersom det är billigt och relativt stabilt i rumstemperatur. Misoprostol tillverkas i tablettform, 200 µg tabletter för peroralt bruk. Även om peroral behandling med misoprostol är effektivt upp till 49 dagar är effekten sämre än för gemeprost efter 49 dagar (15,16,25,29) då andelen fortsatta graviditeter liksom inkompleta aborter ökar signifikant. Högre, eller upprepade doser av peroralt misoprostol leder inte till tillräcklig effekt (25,30). Detta visar hur viktigt det är med korrekt datering av graviditeten och vikten av att välja en effektiv behandlingsregim.

Peroral vs. vaginal behandling med misoprostol

Misoprostol givet vaginalt är ett kostnadseffektivt alternativ (dvs billigare och med samma eller högre effektivitet) till de indikationer där gemeprost tidigare använts (medicinsk abort, cervixmognad, se kirurgisk abort, sen medicinsk abort).

I den första randomiserade studien som jämförde oral och vaginal administration av misoprostol gavs mifepristone följt av misoprostol (800 µg oralt eller vaginalt), 48 timmar senare, upp till 63 dagars amenorré. Studien visade 95 procent kompletta aborter efter vaginal behandling jämfört med 87 procent efter samma dos av misoprostol givet peroralt (Tabell 1). Frekvensen fortsatta graviditeter var högre i den grupp som fått peroral behandling medan frekvensen illamående, kräkningar och diarré var något lägre i den grupp som behandlats med vaginalt misoprostol. Den högre effektiviteten för vaginalt misoprostol har därefter bekräftats i case-series rapporter och i en stor WHO multicenterstudie (19-25).

Skillnaden i effekt mellan peroral och vaginal behandling med misoprostol kan förklaras genom resultat från studier av farmakokinetik och uteruskontraktilitet (31-33). Vaginal applikation resulterar i en större biotillgänglighet av misoprostol vilket leder till utveckling av regelbundna kontraktioner (32). Skillnader i plasmavår beror säkert på olika absorption samt olika snabb metabolism. Efter peroral behandling sker en snabb metabolism genom första leverpassagen vilket undviks vid vaginal behandling. Vaginal

absorption uppvisar stora individuella variationer. Försök har gjorts att öka absorptionen av misoprostol genom att tillsätta ättiksyra eller vatten vilket givit motstridiga resultat och ytterligare ökat variationen i plasmanivåer (33-36). Att addera vatten till misoprostoltablettorna kan därför inte rekommenderas.

En annan uppenbar nackdel med vaginal behandling är att tablettorna tillverkas för peroral administration. Vaginal applikation kan också upplevas som mindre acceptabelt av många kvinnor (37). Det finns inga publicerade studier där olika doser av vaginalt misoprostol upp till 63 dagars graviditet har jämförts men en sådan studie pågår (pågående WHO studie). I en jämförelse mellan 200 mg mifepriston följt av gemeprost 0.5 mg eller misoprostol 800 µg var effektiviteten högre för misoprostol (24). Någon jämförelse mellan gemeprost 1mg och misoprostol 800 µg upp till 63 dagars amenorré har ännu inte publicerats (pågående svensk multicenterstudie).

Vaginal applikation av misoprostoltabletter (Cytotec) är inte godkänt. Enligt EC Pharmaceutical Directive 65/65/EEC tillåts läkare använda läkemedel på annat sätt än angivet i registreringen, "licensed medicines for indications or in doses or by routes of administration outside the recommendations given in the licence". Detta förfarande stöds också i två artiklar där det understryks att patienten ska informeras om ett läkemedel ges på icke registrerad indikation (38,39).

Behandling med enbart misoprostol
Eftersom misoprostol är lättillgängligt och billigt har det fått utbredd användning även i länder som saknar mifepriston (40). Trots upprepad administration av misoprostol vaginalt når man inte samma effektivitet som med kombinationsbehandling med mifepriston. Behandling med enbart misoprostol är därför inte ett alternativ i Sverige.

Behandlingsintervall mifepriston-prostaglandin

Efter behandling med mifepriston ökar myometriets känslighet för prostaglandin. Vid 24 timmar ses en signifikant ökad känslighet som ökat ytterligare och är maximal efter 36-48 timmar med bibehållen effekt upp till 72 timmar (41). Den ökade känsligheten hos myometriet gör att prostaglandindosen (och därmed biverkningarna) kan sänkas cirka fem gånger vid ett intervall på 36-48 timmar. Om intervallet minskas måste alltså prostaglandindosen höjas för att uppnå samma effekt. I en del case-serie rapporter där mifepriston kombineras med en relativt hög dos misoprostol 800 µg, har man kunnat minska intervallet till 24 timmar med bibehållen effektivitet (42,43). Publicerade, randomiserade studier saknas men en studie som jämför 24 och 48 timmars intervall pågår (pågående WHO-studie).

Faktaruta

Publicerade rekommendationer för tidig medicinsk abort (Evidensgrad I)

- Mifepriston 600 mg, följt 36-48 timmar senare av Gemeprost (Cervagem) 1 mg upp till v9+0 (Mifepristone data sheet)
- Mifepriston 600 mg följt 36-48 timmar senare av 400 µg misoprostol peroralt upp till v7+0 (Mifepristone data sheet)
- *Mifepriston 200 mg följt 36-48 timmar senare av 400 µg misoprostol peroralt upp till v7+0
- *Mifepriston 200 mg följt (24-) 36-48 timmar senare av misoprostol 800 µg vaginalt upp till v9+0

Mifepristone är tillgängligt som 200 mg tabletter för peroralt bruk.

* icke registrerad behandling

Upprepade doser av misoprostol

Det finns otillräcklig evidens för att rekommendera upprepade dos(er) av misoprostol efter mifepriston (20,44). Upprepade doser av misoprostol används av vissa rutinmässigt för alla patienter och av andra endast vid inkomplett abort. I en stor case-serie rapport behandlades de första cirka 2 000 kvinnorna med en dos misoprostol medan de därpå följande cirka 2 000 kvinnorna fick en upprepad dos misoprostol om blödning inte startat inom fyra timmar efter första

dosen. Tillägget av en andra dos ledde till signifikant färre fortsatta graviditeter och eliminerade influensen av graviditetstiden på effektiviteten (20).

Effektivitet och acceptans

Med medicinsk behandling kan man åstadkomma komplett abort i cirka 96-99 procent av fallen. Medicinsk abort anses vara mer effektiv än kirurgisk abort upp till sju graviditetsveckor även om randomiserade jämförande studier saknas (45). Cirka 1- 3 procent av aborterna blir inkompleta och kvinnan kan då eventuellt behöva genomgå en skrapning (19). Ofta kan man dock undvika kirurgi genom att avvakta till nästa mens (46). Hos cirka 0.5-1 procent misslyckas behandlingen och graviditeten måste då avbrytas med vacuumaspiration (19,47). I en omfattande rapport som inkluderar cirka 4000 behandlingar var tidigare inducerad abort den faktor som starkast associerade till misslyckad behandling. För kvinnor som tidigare inte genomgått någon abort var multiparitet också associerat med en högre frekvens misslyckanden (19).

Komplikationsfrekvensen är låg (se nedan) och behandlingen med mifepriston tolereras oftast väl. Prostaglandinbehandling innebär dock i de flesta fall dosberoende smärtor och illamående, vilket gör att kvinnan, under några timmar, lämpligen bör vistas i en miljö där hon är trygg och kan få hjälp och stöd. Enligt Socialstyrelsens anvisningar ska abortbehandlingen inledas på kliniken, det vill säga mifepristonbehandlingen måste ges på kliniken. I vissa länder,

som till exempel USA, är rutinen sedan flera år att kvinnan tar prostaglandinet (misoprostol) hemma. Hembehandling med misoprostol ökar även i andra delar av världen och efterfrågas av många svenska kvinnor (48). I Sverige medger Socialstyrelsens föreskrifter sedan den 1 september 2004 hemadministration av prostaglandin.

Kvinnor som själva väljer abortmetod är oftast nöjda med sitt val oavsett metod (7,8,49). I länder där kirurgisk abort utförs utan smärtlindring föredrar de allra flesta kvinnor medicinsk abort. Även i länder med adekvat service väljer många kvinnor denna metod. De vanligaste skälen brukar vara att metoden upplevs som naturlig, mindre utlämnande, ger bibehållen kontroll, möjliggör undvikande av kirurgi och narkos, kan göras tidigt under graviditeten och ger lägre risk för komplikationer.

Smärtlindring

Det finns inte många studier angående smärtlindring vid medicinsk abort. Smärta är inte lätt att mäta eller värdera och påverkas av flera faktorer. Studieceter, det vill säga information och miljö vid abortbehandlingen, har i två amerikanska studier visats vara den faktor som i störst utsträckning påverkade analgetikabehovet (50,51). Kvinnor som inte tidigare varit gravida och med längre gestationslängd behövde mer analgetika. I en kanadensisk studie sågs också ett samband med patientens ålder (mer smärta bland yngre kvinnor), dysmenorre och högt ”anxiety score”. I den studien var medel smärt

score oavsett smärtbehandling 6.2 på en VAS skala (52). I en svensk studie där kvinnorna tog misoprostol hemma och fick ta smärtlindring efter behov använde 37 procent av kvinnor med en graviditetslängd upp till 42 dagar inte någon analgetika medan motsvarande siffra var 19 procent mellan 43-50 dagars amenorré (48).

När medicinsk abort infördes ansågs NSAID preparat kontraindicerade eftersom en motverkan av prostaglandinets effekter befarades. Studier av NSAID preparat i kombination med mifepriston och misoprostol visar dock inte någon påverkan på uteruskontraktilitet eller cervixmognad (53,54) och har ingen negativ påverkan på effektiviteten (55). På många håll rekommenderas nu en profylaktisk behandling med diklofenak tillsammans med misoprostol. Jämfört med enbart Citodon ledde profylax med diklofenak till kortare abortintervall hos nullipara och minskade behovet av opi- atinjektioner (55).

Faktaruta

Rekommendationer för smärtbehandling

Tillsammans med misoprostol ges:
Tabl/Supp Diklofenak 100 mg +
Tabl/Supp Panocod (Citodon).

Vid kontraindikation mot NSAID
(=överkänslighet mot salicylika) ges
Tabl/Supp Citodon

Medicinsk abort och tonåringar

Medicinsk abort är mycket effektivt och tolereras väl både fysiskt och psykiskt (96% nöjda vid fyra veckors återbesök) bland tonåringar (56). Se tonårskapitlet, sid 61.

Blödning efter abort

Blödningen startar hos 50 procent efter mifepriston och 2-3 procent aborterar innan prostaglandinet. Blödningen är oftast rikligast vid själva expulsionen. Riklig blödning är ingen garanti att aborten skett. Riklig blödning kan ibland uppträda flera dagar efter behandlingen. Patienten måste få noggranna instruktioner om vad som kan förväntas och när blödningen bör föranleda sjukvårdskontakt.

Den totala blodförlusten vid medicinsk abort är jämförbar med den vid vacuumaspiration (47). En nackdel med medicinsk abort kan vara långdragen blödning. Blödningen pågår i genomsnitt 11-14 dagar (57) och är mer långdragen än den efter vacuumaspiration, nio dagar (57). För närvarande finns ingen känd behandling som kan minska blödningens varaktighet efter medicinsk abort. Behandlingsförsök med misoprostol i upprepade doser är i detta avseende inte mer (eller mindre) effektivt än placebo (25). Behandling med kombinerade p-piller efter medicinsk abort med start samma dag eller dagen efter misoprostolbehandlingen påverkar inte heller blödningsmängden efter medicinsk abort (58).

Säkerhet

Både mifepriston och prostaglandin har kontraindikationer som måste beaktas (Exelgyn marketing authorisation).

Faktaruta

Absoluta kontraindikationer är:

- Tidigare allergisk reaktion mot mifepriston eller misoprostol/gemeprost
- Kronisk binjurebarkssvikt eller långtidsbehandling med corticosteroider
- Porfyri

Försiktighet bör iakttas vid koagulationsrubbningar och behandling med antikoagulantia, okontrollerad astma samt vid samtidig leverenzyminducering.

Behov av kirurgi på grund av blödning föreligger i mellan 0.35-2 procent (13,59). Blodtransfusion gavs i dessa studier till 1-3 per 1 000 fall. Andra biverkningar (till misoprostol) inkluderar hudutslag och feber.

Mifepriston anses inte ha någon direkt teratogen effekt. Däremot är det oklart om misoprostol kan ha en sådan effekt. En studie antyder att kontraktioner utlösta av misoprostol (eller annat prostaglandin) skulle kunna leda till minskad

placentacirkulation, ischemi och fostermissbildningar (60,61). Det anses inte indicerat att rekommendera abort i de fall då kvinnan efter en misslyckad behandling med fortsatt graviditet bestämmer sig för att behålla graviditeten.

Tidigare sectio utgör ingen ökad risk vid tidig medicinsk abort (62).

Komplikationer till behandlingen inkluderar endometrit (0,3%) salpingit (0,03%) och hypotoni (63).

Blodgruppering och Rh-profylax

Evidensgrundade rekommendationer gällande Rh-profylax vid medicinsk abort saknas helt. På många håll följs rekommendationerna för kirurgisk abort (64). Situationen i Sverige är unik eftersom Socialstyrelsen 1997 först rekommenderade att profylax inte skulle ges vid medicinsk abort. I brist på stöd för denna rekommendation återtogs rekommendationen senare vilket ledde till dagens situation där en övergripande rekommendation saknas och lokala PM styr förfarandet. Denna situation är uppenbart otillfredsställande. En svensk multicenterstudie initierades 2002 för att studera risken för Rh-immunisering vid medicinsk abort.

Återbesök

Återbesök skall ske cirka 2-4 veckor efter medicinsk abort (Socialstyrelsens föreskrifter 2004). Återbesöket kan ske hos läkare, barnmorska eller sjuksköterska. Med anamnes och U-hCG eller S-hCG kan det bekräftas att aborten är komplett. Ofta utförs även en gynekologisk undersökning. Vid behov kompletteras

undersökningen med ultraljud. I ovana händer misstolkas ofta ultraljudsbilden som inkomplett abort vilket kan leda till onödiga exereser (46).

Medicinsk abort v. 9-12

Vacuumaspiration är standard vid 9-12 veckors graviditetslängd och den enda etablerade metoden för detta gestationsintervall. Pilotstudier har dock visat att medicinsk abort är effektivt även i detta intervall även om det krävs upprepade doser av misoprostol och frekvensen biefekter ökar (65). Fler studier krävs innan metoden kan användas i klinisk rutin.

Sen medicinsk abort (efter graviditetsvecka 12)

Med ökande graviditetslängd blir det allt svårare att åstadkomma tömning av uterus med vacuumaspiration utan speciella instrument. Efter vecka 12-15 rekommenderas i stället metoder som innebär att man framkallar ett värkarbete som leder till utstötning av fostret. Därefter görs vid behov en skrapning av livmodern.

Det finns flera äldre metoder att framkalla ett värkarbete i andra trimestern, såsom intraamniotisk tillförsel av hyperten koksaltlösning eller prostaglandin, extraamniotisk tillförsel av prostaglandin eller etakridinlaktat. År 1994 registrerades mifepristone kombinerat med gemeprost för sen medicinsk abort. Denna kombinerade abortmetod innebär en snabbare och mer skonsam induktion av ett värkarbete (66,67). Liksom vid tidig medicinsk abort har gemeprost kommit att ersättas av

misoprostol som visats vara mer effektivt. Efter förbehandling med mifepriston, återvänder patienten efter 24–48 timmar för tillförsel av misoprostol. Även vid sen medicinsk abort finns evidens för att använda 200 mg mifepriston (66). Den registrerade dosen är dock 600 mg. År 2003 ändrades registreringen i Sverige till att omfatta mifepriston (600 mg) följt av *en lämplig prostaglandinanalog*.

Misoprostol kan ges peroralt eller vaginalt var tredje timme (68). Behandlingsintervallet kan inte glesas ut (till skillnad från gemeprost) utan att effektiviteten sjunker (69). Vaginal behandling med misoprostol är mer effektivt än peroral behandling men de flesta kvinnor föredrar att svälja tablettorna (37). En kombinationsbehandling med en initialt högre dos misoprostol vaginalt följt av upprepade perorala doser har visats vara lika effektivt som vaginal behandling men tolereras bättre (70,71). Efter 24-48 timmars behandling med mifepristone ges 800 µg misoprostol vaginalt, följt av 400 µg peroralt var tredje timme till maximalt fyra gånger. Om abort inte skett ges 200 mg mifepriston vid midnatt följt av en ny omgång misoprostol denna gång med 800 µg vaginalt följt av 400 µg vaginalt var tredje timme till maximalt fem doser. Om abort inte inträffat påbörjas en ny behandling med mifepriston följt av gemeprost var tredje timme till maximalt fem doser. Aborten kan behöva avslutas med en exeres för att uterus skall bli fullständigt tömd. Exeres bör endast göras vid behov och inte som

rutin. I en serie om 500 konsekutiva andra trimesteraborter krävdes exeres i 8-9 procent av behandlingarna. Induktionstiden var i genomsnitt 6.5 timmar, 0.6-0.7 procent behövde blodtransfusion och 66 procent av patienterna kunde behandlas som dagpatienter (71). Dessa data kunde konfirmeras i en senare rapport som omfattar cirka 1 000 kvinnor och där 72.4 procent kunde behandlas som dagvårdspatienter (72). Kvinnor som tidigare fött barn verkar ha ett snabbare förlopp vid abort i andra trimestern (73,74) medan aborttiden ökar med graviditetslängden. Kvinnor som tidigare fött barn har ett kortare och lindrigare förlopp medan yngre kvinnor, längre gestationslängd och upprepade misoprostoldoser korrelerar till större behov av analgetika. Profylaktisk smärtbehandling med NSAID preparat kan vara en fördel med mindre behov av ytterligare smärtlindring samt ett kortare abortintervall hos nullipara (55).

Efter graviditetsvecka 14+6 rekommenderas laktationshämmande behandling.

Överstimulering

Känsligheten hos myometriet för prostaglandin ökar med gestationslängden. Överstimulering och uterusruptur under andra trimestern hos patienter som genomgått tidigare kirurgi (sectio) har beskrivits vid prostaglandinbehandling, både med gemeprost och med misoprostol. Eftersom abortlagen i många länder är mer restriktiv än i Sverige saknas större studier som beskriver abort efter vecka 20.

Från vecka 24 rekommenderas en lägre dos av misoprostol (75). Försiktighet rekommenderas vid tidigare sectio (eller uteruskirurgi). Eventuellt kan en lägre dos misoprostol ges från graviditetsvecka 20 till kvinnor som genomgått tidigare uteruskirurgi.

Konklusion

De senaste 25 årens forskning kring mifepriston och prostaglandiner har lett till en utveckling av säkra och effektiva metoder för tidig och sen medicinsk abort. Tillgången till misoprostol har inneburit minskade kostnader och är mer fördelaktigt ur biverkningssynpunkt än gemeprostat. Möjligheten att göra prostaglandinbehandlingen hemma har lett till ökad autonomi. Utvecklingen av medicinsk abort har också i många fall lett till ett förbättrat omhändertagande och en kostnadseffektiv abortservice där barnmorskans/sjuksköterskans roll blivit framträdande. Framtiden får avgöra om metoden kan förbättras ytterligare.

Faktaruta

Publicerade rekommendationer för sen medicinsk abort (Evidensgrad 1)

- Mifepriston 600 mg, följt 36-48 timmar senare av gemeprostat 1 mg vaginalt var tredje timme, maximalt fem doser
- *Mifepriston 200/600 mg, följt 24-48 timmar senare av gemeprostat 1 mg vaginalt var sjätte timme upp till 24 timmar, därefter var tredje timme
- *Mifepriston 200 mg följt 24-48 timmar senare av misoprostol 800 µg vaginalt, därefter ges misoprostol 400 µg peroralt, var tredje timme till maximalt fyra orala doser

Exeres vid behov.

* icke registrerad behandling

Referenser

1. Swahn ML, Bygdeman M. Medical methods to terminate early pregnancy. In Baillière's clinical Obstetrics and Gynecology (ed. Bygdeman M) 1990;vol 4(2):293-306, Baillière Tindall, London.
2. Herrman W, Wyss R, Riondel A, et al. Effect d'un steroid anti-progesteron chez la femme; interruption du cycle menstruel et de la grossesse au debut. CR Acad Sci (Paris) 1982;294:933-9.
3. Kovacs L, Sas M, Resch BA, et al. Termination of early pregnancy by RU 486 - an antiprogesterone compound. Contraception 1984;29: 399-410.
4. Van Look PFA, Bygdeman M. Antiprogesterone steroids: a new dimension in human fertility regulation. In: Mulligan SR (ed) Oxford Reviews of Reproductive Biology. Oxford, England. 1989;1-60.
5. Bygdeman M, Swahn ML. Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. Contraception 1985;32: 45-51.
6. www.socialstyrelsen.se
7. Holmgren K. Women's evaluation of three early abortion methods. Acta Obstet Gynecol Scand 1992;71:616-23.
8. Henshaw RC, Naji SA, Russel IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. Brit Med J 1993;307:714-7.
9. Winikoff B. Acceptability of medical abortion in early pregnancy. Fam Plann Perspect 1995;185:142-8.
10. Grimes DA. Medical abortion in early pregnancy: A review of the evidence. Obstetrics and Gynecology 1997;89:790-6.
11. Heikinheimo O, Tevilin M, Shoupe D, Croxatto H, Lahteenmaki P. Quantitation of RU 486 in human plasma by HPLC and RIA after column chromatography. Contraception 1986 Dec;34(6):613-24.
12. Swahn ML, Wang G, Aedo AR, Cekan SZ, Bygdeman M. Plasma levels of antiprogesterone RU 486 following oral administration to non-pregnant and early pregnant women. Contraception 1986 Nov;34(5):469-81.
13. World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduced doses of mifepristone Br Med J 1993;307:532-7.
14. World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Medical abortion at 57 to 63 days gestation with a lower dose of mifepristone and gemeprost. A randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2001;80:447-51.
15. World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. Br J Obstet Gynaecol 2000;107:524-30.
16. McKinley C, Joo Thong K, Baird DT. The effect of dose of mifepristone and gestation on the efficacy of medical abortion with mifepristone and misoprostol. Hum Reprod 1993;8:1502-5.
17. World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Pregnancy termination with mifepristone and gemeprost: A multicentre comparison between repeated doses and a single dose of mifepristone. Fertil Steril 1991;56:32-40.
18. Sang GW, Weng LJ, Shao QX, Du MK, Wu XZ, Lu YL, Cheng LN. Termination of early pregnancy by two regimens of mifepristone with misoprostol and mifepristone with PG05-a multicentre randomized clinical trial in China. Contraception 1994 Dec;50(6):501-10.
19. Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. Hum Reprod 1998 Oct;13(10):2962-5.

20. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG* 2002 Nov;109(11):1281-9.
21. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception* 2002 Oct;66(4):247-50.
22. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception* 2001 Aug;64(2):81-5.
23. Allen RH, Westhoff C, De Nonno L, Fielding SL, Schaff EA, Bartley J, Brown A, Elton R, Baird DT. Curettage after mifepristone-induced abortion: frequency, timing, and indications. *Obstet Gynecol* 2001 Jul;98(1):101-6.
24. Bartley J, Brown A, Elton R, Baird DT. Double-blind randomized trial of mifepristone in combination with vaginal gemeprost or misoprostol for induction of abortion up to 63 days gestation. *Hum Reprod* 2001 Oct;16(10):2098-102.
25. von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G, et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG* 2003; 110:808-18.
26. World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion: a randomised controlled trial. *BJOG* 2001;108:738-42.
27. "Safe Abortion. Technical and Policy Guidance for Health Systems". World Health Organization 2003. Information and order form: www.who.int
28. "The care of Women Requesting Induced Abortion", Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, UK, www.rcog.org.uk
29. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *N Engl J Med* 1998 Apr 30;338(18):1241-7.
30. El-Refaey H, Rajasekar D, Abdotta M, Calder L, Templeton AA. Induction of abortion with mifepristone (RU 486) and oral and vaginal misoprostol. *N Engl J Med* 1995;332:983-7.
31. Zieman M, Fong SK, Benowitz NL, Banskter D, Darney PD. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vagina administration. *Obstet Gynecol* 1997;90:88-92.
32. Gemzell-Danielsson K, Marions L, Rodriguez A, et al. Comparison between oral and vaginal administration of misoprostol on uterine contractility. *Obstet Gynecol* 1999;93:275-80.
33. Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, Lee SW, Ho PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Hum Reprod* 2002;17:332-6.
34. Carbonell JLL, Varela L, Velazco A, Tanda R, Cabezas E, Sanchez C. Early abortion with 800 µg of misoprostol by the vaginal route. *Contraception* 1999;59:219-25.
35. Singh K, Fong YF, Prasad RN, Dong F. Does an acidic medium enhance the efficacy of vaginal misoprostol for pre-abortion cervical priming. *Hum Reprod* 1999;14:1635-7.
36. Ngai SW, Tang OS, Chan YM, Ho PC. Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: efficacy and acceptability. *Hum Reprod* 2000;15:1159-62.
37. Ho PC, Ngai SW, Liu KL, Wong GC, Lee SW. Vaginal misoprostol compared with oral misoprostol in termination of second trimester pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997;90:735-8.
38. Termination of pregnancy. *Drugs and Therapeutics Bulletin* 1998;36(2):13-5.
39. Ferner RE. Prescribing licensed drugs for unlicensed indications. *Prescriber's journal* 1995;73-8.
40. Blanchard K, Winikoff B, Ellertson C. Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy. A review of the evidence. *Contraception* 1999 Apr;59(4):209-17.
41. Swahn ML, Bygdeman M. The effect of the antiprogesterin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;95:126-34.

42. Creinin MD, Fox MC, Teal S, Chen A, Schaff EA, Meyn LA. MOD Study Trial Group. A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstet Gynecol* 2004 May;103(5 Pt 1):851-9.
43. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C, Ellertson C, Eisinger SH, Stadalius LS, Fuller L. Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. *JAMA* 2000 Oct 18;284(15):1948-53.
44. Aubeny E, Peyron R, Turpin CL, et al. Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1995;40 Suppl 2:85-91.
45. Paul ME, Mitchell CM, Rogers AJ, Fox MC, Lackie EG. Early surgical abortion: efficacy and safety. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:407-11.
46. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003 Aug 15;109(2):190-5.
47. UK Multicentre Trial. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in first trimester of pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:480-6.
48. Fiala C, Winikoff B, Helstrom L, Hellborg M, Gemzell Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception* 2004 Nov;70(5):387-92.
49. Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1997 Jul;104(7):829-33.
50. Westhoff C, Dasmahapatra R, Winikoff B, Clarke S. Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception* 2000 Mar;61(3):225-9.
51. Westhoff C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception* 2000 Dec;62(6):311-4.
52. Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2001 Sep;74(3):275-80.
53. Norman JE, Kelly RW, Baird DT. Uterine activity and decidual prostaglandin production in women in early pregnancy in response to mifepristone with or without indomethacin in vivo. *Hum Reprod* 1991 May;6(5):740-4.
54. Li CF, Wong CY, Chan CP, Ho PC. A study of co-treatment of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) with misoprostol for cervical priming before suction medical sequele. *Hum Reprod* 1993;9:2167-72.
55. Fiala C, Swahn ML, Stephansson O, Gemzell Danielsson K. The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) on medical abortion with mifepristone and misoprostol. Submitted manuscript.
56. Phelps RH, Schaff EA, Fielding SL. Mifepristone abortion in minors. *Contraception* 2001 Dec;64(6):339-43.
57. Davis A, Westhoff C, De Nonno L. Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of the American Womens Association* 2000;55:141-4.
58. Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Hum Reprod* 2002 Jan;17(1):99-102.
59. Peyron R, Aubény E, Targosz V, et al. Early pregnancy interruption with RU 486 (mifepristone) and misoprostol, an orally active prostaglandin analogue. *N Engl J Med* 1993; 328:1509-13.
60. Gonzalez CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, Sugayama SM, Da Paz JA, Huson SM, Holmes LB. Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet*. 1998 May 30;351(9116):1624-7.

61. Pons JC, Imbert MC, Elefant E, Roux C, Herschkorn P, Papiernik E. Development after exposure to mifepristone in early pregnancy. *Lancet* 1991 Sep 21;338(8769):763.
62. Xu J, Chen H, Ma T, Wu X. Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet* 2001 Mar;72(3):245-51.
63. Ulmann A, Silvestre L, Chenama L, et al. Medical termination of early pregnancy with Mifepristone (RU 486) followed by a prostaglandin analogue. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:278-83.
64. Fiala C, Fux M, Gemzell Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003 Oct;82(10):892-903.
65. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Medical abortion at 64 to 91 days of gestation: a review of 483 consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol* 2003 May;188(5):1315-9.
66. Webster D, Penney GC, Templeton A. A comparison of 600 and 200 mg mifepristone prior to second trimester abortion with the prostaglandin misoprostol. *Br J Obstet Gynaecol* 1996 Jul;103(7):706-9.
67. Rodger MW, Baird DT. Pretreatment with mifepristone (RU 486) reduces interval between prostaglandin administration and expulsion in second trimester. *Br J Obstet Gynaecol* 1990 Jan;97(1):41-5.
68. Ngai SW, Tang OS, Ho PC. Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3 h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Hum Reprod* 2000 Oct;15(10):2205-8.
69. Wong KS, Ngai CS, Yeo EL, Tang LC, Ho PC. A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: a randomized comparative trial. *Hum Reprod* 2000 Mar;15(3):709-12.
70. el-Refay H, Templeton A. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Hum Reprod* 1995 Feb;10(2):475-8.
71. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception* 2004 Jan;69(1):51-8.
72. Ashok PW, Templeton A. Nonsurgical midtrimester termination of pregnancy: a review of 500 consecutive cases. *Br J Obstet Gynaecol* 1999 Jul;106(7):706-10.
73. Gemzell Danielsson K, Ostlund E. Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000 Aug;79(8):702-6.
74. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG* 2004 Sep;111(9):996-1000.
75. Wagaarachchi PT, Ashok PW, Narvekar NN, Smith NC, Templeton A. Medical management of late intrauterine death using a combination of mifepristone and misoprostol. *BJOG* 2002 Apr;109(4):443-7.

Kirurgisk abort

Jan Brynhildsen

Kirurgiska ingrepp för avbrytande av graviditet är den vanligaste abortmetoden globalt sett. Under första trimestern används främst vakuumaspiration medan efter 12:e veckan den vanligaste metoden är D & E (dilatation och evacuation). Kirurgisk abort, åtminstone under första trimestern, kan idag (2006) betraktas som ett mycket säkert ingrepp med förhållandevis liten komplikationsrisk. Dock innebär den stora volymen av ingrepp att vi i den ”gynekologiska vardagen” förhållandevis ofta stöter på patienter med olika följdillstånd efter inducerad abort. Det är därför utomordentligt viktigt att varje praktiserande gynekolog känner till de risker och komplikationer som kan inträffa efter abort och att dessa handläggs på ett adekvat sätt. Detta gäller även om man i sin vardagliga, kliniska verksamhet inte utför abort.

Utfall i relation till graviditetslängd

Starka belägg finns (1,2,3) för att ju tidigare under graviditeten aborten genomförs, desto mindre är komplikationsrisken

med undantag för risken för inkomplett abort (evidensgrad 2-3). Ferris et al (1) fann en relativ komplikationsrisk, oavsett typ av komplikation, på 1.3 (1.02-1.63) för aborter utförda graviditetsvecka 9-12 och en relativ risk på 3.3 (2.23-5.00) för ingrepp utförda under graviditetsvecka 17-20 jämfört med ingrepp före nio fulla graviditetsveckor. Buehler et al (3), fann att den relativa komplikationsrisken ökade med 42 procent för varje graviditetsvecka efter tolv fulla veckor.

I en genomgång över mortalitet i samband med legal abort i USA 1972-1987 fann Lawson et al (4) likaså stöd för att risken ökade med gestationslängd. Aborter som utfördes senare än 16:e veckan var associerade med en 15 gånger ökad mortalitetsrisk och kvinnor äldre än 40 år hade en tre gånger ökad risk att avlida jämfört med tonåringar. Det finns alltså starkt stöd för värdet av en hög tillgänglighet i abortvården och snabb tillgång till tider för ingrepp/behandling.

Under perioden 1972 till 1987 sjönk mortaliteten från 4.1/100 000 ingrepp till 0.4/100 000 och det kan finnas skäl att

tro att introduktionen av nya, medicinska metoder har sänkt mortalitetssiffrorna ytterligare (5). Av dödsfallen var drygt 40 procent relaterade till anestesi eller tromboembolism och knappt hälften till infektion eller trauma/blödning. Dessa mortalitetstal måste ses i ljuset av den risk som är associerad med osäkra aborter (se detta kapitel) och kan likaså jämföras med mödramortalitetstal på mellan fem och tio per 100 000 *fullgångna* graviditeter (6) och ett mål att reducera dödstaten till 3.3/100 000 fullgångna graviditeter (7).

Faktaruta

Ökande graviditetslängd medför ökad risk vid abortingrepp. Hög tillgänglighet i abortvården minskar väntetider och kan förebygga komplikationer.

Val av metod under första trimestern
Begreppet kirurgisk abort omfattar ett flertal olika metoder men innebär i västerländsk klinisk praxis idag att uteruskaviteten utryms med vacuumaspiration (VA) och eventuellt också trubbig curette efter föregående dilatation av cervikalkanalen. Ett fåtal äldre studier har jämfört VA med ”skrapning” med skarp curette (8). Endast mindre skillnader mellan metoderna kunde hittas men VA var förknippat med betydligt kortare operationstid. Det kan idag anses klarlagt att VA är den metod som skall användas vid kirurgisk abort (evidensgrad 2-3). Både elektriska och

manuella vacuumsugar finns tillgängliga och används i Sverige. Båda metoderna är effektiva, säkra och accepterade av såväl patienter som gynekologer (9-13) (evidensgrad 1). Den manuella vacuumaspirationen är associerad med längre operationstid (9).

Faktaruta

Kirurgisk abort under första trimestern skall utföras som vacuumaspiration. Både elektrisk och manuell vacuumasug kan användas.

Vid vilka graviditetslängder kan VA rekommenderas?

Vid graviditetslängd mellan nio och tolv veckor är kirurgisk abort idag standardmetod. Någon nedre tidsgräns för när kirurgisk abort kan/får utföras finns inte men data talar idag för att ingreppet blir avsevärt mer osäkert vid graviditetslängd kortare än sju veckor. Vid dessa graviditetslängder har cirka en procent fortsatt graviditet efter ingreppet.

Att alla aborter inte lyckas/blir kompletta är ett välkänt faktum bland gynekologer men mindre känt i befolkningen i allmänhet. Inte sällan förekommer detta som ärenden i HSN. Inkompleta aborter/fortsatt graviditet förekommer efter alla idag tillgängliga abortmetoder avseende tidig abort. Kaunitz (14) rapporterade 2.3/1000 inkompleta ingrepp efter vacuumaspiration med högst risk vid graviditetslängd kortare än sju veckor. Risken för inkomplett abort är tre gånger

ökad vid kirurgisk abort före sju fulla graviditetsveckor jämfört med graviditetslängd 7-12 veckor (14, evidensgrad 2). Risken för fortsatt graviditet kan sannolikt sänkas om utbytet granskas eller ultraljud utföres postoperativt.

I svensk tradition har vanligtvis kirurgisk abort genomförts t o m tolv fulla graviditetsveckor. Vid graviditetslängder över tolv veckor är sen medicinsk abort att rekommendera och att betrakta som förstahandsval (se detta kapitel). Dock kan även primär kirurgisk abort utföras men är då i större utsträckning än tidiga ingrepp beroende av erfarenhet och skicklighet hos ansvarig operatör (evidensgrad 3). I Sverige rör det sig om förhållandevis få aborter vid dessa graviditetslängder och alltför få gynekologer skulle få en acceptabel erfarenhet av ingrepp vid dessa graviditetslängder. Child et al (15) visade att morbiditeten efter kirurgisk abort var direkt korrelerad till graviditetslängd och erfarenheten hos ansvarig operatör. Man kan härigenom dra slutsatsen att kirurgisk abort i allmänhet, och sena ingrepp i synnerhet, inte skall läggas på oerfarna operatörer annat än under noggrann handledning.

Faktaruta

Vid gestationslängd <49 dagar bör i första hand medicinsk abort rekommenderas. Om istället kirurgisk abort görs skall operatören på adekvat sätt förvissa sig om utbytet. Operatörens erfarenhet och skicklighet är av stor betydelse.

Lokalbedövning eller generell anestesi?

Både lokalbedövning i form av paracervikalblockad (PCB) och generell anestesi används idag. PCB kan ges med 2-4 injektionsställen men ingen skillnad i smärtlindrande effekt har kunnat iakttagas (16, evidensgrad 1). Olika metoder för generell anestesi jämfördes av DeJonge et al (17) utan att man kunde finna några avgörande skillnader (evidensgrad 3).

Både generell anestesi och PCB kan betraktas som säkra med låg komplikationsfrekvens men VA i generell anestesi förknippas med ökad mängd komplikationer i form av blödning, cervixskada och perforation (18,19, evidensgrad 2) jämfört med ingrepp i lokalanestesi. Lawson et al (4) rapporterade vidare att den vanligaste orsaken till död i samband med abort var komplikationer till generell anestesi utan direkt koppling till ingreppet i sig. Det bör dock poängteras att flertalet studier är gamla och rör äldre narkosmedel som idag inte används. För moderna narkosmedel saknas data i detta avseende. VA i lokalbedövning ger sannolikt färre komplikationer än VA i generell anestesi och bör i första hand rekommenderas.

Endast ett fåtal studier har fokuserat på kvinnans upplevelser av ingreppet i relation till anestesiform. En indisk studie (20) visade att 60 procent valde generell anestesi och att kvinnor i båda grupperna generellt sett var nöjda med sitt val av anestesi metod. Data från Sverige saknas men tolkningen är att det är viktigt att tillhandahålla båda anestesi metoderna för att underlätta kvinnans möjlighet att hitta en för henne optimal metod.

Faktaruta

Kirurgisk abort kan genomföras antingen under generell anestesi eller i lokalbedövning då båda dessa anestesiformer har acceptabel säkerhet. Båda metoderna skall tillhandahållas för att den enskilda kvinnan skall kunna hitta en för henne acceptabel/optimal metod.

Förbehandling av cervix ("cervical priming")

Det är välkänt att ung ålder hos patienten är en stark riskfaktor för cervixskada i samband med kirurgisk abort (21, evidensgrad 2). Likaså innebär ökande gestationslängd en ökad risk för perforation (2, evidensgrad 2-3). Att förbehandla cervix (cervical priming) reducerar båda dessa risker signifikant (2,21, evidensgrad 2-3.). Flertalet äldre studier har fokuserat på användning av laminaria. En stor randomiserad multicenterstudie (22) kunde visa att förbehandling med prostaglandin reducerade komplikationsfrekvensen signifikant vid kirurgisk abort (evidensgrad 1). Jämförelse mellan Misoprostol 400 microgram vaginalt och 400 microgram oralt visar att de olika administrationsvägarna ger jämförbara effekter avseende cervical priming men den orala administrationsvägen uppvisar mer gastrointestinala biverkningar (23). Sammantaget visar nyare studier (24,25) att den mest optimala regimen avseende effekt, biverkningar och kostnader är

misoprostol 400 microgram vaginalt tre timmar innan abortingreppet (evidensgrad 2). Denna behandlingsregim är väldokumenterad och har högt evidensvärde men idag (2006) är regimen inte registrerad.

Förbehandling kan med fördel erbjudas samtliga kvinnor som genomgår kirurgisk abort. Det skall dock alltid ges till kvinnor yngre än 18 år, kvinnor som ej genomgått vaginal förlossning och vid graviditetslängd över tio fulla graviditetsveckor. Ett effektivt alternativ för cervixmognad är mifepristone (Mifegyn[®]) som dock kräver längre tid för optimal effekt.

Faktaruta

Förbehandling av cervix inför kirurgisk abort skall ske när kvinnan uppfyller något av följande kriterier

- Yngre än 18 år
- Kvinnor som ej genomgått vaginal förlossning
- Gestationslängd över 10+0 veckor
- Rekommenderad, evidensbaserad men ej registrerad, behandling är Misoprostol 400 microgram vaginalt eller peroralt tre timmar innan ingreppet
- Andra registrerade och rekommenderade behandlingar är gemeprost 1 mg minst tre timmar och högst fem timmar innan ingreppet eller mifepristone 200 mg oralt 24-48 timmar innan ingreppet (26, evidensgrad 2)

Uterusperforation i samband med kirurgisk abort

Uterusperforation är en ovanlig komplikation. I olika material varierar förekomsten mellan 1 och 4/1000 abortingrepp (27-30). I ett svenskt material från Stockholm (27) omfattande närmare 85 000 aborter 1982-1992 fann man 1.7 perforationer per 1 000 abortingrepp. Flertalet studier är retrospektiva långtidsuppföljningar med förhållandevis lågt bevisvärde (evidensgrad 3).

Ökande gestationslängd innebär en ökad risk för perforation (2, evidensgrad 2-3). Likaså är kraftigt retro/anteflektion av uterus, myom och uterusanomalier associerat med en ökad perforationsrisk.

Ett intressant fynd gjordes av Kaali et al (29) vilka studerade perforationer i ett material omfattande 6 408 kvinnor som genomgick abortingrepp. Man fann här en perforationsfrekvens om 1.3/1000 ingrepp. Vidare studerade man perforationsförekomsten i samband med 706 aborter som gjordes i direkt anslutning till laparoskopisk sterilisering. Man fann här tecken till perforation i 14 fall, eller 19.8/1000 abortingrepp vilket starkt talar för att antalet perforationer underskattas men också för att flertalet perforationer inte heller vållar någon stor skada. Misstanke om perforation skall dock alltid medföra ökad observation och förhöjd beredskap och patienten skall kvarstanna

på sjukhus! I Stockholmsstudien 1982-1992 (27) förekom 145 perforationer. I knappt hälften av fallen genomfördes akut laparotomi. Man fann signifikant blödning och/eller laceration vid en fjärdedel av alla laparotomier men inga fall av tarmskada. Konklusionen från denna studie, liksom från andra, är att man kan rekommendera en konservativ behandlingsregim i de fall där man inte finner tecken till fortsatt/pågående blödning, ökande smärta eller tecken till peritonit (evidensgrad 3).

Misstanke om perforation uppkommer oftast tidigt under ingreppet. Man bör då omedelbart avbryta ingreppet och observera patienten. Vidare handläggning får styras av den kliniska bilden. När den kliniska bilden är stabil avslutas abortingreppet. Det hittills rapporterade förfarings sättet har varit att genomföra en kirurgisk abort med samtidig laparoskopi - ”under ögats kontroll”. Ett annat, mer skonsamt förhållningssätt som används i allt större utsträckning är att omedelbart avbryta det kirurgiska ingreppet. Om inga tecken till komplikation i övrigt uppenbarar sig kan man istället för kirurgisk abort ”under ögats kontroll” (se ovan) härefter gå vidare med ett medicinskt avbrytande. Dokumentation saknas (!) avseende denna handläggning men många har rapporterat stor framgång med detta, betydligt skonsammare, förfarings sätt.

Faktaruta

- Uterusperforation är ovanligt men också med stor sannolikhet underdiagnostiserat. Flertalet fall får inga konsekvenser.
- Risken för perforation kan minskas med adekvat förbehandling av cervix och tidiga ingrepp.
- Om misstanke om perforation - avbryt ingreppet och observera patienten.
- Fortsätt/avsluta abortingreppet antingen som medicinsk abort eller som kirurgisk abort men då under samtidig laparoskopi ("under ögats kontroll").

Prevention av postoperativa infektioner

Genital infektion av varierande svårighetsgrad uppkommer efter upp till tio procent av legala aborter (31-34, evidensgrad 3). Förekomst av *C.trachomatis*, *N. Gonorrhoea* eller bakteriell vaginos vid tidpunkten för aborten är associerat med en ökad risk (35-37, evidensgrad 3). I en meta-analys avseende profylaktisk antibiotikabehandling i samband med abort kunde Sawaya och medarbetare (39) visa att profylaktisk antibiotika i samband med ingreppet halverade antalet postoperativa infektioner (evidensgrad 1). Jämförelser mellan allmän antibiotikaproxylax och ett screeningprogram har visat likvärdiga utfall men en dubbel kostnad för screeningprogrammet (40, evidensgrad 2).

Trots att kostnaden är högre är det ett mer adekvat förhållningssätt att vara noggrann med screening i samband med rådgivningstillfället. Allmän chlamydiaprovtagning, andra bakterieodlingar såsom GC i riskpopulationer, samt diagnostik av bakteriell vaginos (36) har visats kunna reducera antalet infektioner efter abort avsevärt (evidensgrad 2).

En allmän profylaktisk behandling innebär på sikt en avsevärd risk för bakterieekologisk påverkan och utveckling av resistenta bakteriestammar varför modellen med screening och behandling av positiva patienter starkt är att rekommendera. Denna metod ger, förutom en god infektionsbehandling och färre komplikationer, också möjlighet till **smittspårning** vilket får betraktas som det kanske starkaste argumentet för screening.

Vid de tillfällen då en adekvat diagnostik inte kunnat genomföras kan man eventuellt överväga profylaktisk behandling med Metronidazol 1g peroperativt samt doxycyklin i sedvanlig dosering som vid chlamydiabehandling.

Faktaruta

Vid abortrådgivningstillfället **skall** patienter erbjudas provtagning avseende *C.trachomatis* och diagnostik av bakteriell vaginos. Ytterligare undersökningar rekommenderas i riskpopulationer. Vid utebliven provtagning eller avsaknad av analysvar bör profylaktisk behandling övervägas.

Blödning

Riklig blödning i samband med abortingrepp är ovanligt. Dock är bristen på kontrollerade studier påtaglig. Likaså är definitionerna av blödningsmängd/riklig blödning illa definierade.

I medeltal blöder en kvinna cirka tio dagar efter kirurgisk abort (41). Blödningsmängderna är dock svåra att skatta. I den engelska abortstatistiken för 1998 anges att riklig blödning komplicerar 1.2/1000 aborter vid graviditetslängder kortare än 13 veckor och 8.5/1000 om graviditetslängden överskrider 20 veckor. Data antyder transfusionskrävande blödning vid 0.5-2/1000 aborter (42,43). På många håll används rutinmässigt uteruskontraherande läkemedel i syfte att minska blödningsmängd. Två små randomiserade studier (44,45, evidensgrad 2-3) har båda kunnat visa en reduktion av blödningsmängd med rutinmässig tillförsel av uteruskontraherande läkemedel (oxytocin, metylergometrine) jämfört med placebo. Biverkningar i form av illamående och kräkningar förekom oftare efter behandling med metylergometrine (44). Dock är förekomsten av riklig blödning så pass sällsynt att det kan diskuteras huruvida det är rimligt att rutinmässigt ge uteruskontraherande läkemedel. Om man väljer att göra detta är sannolikt oxytocin förknippat med lägre biverkningsfrekvens än metylergometrine.

Behövs Rh-profylax?

Behandling med Rh-profylax (Anti-D) i samband med abort har under de senaste åren ifrågasatts (SOSFS 2000:2). Nyttan av Rh-profylax efter *kirurgisk* abort får anses klarlagd (46, evidensgrad 2-3). Rekommenderad dos är 625 IE (125 µg) vid graviditetslängd mindre än 12 veckor och 1250 IE (250 µg) vid graviditetslängder över tolv veckor.

Faktaruta

Risken för transfusionskrävande blödning är ytterst liten. Förbehandling med mifepristone eller prostaglandin kan ytterligare minska blödningsrisken. Nyttan av rutinmässigt bruk av uteruskontraherande läkemedel såsom oxytocin eller metylergometrin (Methergin®) kan diskuteras.

Referenser

1. Ferris L, McMain-Klein, Colodorey N. Factors associated with immediate abortion complication. Canadian Medical Association Journal 1996;154:1677-85.
2. Grimes DA, Schulz KF, Cates WR Jr. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. JAMA 1984;251:2108-11.
3. Buehler JW, Schulz KF, Grimes DA, Hogue. The risk of serious complications from induced abortion. Do personal characteristics make a difference. Am J Obstet Gynecol 1985;153:14-9.
4. Lawson HW, Frye A, Atrash HK, Smith JC, Shulman HB, Ramick M. Abortion mortality, United States 1972 through 1987. Am J Obstet Gynecol 1994;171:1365-71.

5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No 7. RCOG press, London, 2004.
6. Mascola MA, Schellpfeffer MA, Kruse TK, Conway AE, Kvale KM, Katcher ML. Pregnancy-associated deaths and pregnancy-related deaths in Wisconsin 1998-2001. *WMJ* 2004; 103(5):61-6.
7. Horon IL. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *Am J Public Health* 2005 Mar;95(3):478-82.
8. Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4).
9. Edelman A, Nichols MD, Jensen J. Comparison of pain and time of procedures with two first-trimester abortion techniques by resident and faculty. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184: 1564-7.
10. Hemlin J, Moller B. Manual vacuum aspiration, a safe and effective alternative in early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:563-7.
11. Bird ST, Harvey SM, Nichols MD, Edelman A. Comparing the acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration as methods for early abortion. *J Am Womens Assoc* 2001;56:124-6.
12. Bird ST, Harvey SM, Beckman LJ, Rogers K, Blumenthal PD. Similarities in women's perceptions and acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration for first trimester abortion. *Contraception* 2003; 67:207-12.
13. Dean G, Cardenas L, Darney P, Goldberg A. Acceptability of manual versus electric aspiration for first trimester abortion: a randomised trial. *Contraception* 2003;67:201-6.
14. Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA, Schulz KF. Abortions that fail. *Obstet Gynecol* 1985; 66:533-7.
15. Child TJ, Thomas J, Rees M, McKenzie IZ. Morbidity of first trimester aspiration termination and the seniority of the surgeon. *Hum Reprod* 2001;16:875-8.
16. Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Int J Gynecol Obstet* 2001;72:171-8.
17. DeJonge ETM, Pattison RC, Makin JD, Venter CP. Is ward evacuation for uncomplicated incomplete abortion under systemic analgesia safe and effective? A randomised clinical trial. *S Afr Med J* 1994;84:481-3.
18. MacKay HT, Schulz KF, Grimes DA. Safety of local versus general anesthesia for second trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstet Gynecol* 1985;66:661-5.
19. Grimes DA, Schulz KF, Cates W Jr, Tyler CW. Local versus general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1979;135:1030-5.
20. Clark S, Krishna U, Kallenbach L, Mandlekar A, Raote V, Ellertson C. Women's preferences for general or local anesthesia for pain during first trimester surgical abortion in India. *Contraception* 2002;66:275-9.
21. Schulz KF, Grimes DA, Cates W Jr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983 May 28;1 (8335):1182-5.
22. World Health Organisation Special Programme of Research. Vaginal administration of 15-methyl-PGF_{2a} methyl ester for preoperative cervical dilation. *Contraception* 1981; 23:251-9.
23. Ngai SW, Tang OS, Ho PC. The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Hum Reprod* 1999 Aug;14(8):2139-42.
24. Singh K, Fong YF, Prasad S, Dong F. Randomised trial to determine optimal use of vaginal misoprostol for pre-abortion cervical priming. *Obstet Gynecol* 1998;80:795-8.
25. Fong YF, Singh K, Prasad S. A comparison study using two dose regimens (200 micrograms or 400 micrograms) of vaginal misoprostol for pre-operative cervical dilatation in first trimester nulliparae. *Br J Obstet Gynecol* 1998;105:413-7.
26. Henshaw RC, Tempelton AA. Pre-operative cervical preparation before first-trimester vacuum aspiration: a randomized controlled

- comparison between gemeprost and mifepristone (RU486). *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:1025-30.
27. Lindell G, Flam F. Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:373-5.
28. Hakim-Elahi E, Thm M, Burnhill MS. Complications after first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990; 76:129-35.
29. Kaali SG, Szigetvari IA, Barttfai GS. The frequency and management of uterine perforation during first trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:406-8.
30. Heisterberg L, Kringelbach M. Early complications after induced first-trimester abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987;66:201-4.
31. Sonne-Holm S, Heisterberg L, Hebjoorn S, Dyring-Andersen K, Andersen JT, Hejl BL. Prophylactic antibiotics in first-trimester abortions: a clinical controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:693-6.
32. Krohn K. Investigation of the prophylactic effect of tinidazole on the postoperative infection rate of patient undergoing vacuum aspiration. *Scand J Infect Dis Suppl* 1981;26:101.3.
33. Westrom L, Svensson L, Wolner-Hanssen P, Mardh PA. A clinical double-blind study on the effects prophylactically administered single-dose tinidazole on the occurrence of endometritis after first-trimester legal abortion. *Scand J Infect Dis Suppl* 1981;26:104-9.
34. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Theijls H, Forsum U, Phålson C. Incidence of pelvic inflammatory disease after legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: a double blind randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166: 100-3.
35. Darj E, Stralin EB, Nilsson S. The prophylactic effect of Doxycycline on postoperative infection rate after first-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 1987;70:755-8.
36. Westergaard L, Philipson T, Schleibel J. Significance of cervical Chlamydia trachomatis infection rate in preabortal pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 1982;60:322-5.
37. Qvigstad E, Skaug K, Jerve F, Fylling P, Ullstorp JC. Pelvic inflammatory disease associated with Chlamydia trachomatis infection after therapeutic abortion. *Br J Venereal Dis* 1983; 59:189-92.
38. Morton K, Regan L, Spring J, Houang E. A further look at infection at the time of therapeutic abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990;37:231-6.
39. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowski K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996;87: 884-90.
40. Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R, et al. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *Br J Obstet Gynecol* 1998;105:599-604.
41. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. *Hum Reprod* 1994 Nov;9(11):2167-72.
42. MacIsaac L, Darney O. Early surgical abortion. An alternative to and backup for medical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2000;83:76-83.
43. Freedman MA, Jillson DA, Coffin RR, et al. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *Am J Publ Health* 1986;76:550-4.
44. Garroich DB, Gilbert JR, Planteuin OM. Choice of ebolic and the morbidity of day-case terminators of pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;88:1029-32.
45. Ali PB, Smith G. The effect of syntocinon on blood loss during first trimester suction curetage. *Anaesthesia* 1996;51:483-5.
46. Jabara S, Bankhart KT. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion. A review. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:623-7.

Senkomplikationer till abort

Jan Brynhildsen

Under denna rubrik diskuteras eventuella senkomplikationer som inte är direkt förknippade med själva ingreppet och inte heller med abortmetod.

Framtida graviditeter

Diskussioner har förts huruvida inducerad abort (kirurgisk) skulle kunna leda till framtida fertilitetsproblem samt risk för missfall/prematur förlossning. Dessa risker har med all sannolikhet inget med aborten i sig att göra utan är istället följder av infektioner eller traumata som uppkommit i samband med, eller till följd av, abortingreppet.

Kvinnor som genomgår kirurgisk abort i länder där abort är illegal löper sannolikt en ökad risk för framtida infertilitet medan det idag finns starka belägg för att en okomplicerad legal abort *inte* leder till ökad risk för framtida infertilitetsproblematik.

En studie (1) har funnit en signifikant ökad risk för framtida infertilitet medan flertalet andra studier inte kunnat påvisa något signifikant samband (2,3,4 evidensgrad 2-3).

När det gäller framtida risker för missfall/prematur förlossning är data motsägelsefulla men det finns idag inga entydiga bevis för att en genomgången legal abort skulle öka risken för framtida prematur förlossning. I två kohortstudier (5,6) kunde man inte påvisa någon ökad risk för prematurbörd medan en fall-kontroll studie (7) och en tvärsnittsstudie (8) kunde påvisa samband. Det kan inte uteslutas att skillnaderna i resultat är beroende av epidemiologisk metodik. Möjligen är graden av dilatation (gestationslängden) korrelerad till risken för framtida missfall på grund av cervixinsufficiens (6).

Psykologiska komplikationer

Endast en mindre grupp kvinnor riskerar att på lång sikt uppleva negativa psykologiska följder. Den psykologiska stress som abortbeslutet innebär för många kvinnor medför ofta ett krissituationsliknande tillstånd men i flertalet fall medför detta inga långtidssequelae.

Dagg (9) gjorde en genomgång av över 200 arbeten avseende psykologiska långtidskonsekvenser efter abort och fastslog,

att ”negativa sequelae endast drabbar en liten minoritet av alla kvinnor, och när dessa symtom väl uppkommer är de oftast en följd av en symtomatologi som fanns närvarande även innan aborten genomfördes. Många kvinnor som nekas abort uppvisar symtom som fortlöper under många år” (Fritt översatt JB). Det verkar alltså möjligt att identifiera en riskpopulation i samband med rådgivning och det är av stor vikt att vid abortrådgivningen, **och** i samband med själva abortingreppet, försöka att identifiera högriskpatienter även i detta avseende för att kunna erbjuda uppföljning, stöd och eventuell vidareremittering till specialist.

Bröstcancer

Ett flertal studier har fokuserat på huruvida inducerad abort skulle kunna öka risken för att utveckla bröstcancer. Den bakomliggande teorin bygger på att en fullgången graviditet skyddar mot bröstcancer genom att framkalla en komplett celldifferentiering av den prolifererande bröstvävanden under slutet av graviditeten. Den avbrutna graviditeten skulle då teoretiskt framkalla en proliferation som dock inte kommer att nå fram till den slutliga, kompletta differentieringen under slutet av graviditeten.

Ett drygt 50-tal studier har fokuserat på detta samband och har sammanställts i olika metaanalyser. Dessa har dock kommit till olika slutsatser. Wingo et al (10) genomförde en systematisk review (representerad i Cochrane) i vilken man inte kunde finna något övertygande samband mellan legal abort och bröstcancer. Brind (11) sammanställde samma studier (!) men kom till motsatt resultat! Ett stort problem med fall-kontrollstudier i just detta avseende är risken för ”recall-bias” då viljan att rapportera tidigare aborter kan skilja sig avsevärt mellan fall- och kontrollgrupperna. I mars 2004 publicerades i Lancet ytteligare en stor metaanalys inkluderande 53 studier (12, evidensgrad 2). I denna studie separerade man prospektiva studier och fall-kontrollstudier och fann en RR på 0.93 (0.89-0.96), alltså snarast en minskad risk! Man konkluderade att tidigare svårtolkade data med största sannolikhet orsakats av recall-bias, det vill säga att kvinnor som drabbats av bröstcancer var mer benägna att rapportera genomgångna aborter jämfört med ett kontrollmaterial. Även en svensk studie (13) kom till samma resultat, det vill säga snarast en lägre risk. Sammantaget finns idag alltså inte belägg för att genomgången legal abort (eller missfall) ökar risken för framtida bröstcancer (evidensgrad 2).

Faktaruta

- Okomplicerad inducerad abort ökar inte risken för framtida infertilitet.
- Inga säkra belägg finns för att inducerad abort medför ökad risk för framtida missfall. Möjligtvis kan en kraftig cervixdilatation medföra en ökad risk.
- Endast en liten grupp kvinnor löper risk att drabbas av negativa psykologiska följder. Denna grupp har ofta symtom redan innan aborten och bör i möjligaste mån identifieras vid rådgivningstillfället.
- Inga belägg finns för att genomgången inducerad abort ökar risken för framtida bröstcancer.

Referenser

1. Tzonou A, Hsieh CC, Trichopolous D, Arvandinos D. Induced abortions, miscarriages and tobacco smoking as risk factors for secondary infertility. *J Epidem Comm Health* 1993;47:36-9.
2. Daling JR, Spadoni LR, Emanuel I. Role of induced abortion in secondary infertility. *Obst Gynecol* 1981;57:59-61.
3. Daling JR, Weiss NS, Voigt L, Soderstrom R, Moore DE, et al. Tubal infertility in relation to prior induced abortion. *Fertility & Sterility* 1985;43:389-94.
4. Hernandi Z, Smid I, Lampe L. Impact of pregnancy termination on subsequent fertility. *Acta Medica Hungarica* 1986;43:155-60.
5. Dalaker K, Lichtenberg SM, Okland G. Delayed reproductive complications after induced abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979;58:491-4.
6. Meirik O, Nygren KG, Bergstrom R, Gunsjo A. Outcome of delivery subsequent to induced vacuum aspiration abortion in parous women. *Am J Epidem* 1982;116:415-29.
7. Berkowitz GS. An epidemiologic study of preterm delivery. *Am J Epidem* 1981;113:81-92.
8. Martius JA, Steck T, Oehler MK, Wulf KH. Risk factors associated with preterm (<37+0) and early preterm birth (< 32+0) univariate and multivariate analyses of 106 345 singleton births from 1994 statewide perinatal survey of bavaria. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol* 1998;80:183-9.
9. Dagg PK. The psychosocial sequelae of therapeutic abortion - denied and completed. *Am J Psychiatry* 1991;148:579-85.
10. Wingo PA, Newsome K, Marks JS. The risk of breast cancer following spontaneous or induced abortion. *Cancer causes and control* 1997;8:93-108.
11. Brind J, Chinchilli VM, Severs WB, Summy-Long J. Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a comprehensive review and meta-analysis. *J Epidem Comm Health* 1996;50:481-96.
12. Beral V, Bull D, Doll R, Peto R, Reeves G. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83,000 women with breast cancer from 16 countries. *Lancet* 2004;363:1007-16.
13. Erlandsson G, Montgomery SM, Cnattingius S, Ekblom A. Abortions and Breast cancer: record-based case-control study. *Int J Cancer* 2003;103:676-9.

Preventivmedel efter abort

Viveca Odling

Studier bland abortsökande kvinnor visar att en stor andel har försökt skydda sig. Bland abortsökande i en stor enkätundersökning från 2002 uppgav 63 procent att de använt preventivmedel (1). I andra svenska studier bland abortsökande kvinnor uppgav mellan 20 procent och 50 procent att de hade försökt skydda sig (2-6). Bland dem som inte skyddat sig svarade många att de inte trott sig kunna bli gravida eller att de ”tog risken”. Studier visar också att många abortsökande kvinnor avstått från preventivmetoder på grund av oro för biverkningar med olika metoder eller hade erfarenhet av biverkningar då de tidigare använt preventivmedel.

Kombinerade p-piller är den mest använda preventivmetoden bland unga kvinnor, men antalet användare har under de senaste 30 åren varierat mellan 440 000 och 320 000 årsanvändare. En tillfällig minskning av antalet användare brukar noteras efter olika ”larm” i media. En minskad p-pilleranvändning på grund av oro för potentiella allvarliga biverkningar har därför framkastats som en möjlig förklaring till stigande

abortsiffror. I en populationsstudie från Göteborg bland ett slumpmässigt urval 19-åriga kvinnor födda 1962 respektive 1972 har kvinnor tillfrågats varför de avslutat p-pilleranvändning. I båda kohorterna var det vanligaste angivna skälet oro för eventuella biverkningar (1). Att oro för biverkningar har betydelse bekräftades i en studie av Ingelhammar et al. där preventivmedelsanvändning bland abortsökande kvinnor jämfördes med en grupp kvinnor som fullföljde sin graviditet (7).

Studier och klinisk erfarenhet tyder på att motivationen att påbörja användning av preventivmedel är stor i anslutning till en abort (2,4). Dessa studier har också visat att preventivmedelsanvändning efter aborten minskar med tiden och vid uppföljning något år efter aborten har många slutat med en högeffektiv metod. Detta faktum kan tolkas så att kvinnan ofta är starkt motiverad att påbörja preventivmedelsanvändning, men att biverkningar, oro, missnöje med metoden eller minskad motivation så småningom blir mer viktiga när viss tid förflutit efter aborten.

Hur bör rådgivningen ges?

- Oavsett när preventivmedelsrådgivning ges är det viktigt att patientens uppfattning och önskemål är i fokus.
- En 'övertalad' patient kommer sannolikt snart att sluta medan den patient som fattat ett eget beslut på basis av god information troligen blir en bättre preventivmedelsanvändare.
- Vilken metod som bör rekommenderas begränsas endast av förekomst av kontraindikation eller negativ tidigare erfarenhet.
- Alla metoder bör övervägas och det är bättre att 'någon' metod används än ingen metod alls.
- Kvalitativt god rådgivning om preventivmedel är en viktig del i det abortförebyggande arbetet.
- Har kvinnan tidigare haft problem med preventivmedel eller visar tecken på ambivalens eller osäkerhet gentemot vald metod, kan ett uppföljningsbesök med möjlighet för frågor och stöd vara värdefullt.

Preventivmedel efter kirurgisk abort

Vid en okomplicerad *kirurgisk* abort i första trimestern kan koppar- eller hormonspiral sättas direkt efter det att uterus är tömd utan att risken för postoperativa infektioner ökar. Hormonella metoder kan påbörjas samma dag eller dagen efter ingreppet.

Preventivmedel efter medicinsk abort i första trimestern

Vid *medicinsk* abort i första trimestern kan hormonella metoder initieras dagen efter aborten (dvs efter prostaglandinbehandlingen) eller senast två veckor efter aborten. Det är inte möjligt att i ett individuellt fall fastslå när den första ovulationen efter medicinsk abort sker. Spiralinsättning kan ske efter kontrollbesöket om uterus är väl involverad och infektionstecken saknas, men kan ofta lämpligen uppskjutas till efter första menstruationen efter en medicinsk abort. Dokumentation om tidigare insättning av spiral efter medicinsk abort är begränsad, men studier pågår.

Preventivmedel efter abort i andra trimestern

Efter en andratrimesterabort bör, på grund av ökad risk för utstötning, spiralinsättning inte ske förrän uterus har återfått normalstorlek, lämpligen efter första menstruationen efter aborten. Övriga metoder kan initieras direkt efter en andratrimesterabort såsom efter abort i första trimestern.

Faktaruta

Faktorer att beakta vid preventivmedelsrådgivning i anslutning till abort:

- Kvinnan är ofta starkt motiverad att påbörja preventivmedelsanvändning.
- Många kvinnor har försökt men misslyckats med sin preventivmedelsanvändning.
- Många kvinnor har upplevt uttalade biverkningar med en eller flera metoder.
- Många kvinnor har avstått på grund av stor oro för risker och/eller biverkningar.

Referenser

1. Larsson M, Aneblom G, Od lind V, Tydén T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:64-71.
2. Kero A, Högberg U, Lalos A. Contraceptive risk-taking in women and men facing legal abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2001;6(4):205-18.
3. Helström L, Od lind V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, Ek bom A. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health* 2003;31:405-10.
4. Söderberg H, Andersson C, Janzon L, Sjöberg N-O. Socio-demographic characteristics of women requesting induced abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:365-8.
5. Holmgren K. Repeat abortion and contraceptive use. Report from an Interview Study in Stockholm. *Gynecol Obstet Invest* 1994; 37(4):254-9.
6. Törn bom M, Ingelhammar E, Lilja H, Möller A, Svanberg B. Repeat abortion: a comparative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996;17(4):208-14.
7. Ingelhammar E, Möller A, Svanberg B, Törn bom M, Lilja H, Hamberger L. The use of contraceptive methods among women seeking a legal abortion. *Contraception* 1994;50:143-52.

Tonårsabort – utveckling och omhändertagande

Kajsa Sundström och Mari Svanberg-Risberg

Bakgrund

I alla samhällen finns restriktioner och social kontroll av ungdomars sexualitet och barnafödande, men också ett skydds nät för unga mödrar och de barn de föder. Det var inte så länge sedan i vårt land som en flicka som blivit gravid blev utskämd och fick sluta skolan eller riskera liv och hälsa med en illegal abort. En situation som är alltför vanlig i många fattiga länder i dag. När ett samhälle utvecklas och ”moderniseras” och lokala regler och traditioner bryts, är det ofta unga kvinnor som är mest utsatta. På motsvarande sätt kan vi idag se att olika kulturers syn på sexualitet och äktenskap gör unga invandrarkvinnor i Sverige speciellt sårbara. Tonårsgraviditeter blir en indikator, dels på kulturella, sociala och ekonomiska förändringar, dels på ett samhälles förmåga att förebygga och ta hand om reproduktiva hälsoproblem.

Vid sekelskiftet 1900 var synen på ungdomars sexualitet sträng i det svenska samhället. Föräktenskaplig sexualitet fördömdes, onani var hälsovådligt, abort var ett brott och preventivmedel var i varje fall inte till för den som var ung och gift.

Ungdomar skulle genom förbud skyddas särskilt för de veneriska sjukdomar som då var mycket vanliga; syfilis var utbredd i samhället och hade samma laddning som HIV/aids har idag.

Det fanns också en tro på upplysning och fostran som ett skydd mot såväl dålig vandel som sjukdom och ohälsa. Bland pionjärerna fanns Sveriges första kvinnliga läkare, Karolina Widerström. Hon förordade sexualundervisning för de unga i skolan och själv föreläste hon om sexualhygien i flickskolor. Stora insatser gjorde Elise Ottesen-Jensen, en folkupplysare som vid möten runt om i landet talade om kärlek, lust och ansvar, och gav praktiska råd om preventivmedel (1).

Först i mitten av 1950-talet blev sexualundervisning obligatorisk i den allmänna skolan och då ingick preventivmedel och könssjukdomar i undervisningen, men avhållsamhet för ungdomar och sexualitet inom äktenskapets ram var i realiteten det enda skolan kunde rekommendera. Inte heller i sjukvården kunde ungdomar räkna med att få hjälp med preventivmedel. Den gällande abortlagen tillämpades restriktivt, och många unga kvinnor med

oönskad graviditet var hänvisade till illegal abort eller att föda och adoptera bort barnet.

På 1960-talet förändrades synen på ungdomars sexualitet. P-piller blev tillgängliga, den sexuella friheten ökade och allt fler unga flyttade ihop utan att gifta sig. Abortfrågan diskuterades med krav på kvinnors rätt till abort och en utredning tillsattes för att liberalisera lagen. Efterfrågan på p-piller ökade snabbt trots att de var dyra och svåra att skaffa. Många läkare vägrade att skriva ut p-piller till den som var ung och ogift. Istället ökade aborterna eftersom det blivit lättare för unga kvinnor att få tillstånd.

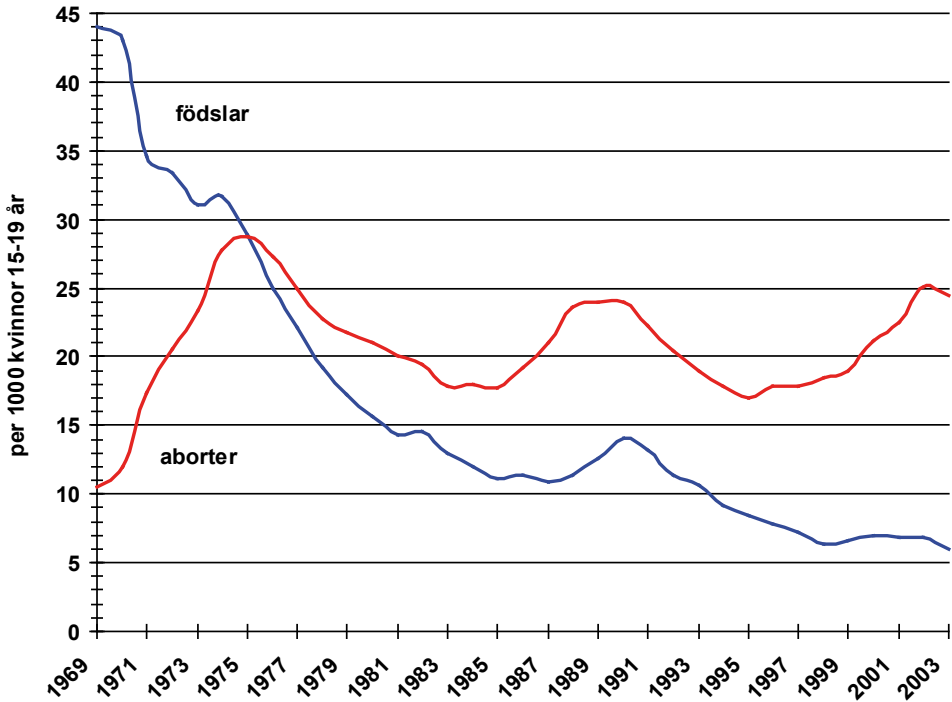
De kraftigt stigande tonårsaborterna i början av 1970-talet väckte oro i samhället och blev startskottet för ett brett upplysningsprogram för att förebygga oönskade graviditeter med den uttalade målsättningen att hejda ökningen av tonårsaborter (1).

Samtidigt med lagen om fri abort 1974 togs en lag om kostnadsfri preventivmedelsrådgivning och billigare preventivmedel. Ungdomsmottagningar öppnade på flera håll i landet och barnmorskor gav råd om sex och samlevnad och skrev ut p-piller också till ungdomar. Utvecklingen följdes noga efter lagändringen med särskild uppmärksamhet på tonårsaborterna. En utvärdering av lagstiftningen visade att farhågorna inte besannats utan att tonårsaborterna tvärtom minskat – främst som ett resultat av det förebyggande arbetet (2).

Tonårsgraviditeter – utvecklingen över tre decennier

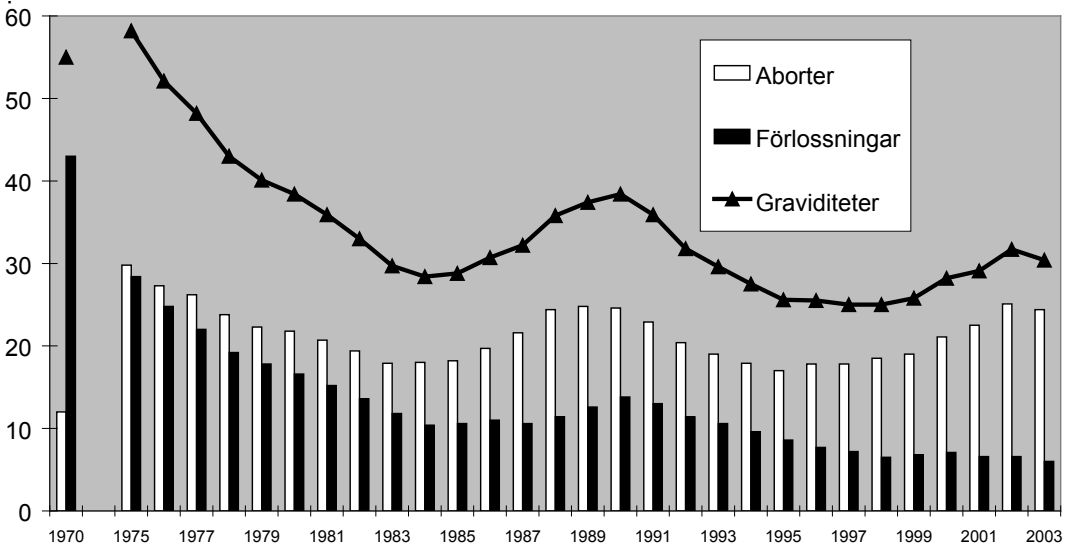
Barnafödandet bland ungdomar har förändrats dramatiskt under de senaste 30 åren (figur 1). På 1960-talet var födelsetalen höga och aborttalen låga. De flesta unga kvinnor som blev gravida fullföljde graviditeten även om den var oönskad. En kraftig nedgång i födelsetal i början av 1970-talet åtföljdes av stigande aborttal – de oönskade graviditeterna avbröts nu med abort. År 1975 bröts abortökningen och både abort- och födelsetal minskade fram till mitten av 1980-talet. På tio år hade graviditetstalen halverats från 60 till 30 graviditeter per 1 000 kvinnor i åldern 15-19 (3). En nedgång som hade åstadkommits med hjälp av preventivmedel, inte aborter.

Under den ekonomiska högkonjunkturen i slutet av 1980-talet ökade barnafödandet i alla åldersgrupper (figur 2). Bland tonåringar steg både aborttal och födelsetal. Ganska snart vände utvecklingen och under lågkonjunkturen på 1990-talet sjönk åter graviditetstalen bland tonåringar. Aborttalen sjönk fram till 1995 och födelsetalen sjönk kontinuerligt till så lågt som sju vid sekelskiftet (3). Framför allt var det förstabarnsfödandet som minskade. Med neddragningar i socialförsäkringssystemen och ökande arbetslöshet var det allt fler unga kvinnor som ville vänta med barn tills utsikterna på arbetsmarknaden ljusnade. Detta bröt tidigare mönster att unga, lågutbildade kvinnor föder barn istället för att söka arbete eller studera (4).



Figur 1. Födslar och aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15-19 år. Sverige 1969-2003. (Källa: Socialstyrelsen 2004).

Aborter, förlossningar och graviditeter per 1 000 flickor 15-19 år



Figur 2. Aborter, födlsar och graviditeter per 1 000 kvinnor 15-19 år. Sverige 1970-2003. (Källa: Socialstyrelsen 2004, Folkhälsorapporten 2004)

Under 2000-talet har både aborttal och graviditetstal ökat medan födelsetalen legat konstant på en låg nivå och till och med minskat något (figur 2). Ökningen av aborterna beror huvudsakligen på att en allt större andel av gravida tonåringar gör abort. Särskilt gäller detta de yngsta, de som är under 18 år, som vid en graviditet hellre väljer abort än att bli mödrar vid så unga år (5).

År 2003 var graviditetstalet för tonåringar drygt 30 per 1 000, vilket trots ökningen under 2000-talet var lägre än i början av 1990-talet. I ett längre perspektiv har tonåringars graviditetstal halverats sedan 1970. Födelsetalet har under samma period minskat från drygt 40 till sex, medan aborttalet ökat från tolv till 25. År 1970 fullföljde 80 procent av de tonåringar som blev gravida sin graviditet, idag är det 20 procent (3).

Sexualvanor och preventivmedelsanvändning

Ungdomars sexualvanor och preventivmedelsanvändning har förändrats över tid (6,7). 1960-talet blev en vändpunkt när det gällde ålder för samlagsdebut, som då var något över 16 år för både män och kvinnor. Debutåldern för ungdomar på 1950-talet och tidigare var 19 år för kvinnor och 18 för män. Sedan 1960-talet är förändringarna små, på 1990-talet var således debutåldern drygt 16 år, i genomsnitt några månader lägre för flickor. Samlagsdebuten är dock inte alltid början på ett regelbundet sexualliv.

Uppenbart är ungdomar angelägna om att skydda sig mot oönskade graviditeter.

De använder säkra metoder som kondom och framför allt p-piller under långa perioder (7,8). Avbrott på grund av oro för biverkningar eller framtida skador är dock ganska vanliga (9). Rapporter i media om olika risker kan leda till avbrott eller övergång till mindre säkra metoder (10).

När både födelsetal och aborttal steg i slutet av 1980-talet antogs orsaken vara att kostnaderna för p-piller hade ökat. Från ungdomsmottagningar rapporterades att tonårsaborterna ökade samtidigt som många slutade med p-piller av ekonomiska skäl. Försök med fria eller subventionerade p-piller till kvinnor i yngre åldrar genomfördes i flera landsting, ofta i samband med ökade satsningar för att förebygga oönskade graviditeter. En utvärdering visade en viss effekt i form av minskad abortfrekvens i områden där subventioneringen genomförts samt att de bästa effekterna uppnåddes i områden där subventioneringen kombinerats med andra förebyggande åtgärder. Slutsatsen blev att de ökade kostnaderna för p-piller är en, men inte den enda, orsaken till minskad p-pilleranvändning bland unga svenska kvinnor (11).

Olika studier under senare år har visat en ökad användning av preventivmedel bland ungdomar både vid första samlaget och vid det senaste tillfället (7). I studier från 1999 och 2000 hade mellan 60-76 procent använt preventivmedel vid första samlaget jämfört med 50-60 procent i studier från 1970- och 1980-talet. Kondom används ofta vid första samlaget. Vid senaste samlaget var istället p-piller den vanligaste metoden och andelen som

använde p-piller var omkring 70-80 procent (10). Å andra sidan har man också i enkäter till abortsökande tonåringar kunnat spåra ett ökat risktagande (13).

Under 1990-talet sattes ökningen av tonårsaborter i vissa områden i samband med förändringar i skolans sexualundervisning, där variation i kvalitet är stor mellan olika skolor. Studier har också visat att icke svenskfödda kvinnor haft sämre kunskaper om preventivmedel och framför allt haft svårare att veta vart de skulle vända sig för rådgivning (14). Tonårsaborter är vanligare bland socialt utsatta grupper och neddragningar inom skolhälsovård, elevvård och ungdomsverksamhet kan ha medverkat till en ökning av ungdomsaborter.

Tonårsgraviditeter i andra länder

Ökning av abort och/eller födelsetal bland tonåringar rapporteras från många västländer och uppfattas i olika grad som ett hälsoproblem. När det gäller tonårsgraviditeter ligger Sverige i nivå med andra länder i Skandinavien och Europa med liberal abortlagstiftning och tillgång till preventivmedel. Några västländer, till exempel Holland, har lägre aborttal, medan USA och länder i Östeuropa har högre.

I slutet av 1990-talet genomfördes en jämförande studie av tonårssexualitet och tonårsgraviditeter i fem västliga industriländer. Av de studerade länderna hade Frankrike och Sverige de lägsta och USA de högsta graviditetstalen, medan Kanada och Storbritannien fanns mitt

emellan. Andelen födslar av de inträffade graviditeterna är lägst i Sverige och högst i USA och Storbritannien (5,15).

Sedan studien gjordes har både abort och födelsetal bland amerikanska ungdomar sjunkit medan tonårsaborterna i Sverige ökat (16). Fortfarande är graviditetstalen i USA två till tre gånger högre än i de övriga länderna och födelsetalen i USA ligger på samma nivå som i de andra länderna för 30 år sedan.

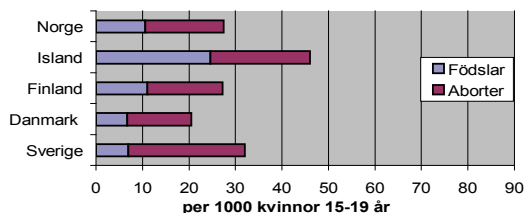
Studien visar tydliga samband mellan ungdomars sociala villkor och benägenheten att bli gravida och att föda barn i tonåren. USAs höga andel ungdomar från utsatta och fattiga familjer bidrar till de höga födelsetalen. Också Storbritannien har en hög andel unga mödrar i fattiga omständigheter vilket uppfattas som ett stort samhällsproblem. Särskilt ogifta unga mödrar anklagas för att hellre leva på bidrag än att arbeta.

Ungdomars sexualvanor skiljer sig inte nämnvärt i de fem länderna, varken beträffande sexualdebut eller antalet partners. Det är således inte skillnader i sexualvanor som förklarar skillnaderna i graviditetstal utan tillgång till preventivmedel och motivation att använda dem.

I alla länder utom USA är preventivmedel tillgängliga för ungdomar till en låg kostnad medan sexualundervisningen i USA uppmanar till avhållsamhet och fördömer sex före äktenskapet. I Sverige och Frankrike finns de mest positiva attityderna till tonårssexualitet och en tilltro till ungdomars vilja och förmåga att ta ansvar för sin sexualitet och förebygga oönskade graviditeter (15).

I de nordiska länderna har utvecklingen av tonårsgraviditeter varit likartad sedan 1970-talet då ungdomar fick tillgång till sexualupplysning och moderna preventivmedel och även legal abort på mer eller mindre liberala villkor. Födelsealen bland tonåringar har sjunkit kontinuerligt, medan aborttalen efter ganska höga nivåer på 1970-talet sjunkit, dock ej så mycket som födelsealen. Undantaget är Island där barnafödandet bland ungdomar av tradition varit högt (17,18).

Utvecklingen av tonårsfertiliteten i de fem länderna under senare år och dagens situation illustreras i tabell 1 och figur 3. Födelsealen är låga i alla länder utom Island, som har dubbelt så höga tal som övriga länder. Andelen tonåringar som vid en graviditet väljer att föda barn skiljer sig mellan länderna. I Sverige är det 20 procent, i Danmark knappt 30 procent och i Norge och Finland omkring 40 procent som fullföljer graviditeten. I Island var det i slutet av 1990-talet över hälften som födde barn. Sverige och Island har de högsta aborttalen, samtidigt som Sverige har de lägsta och Island de högsta födelsealen (18).



Figur 3. Antal födslar och aborter per 1 000 kvinnor i åldern 15-19 år i Norden 2002 (Island 1999). (Källa: Stakes, Helsingfors, 2004)

Liksom i Sverige har man i Finland satt ökningen av tonårsaborter i samband med neddragningar av sexualundervisningen i skolan. Efter satsningar på en bättre sexualundervisning visar statistik från 2003 en nedgång i tonårsaborter i Finland, vilket anses stödja den teorin (18,19). En annan orsak till ökade aborter och minskat barnafödande måste sökas i sociala och ekonomiska villkor för ungdomar och deras inställning till barnafödande. Både i Finland och Sverige har sämre villkor för ungdomar på arbetsmarknaden och sämre ekonomi för ensamstående mödrar under 1990-talet lett till att en högre andel unga kvinnor vid en graviditet väljer abort (19,5).

	Danmark		Finland		Island		Norge		Sverige	
	aborter	födslar	aborter	födslar	aborter	födslar	aborter	födslar	aborter	födslar
1995	14,8	8,2	11,0	9,8	15,3	23,2	18,0	13,2	17,0	8,6
1996	15,5	8,0	11,4	9,8	20,6	22,0	18,4	13,4	17,8	7,7
1997	14,9	8,4	12,0	9,0	21,7	24,4	19,0	12,8	17,8	7,2
1998	14,6	7,6	13,0	9,2	24,1	25,0	18,7	12,2	18,5	6,5
1999	14,0	7,6	14,1	9,7	21,4	24,6	18,7	11,6	19,0	6,8
2000	14,3	7,8	14,8	10,1		22,4	20,1	11,6	21,1	7,1
2001	14,0	7,6	15,3	10,6		19,8	18,8	11,1	22,5	6,6
2002	13,8	6,7	16,1	11,1		18,1	16,9	10,6	25,1	6,6
2003	14,7	6,0	15,2	10,4		16,1	16,3	9,1	24,4	6,0

Tabell 1. Aborter och födslar per 1 000 kvinnor, 15-19 år i de Nordiska länderna 1995-2003. (Källa: Stakes, Helsingfors, 2004)

Samhällets insatser för ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa

Förebyggande arbete inom området sexuell och reproduktiv hälsa med inriktning på att nå ungdomar initierades i anslutning till 1974 års abortlag och är sedan dess ett verksamhetsområde i mödrahälsovården. Barnmorskan är nyckelperson i arbetet och programmet innefattar rådgivning om preventivmedel och abort, förebyggande av STI inklusive HIV/AIDS, och utåtriktad upplysning om sexualitet och samlevnad samt fortlöpande utbildning av dem som är engagerade i arbetet (20).

För ungdomar finns olika typer av mottagningar dit de kan vända sig för samtal om sexualitet och relationer, för rådgivning om preventivmedel och stöd i abortsituation samt testning och spårning av sexuellt överförda infektioner. Förutom barnmorskemottagningar i primärvården finns på många håll ungdomsmottagningar med gynekologer, barnmorskor, barnläkare och kuratorer som rådgivare (21).

Andra mottagningar med kompetens för upplysning och rådgivning till ungdomar är t ex studenthälsan, RFSU-kliniker, venerologiska öppenvårdsmottagningar, SESAM-mottagningar, sjukhusanknutna familjeplaneringsmottagningar.

I Folkhälsoinstitutets förslag till handlingsprogram för att förebygga oönskade graviditeter (22) anges målet för det förebyggande arbetet: *”Det övergripande målet är att barn skall födas önskade och samhällets ansvar är att tillhandahålla*

kunskaper och medel för att ge människor möjlighet att fritt och ansvarsfullt planera sitt barnafödande”.

Kvinnosjukvårdens uppgift är att ge information och service om två metoder för födelsekontroll – preventivmedel för att förebygga, abort för att avbryta en oönskad graviditet. Vid rådgivning är det kvinnans eget val som ska respekteras. Det är hon som avgör vilken preventivmetod hon vill ha, om hon ska göra abort eller inte, vilken metod hon önskar, vem hon vill träffa för samtal. Detta gäller i hög grad unga kvinnor, som inte minst i en abortsituation kräver speciell uppmärksamhet och omsorg.

Det hälsofrämjande arbetet med ungdomar måste ha en bred social ansats. Det handlar om att planera sitt liv och då behöver man stöd för att undvika graviditet, för att fatta ett beslut om abort eller för att fullfölja en graviditet. Det viktiga är helheten med inriktning på attitydfrågor, jämställdhet och delat ansvar för sexualitet och föräldraskap. Målet är att ge ungdomar instrument för att själva ta ansvar för och bestämma över sina liv.

Omhändertagande av tonåringar vid oönskad graviditet

En ung människa har behov av att söka sig fram och få tillfälle och tillåtelse att ge utlopp för de ”nya” känslor som blommar upp i och med den psykosexuella utvecklingen. Det krävs att flickor och pojkar har tillgång till kunskap och att det finns vuxna som kan ge stöd och finnas till hands. Speciellt när det gäller frågor om sexualitet och samlevnad finns ett behov

av att möta andra vuxna än föräldrar och närstående som naturligen finns omkring ungdomar.

Tonårsgynekologin har sedan 1970-talet utvecklat en kompetens att möta ungdomar och ge stöd i frågor om sexualitet och barnafödande och hur man ska planera sitt liv. Tonåringens mentala, psykologiska och sexuella utveckling rör sig på så många plan samtidigt att ett samarbete mellan olika yrkesgrupper i arbetet med ungdomar är nödvändigt (23,24).

Handläggning av tonårsaborter sker inledningsvis på mottagning i primärvården för sexuell och reproduktiv hälsa, till exempel MVC/barnmorskemottagning, ungdomsmottagning, SESAM-mottagning, RFSU-klinik, eller vid sjukhusanknuten abortmottagning. Oberoende av organisation och huvudmannaskap ska på mottagningen finnas läkare/gynekolog, barnmorska och kurator för undersökning, rådgivning och stöd. Aborten genomförs på sjukhus och efterkontroll antingen på sjukhus eller på den inremitterande enheten.

Viktiga förutsättningar, reglerade i lag, för arbetet med tonårsaborter:

- Enligt abortlagen har en kvinna, oberoende av ålder, **rätt att själv bestämma** om man vill göra abort.
- Enligt Föräldrabalken kapitel 6 §11 har **föräldrar ansvar för att barn under 18 år får rätt vård och hjälp** till exempel i samband med sjukhusvård.
- Som ung har man enligt Socialtjänstlagen kapitel 14 §1, **rätt att få stöd och bli omhändertagen** så att man kan utvecklas och mogna.

Den första kontakten

En tonåring som tror att hon är gravid anförtror sig ofta till en närstående eller kompis. Om hon inte själv gjort ett graviditetstest kan hon vända sig direkt till sjukvården för att få graviditeten konstaterad. Den första kontakten – ofta med en barnmorska på MVC, ungdomsmottagning eller motsvarande – är viktig för att konstatera graviditeten och få tillfälle att diskutera situationen. Om det redan från början är tveklöst att graviditeten ska fortsätta remitteras kvinnan till MVC/barnmorskemottagning. I annat fall planeras fortsatt kontakt, tid för läkarbesök, undersökning och abortrådgivning.

Vid det inledande mötet/kontakten med en ung kvinna som överväger abort påbörjas ett viktigt arbete. När graviditeten bekräftats med ett graviditetstest ska tonåringen beredas möjlighet att ta till sig och förstå innebörden i att hon är gravid, att hon kan bli mamma men också kan välja att göra abort.

Undersökningen

Vid den första kontakten ger menstruationsanamnesen en uppfattning om graviditetens längd och bör helst kompletteras med en gynekologisk undersökning eller bukpalpation. En sådan undersökning är värdefull med tanke på att mensanamnesen inte alltid är tillförlitlig och att bortträngningsmekanismen kan vara stark. Man bör också beakta att det kan vara *första* gynekologiska kontakten och första gynekologiska undersökningen med allt vad det innebär. Vid första läkarbesöket kan gynekologundersökningen kompletteras med vaginalt ultraljud. Testning

för eventuell infektion som till exempel klamydia eller bakteriell vaginos bör också utföras.

Vid den inledande kontakten och planeringen bör vårdgivaren bedöma den unga kvinnans behov av stöd och omsorg. Önskade kontakter med kurator eller stödperson ska ordnas. Kvinnans *partner bör involveras* och/eller ges möjlighet till egen kontakt. I detta sammanhang kan finnas anledning för vårdpersonalen att reflektera över *partnerns ålder*, att ta upp frågor kring *droger* och om det varit *frivilligt sex*.

Ambivalens och tid mellan vetskap och beslut

I samtalet med den gravida tonåringen är det viktigt att lyssna på hennes egen berättelse och därefter ge den information och det stöd hon behöver för att kunna fatta sitt beslut. Alla måste mötas som den de är med de dubbla känslor de kan ha, även om de tycks övertygade om vad de vill. Det är viktigt att ambivalenta känslor uppmärksammas och respekteras. Man bör också beakta tidsförloppet mellan misstanken om graviditet, bekräftande, abortbeslut och utförande. Det får inte gå för fort men väntan på abort får heller inte bli för lång. Viktigt är att en ung gravid kvinna förstår vad som sker, hinner fatta sitt beslut och blir sedd i processen.

Behov av stöd

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (25) *skall* alla abortsökande erbjudas stödsamtal. Vidare sägs att dessa stödsamtal *bör* ges av en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens. Ibland

kan det vara en fördel att det är samma person som sköter den inledande medicinska undersökningen och det kurativa samtalet, ibland är det nödvändigt att flera personer deltar redan från början. Vid utredning av sociala faktorer, mognadsbedömning osv krävs en samlad och gemensam bedömning av vårdteamet (läkare/barnmorska/kurator).

Är kvinnan som överväger abort under 18 år bör vårdgivaren göra en mognadsbedömning samt ta reda på vilket stöd hon har av sina närmaste. Om hon inte talat med föräldrar eller vårdnadshavare bör hon uppmanas att göra detta eller att anförtro sig till någon annan närstående, vuxen person som hon har förtroende för. När det gäller underåriga (under 18 år) har föräldrar ett omvårdnadsansvar som bland annat innefattar stöd vid sjukdom och sjukhusvård. Om den unga kvinnan inte vill tala med sina närmaste måste vårdteamet efter bedömning av kvinnans mognad och behov av vuxenstöd ta ställning till om de ska bryta sekretessen och tala med någon av föräldrarna om den planerade aborten. I undantagsfall finns emellertid en skyldighet att hemlighålla uppgifter om aborten för vårdnadshavare, nämligen då det kan antas att den som är underårig kan lida betydande men om uppgifter lämnas ut. Om den unga kvinnan inte på några villkor kan tänka sig att själv kontakta eller låta någon annan kontakta föräldrarna bör hon ägnas speciell omsorg och få särskilt stöd före, under och efter aborten. En anmälan till socialtjänsten enligt Socialtjänstlagens bestämmelser om barn i behov av skydd bör också övervägas.

För att dokumentera teamets bedömning av stödbehov och beslut om information till vårdnadshavare bör enligt Socialstyrelsens allmänna råd (25) antecknas i patientjournalen:

- om flickan själv har informerat vårdnadshavaren om aborten,
- om vårdpersonalen har informerat vårdnadshavaren om aborten, eller
- om vårdpersonalen inte har informerat vårdnadshavaren om aborten, samt skälen för detta.

Val av metod

När beslutet om abort är fattat lämnas information om hur aborten går till och om olika abortmetoder. Informationen ska omfatta vilka alternativ som finns och vilka abortmetoder som är tillgängliga.

Abortinformation ska också ges skriftligt. Det finns olika skrivna material som man kan dela ut. I det kaotiska tillstånd som tonåringen befinner sig i kan det vara en hjälp med ett konkret skrivet material.

Vid val av metod måste en tonåring få tid att förstå vad olika metoder innebär och möjlighet att diskutera med anhöriga vilken metod som hon föredrar. För en ung kvinna som andra kvinnor i abortsituation gäller att ingen metod är mer eller mindre lämplig förutsatt att sedvanliga kriterier följs vad gäller graviditetslängd, anestesi, vårdtid osv. Medicinska aborter ansågs tidigare mindre lämpliga för tonåringar, men erfarenheter under senare år har visat att unga kvinnor som genomgått medicinsk abort varit mycket nöjda, för-

utsatt att de fått adekvat information och att de själva önskat just den metoden (26). De sedan 2004 möjliga hemaborterna har inte prövats på kvinnor under 18 år.

Preventivmedel och skydd mot sexuellt överförda infektioner

Vid samtalet före aborten ska preventivmedelsfrågan tas upp. Beslut om preventivmedel efter aborten kanske inte kan tas av flickan vid det tillfället, men samtalet ska innehålla information om preventivmedel och om kondom som skydd mot sexuellt överförda infektioner. Valet kan vara svårt – kanske har kvinnan och hennes partner prövat men haft svårt att hitta en bra metod. Kanske behövs flera samtal om vilken metod hon vill ha efter aborten.

Legitimation eller pass

Det är viktigt att man informerar tonåringen om det tvingande i att ha giltig legitimation eller pass med vid sjukhusbesöket och framför allt vid aborten. Ibland har unga flickor inte några identitetshandlingar eller så har de inte tillgång till sina identitetshandlingar. I vissa undantagsfall kan då en anhörig gå i god för en underårigs identitet. Även andra personer som kontaktpersoner inom socialtjänst eller skola kan identifiera flickan.

Återbesök – vårdkedja

Flera besök kan behövas före och efter aborten, vilket planeras vid första kontakten. Det kan gälla kuratorsbesök, samtal om preventivmedel, samtal med

partner eller med föräldrar. Efterkontroll och preventivmedelsrådgivning kan ske på sjukhuset där aborten utförts eller enligt tidigare planering i primärvården på ungdomsmottagning eller barnmorskemottagning.

Viktigt i kontakten mellan olika instanser är att det är tydligt vem som gör och har gjort vad för tonåringarna så att ingen eller inget ”faller mellan stolarna.” Inte alla behöver flera återbesök men alla bör få informationen om att reaktion kan komma senare och att de alltid är välkomna åter för samtal om aborten.

Enligt föreskrifterna är den medicinska aborten inte avslutad förrän efterkontrollen är gjord. Syftet med besöket är att fastställa att aborten är helt genomförd och resultatet ska journalföras. Ansvaret för rapportering av medicinsk abort ligger på läkaren på sjukvårdsinrättningen där aborten inleddes. Vid kirurgisk abort ska kvinnan erbjudas efterkontroll och detta ska också journalföras. Vid efterkontrollerna ska preventivmedelsfrågan fullföljas och besöket kan med fördel göras på den mottagning där abortutredningen inleddes.

Faktaruta - Aktuella lagar

Abortlagen, SFS 1974:595

Ändring SFS 1980:222, SFS 1995:660

Sekretesslagen, SFS 1980:100

Omtryck: SFS 1992:1474

7 kap. 1§ Sekretess med hänsyn främst till skyddet för enskilda personliga förhållanden
14 kap. 4§ Bestämmelser om vissa begränsningar i sekretessen och om förbehåll

Föräldrabalken, SFS 1949:381

Uppdaterad: t o m SFS 2004:797

6 kap. 11§ Om vårdnadens utövande

Socialtjänstlagen, SFS 2001:453

Uppdaterad: t o m SFS 2004:851

14 kap. 1§ Anmälan om missförhållanden

Källa: Riksdagens författningsregister

URL: <http://www.riksdagen.se/debatt/sfsr/index.asp>

Faktaruta

1. En successiv minskning av tonårsgraviditeter – både abort- och födelsetal – från 1975, det år då lagen om fri abort trädde i kraft, kan tolkas som en effekt av det abortförebyggande program, med särskild inriktning på ungdomar, som var kopplat till abortlagen.
2. Barnafödandet bland tonåringar har under de senaste 30 åren sjunkit; från drygt 40 födselar per 1 000 kvinnor i åldern 15-19 år 1970 till sex på 2000 talet. Aborttalen har under samma tid ökat från tio till 25.
3. Under 2000-talet har både graviditetstal och aborttal ökat bland tonåringar, medan barnafödandet sjunkit. En orsak till abortökningen är att särskilt yngre tonåringar vid en graviditet i allt högre grad väljer abort.
4. Ungdomars användning av preventivmedel har ökat under 1990-talet, både vid första samlaget och vid det senaste tillfället, jämfört med tio år tidigare. Rapporter om risker och oro för biverkningar kan påverka valet av preventivmetod.
5. Tonårsgraviditeter i Sverige ligger i nivå med andra länder i Skandinavien och Europa med liberal abortlagstiftning och tillgång till preventivmedel. Ökningen i de Nordiska länderna av den andel tonåringar som avbryter en graviditet med abort är ett uttryck för ungdomars önskan att vänta med familjebildning och barnafödande.
6. Handläggning av tonårsaborter sker i kvinnosjukvården av personal (barnmorska, gynekolog, kurator) med kompetens att samtala med ungdomar och ge stöd i frågor om sexualitet och relationer, barnafödande och födelsekontroll.
7. Om den abortsökande kvinnan är under 18 år ska vårdteamet bedöma tonåringens mognad och behov av stöd. Om kontakt med vårdnadshavare eller annan vuxen ej kunnat etableras ska den unga kvinnan ägnas speciell omsorg och anmälan till socialtjänsten bör övervägas.
8. Preventivmedelsfrågan tas upp vid den inledande utredningen och fullföljs vid planerad efterkontroll på det sjukhus där aborten utförts eller på den mottagning där abortutredningen inleddes.

Referenser

1. Sundström K. Födelsekontroll i Sverige under 100 år. Abort och preventivmedel från lagbrott till reproduktiv rättighet. *Läkartidningen* 2004;101:88-93.
2. SOU 1983:31. Familjeplanering och abort. Erfarenheter av ny lagstiftning. Betänkande av 1980 års abortkommitté.
3. Socialstyrelsen. Aborter 2003. Epidemiologiskt Centrum. *Hälsa och sjukdomar* 2004:9.
4. SCB. Barnafödande och sysselsättning. Upp- och nedgången i fruktsamheten 1985-1997. SCB. Demografiska rapporter 1998:1.
5. Danielsson M, Rogala C, Sundström K. Få tonårsgraviditeter i Sverige – jämförelse mellan fem västlän. *Samhällets stöd och attityder en viktig förklaring till skillnaderna*. *Läkartidningen* 2003;100:2063-6.
6. Lalos A. Kapitel 10. Reproduktion, prevention och sexualitet. I: Levin B (red). *Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996*. Folkhälsoinstitutet 1998.
7. Forsberg M. Ungdomar och sexualitet – en kunskapsöversikt år 2000. Folkhälsoinstitutet 2000:15.
8. Sundström K (red). *Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet*. Folkhälsoinstitutet 2000:7.
9. 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.
10. Tydén T, Bingefors K, Odling V. Oral contraception and compliance: reaction to cardiovascular alarm among users. *Contraception* 1999; 15:133-9.
11. Socialstyrelsen. *Minskar tonårsaborter vid subventionering av p-piller? Ett försök till utvärdering av en abortförebyggande insats*. EpC rapport 1994:2.
12. Häggström-Nordin E, Hansson U, Tydén T. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *J Adolesc Health* 2002;30:288-95.
13. Larsson M, Aneblom G, Odling V, Tydén T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:64-71.
14. Helström L, Odling V, Zätterström C, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Pub Health* 2003;31(6):405-10.
15. Danielsson M, Rogala C, Sundström K. *Teenage sexual and reproductive behavior in Developed Countries: Country Report for Sweden*. The Alan Guttmacher Institute: New York. 2001.
16. The Alan Guttmacher Institute, U.S. *Teenage Pregnancy Statistics*. New York, 2004. URL: http://www.guttmacher.org/pubs/state_pregnancy_trends.pdf
17. Knudsen LB, Gissler M, Bender SS, et al. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82: 257-68.
18. Stakes. *Aborter och steriliseringar i Norden*. Statistikmeddelande 2004. Helsingfors 2004.
19. Knudsen LB, Gissler M. The divergent rates of induced abortion among young women in Finland and Denmark. *Yearbook of Population Research in Finland* 2003;39:227-44.
20. Socialstyrelsen. *Hälsovård före, under och efter graviditet*. SoS-rapport 1996:7.
21. *Policyprogram för Sveriges Ungdomsmottagningar*. FSUM, 2001-2002.
22. Folkhälsoinstitutet. *Förslag till handlingsprogram för prevention av oönskade graviditeter. För tidsperioden 2002 -2007*. Folkhälsoinstitutet 2001.
23. Berg Kelly K. *Ungdomsmedicin*. Stockholm: Liber, 1998.
24. Wrangsjö B. *Tampas med Tonåringar*. Stockholm: Natur och Kultur, 2004.
25. Socialstyrelsen. *Föreskrifter och allmänna råd om abort*. SOSFS 2004:4 (M).
26. Helström L, Zätterström C. *Medicinska aborter på SESAM-mottagningen*. Personligt meddelande 2003.

Ultraljud och abort

Maria Cederholm och Lena Marions

Inledning

Ultraljud har i flera studier visat sig vara säkrare för att bestämma graviditetens längden än datering utifrån datum för sista mens, även i de fall kvinnan har säkra datum (1-4). I samband med den undersökning och bedömning som görs inför en abort så utförs oftast också en ultraljudsundersökning som ett komplement till den gynekologiska undersökningen. En korrekt ultraljudsdatering underlättar valet av abortmetod. Om ultraljud inför abort har betydelse för att minska abortkomplikationer är inte visat i jämförande randomiserade studier.

Ultraljud och abort i första trimestern

I tidig graviditet används med fördel vaginalt ultraljud med hög frekvens (5-7 MHz) eftersom upplösningen är bättre.

Ultraljudsmässiga tecken på normal graviditet vid vaginalt ultraljud i tidsordning:

1. **Tjockt endometrium** (decidua) vid tiden för utebliven mens.

2. **Hinnsäcken** - rund upplärning excentriskt i endometriet. (OBS! Att skilja från en 'pseudohinnsäck' som är belägen centralt i kaviteten och följer kavitetens avlånga form). En hinnsäck ses tidigast från vecka 4 + 2-3 dagar (5). Hinnsäckens diameter utgörs av medelvärdet av tre mot varandra vinkelräta diametrar. Hinnsäckens diameter ökar cirka 1 mm per dag (6).

I mycket tidig graviditet kan det vara svårt att säkerställa att det är en intrauterin graviditet om hinnsäcken ej kan identifieras säkert. Det är dock viktigt att dokumentera om hinnsäck observerats eller ej. Vid tveksamhet kan ett initialt S-hCG vara värdefullt (7). En hinnsäck bör ses vid vaginal undersökning då s-hCG >1000 mU/ml (singlegraviditet) (8,9) eller s-hCG >1600 mU/ml (duplex graviditet) (10). S-hCG >2000 mU/ml utan påvisbar hinnsäck bör således inge misstanke om ektopisk graviditet. Medicinsk abort kan utföras även om hinnsäck ej kan påvisas men det är viktigt att utvärdera resultatet.

3. **Gulesäcken** – Ses efter vecka 5+3 (11). Hinnsäcken är då cirka 8 mm. Närvaro av gulesäck bekräftar att det rör sig om en intrauterin graviditet och utesluter med stor sannolikhet extrauterin graviditet. Det är mycket ovanligt med både en intra- och extrauterin graviditet samtidigt.
4. **Fostret** ses från vecka 6 + några dagar (12,13). Fostret ses i kanten av gulesäcken och hjärtaktivitet ses samtidigt. Ses ett foster är det inga större svårigheter att mäta crown-rump length (CRL) som används i första trimestern (12-14). Det är viktigt att dateringen baseras på det längsta måttet. De flesta ultraljudsapparater har dateringsprogram inprogrammerade vilket underlättar. Som tumregel kan annars Goldstein och Wolfsons formel användas: graviditetslängd i dagar = embryolängd (mm) +42 (+-3). När CRL mäter mer än 50-60 mm (>12 veckor) minskar säkerheten och datering med hjälp av biparietal diameter (BPD) och femurlängd (FL) är att föredra (3).

Ultraljud och abort i andra trimestern
Vid avbrytande i senare graviditet finns ofta skäl att genomföra en mer detaljerad

dateringsundersökning dels för att välja den lämpligaste abortmetoden men också för att avgöra om graviditeten överstiger den lagstadgade övre gränsen. För en ovan undersökare kan denna datering kännas osäker och man bör i sådana fall begära bedömning av mer erfaren läkare eller specialutbildad barnmorska.

Har ultraljud en plats i utvärderingen av abortresultatet?

Vid misstanke om inkomplett abort, kirurgisk eller medicinsk, kan ultraljud ge viss vägledning. Efter kirurgisk abort kan det finnas indikation att utföra en ultraljudsundersökning om utbytet vid ingreppet ej stått i relation till graviditetslängden. Att konstatera en kvarvarande graviditet (viabel eller icke-viabel) utgör sällan något problem. Det kan vara svårare att värdera resultatet om uterus ser ut att innehålla kvarvarande graviditetsrester. I uppföljningar efter tidiga medicinska aborter har man funnit att uterus sällan är tom första veckan efter aborten (15). I en studie av 80 patienter som genomgått medicinsk abort uppmättes en vecka efter aborten ett endometrium på 11.2 mm i medelvärde men med en stor spridning (1.6-24.9 mm). Efter tre veckor hade alla

Tabell 1. Graviditetslängd bedömd med ultraljud (13).

Graviditetslängd i fulla veckor + dagar	Crown-Rump-Length (CRL) i mm
5+5	2
6+2	5
7+1	10
8+0	15
8+5	20

patienter en slemhinna understigande 16 mm (16). Det är viktigt att påpeka att behovet av att kirurgiskt intervensera efter medicinsk abort bedöms främst utifrån den kliniska bilden.

Ultraljud och psykologiska aspekter

Ultraljudsundersökning som utförs inför abort bör göras på ett sätt som respekterar den situation som kvinnan för tillfället befinner sig i. Det kan vara önskvärt att om möjligt ej låta kvinnan dela väntrum med kvinnor som kommer för ultraljudsundersökning av en önskad graviditet. En del kvinnor önskar se ultraljudsbilden vid undersökning medan andra inte vill. Det är därför viktigt att vara lyhörd för varje kvinnas individuella önskemål.

Faktaruta

- Ultraljudsdatering inför abort kan underlätta val av abortmetod.
- Tumregel för bedömning av graviditetslängd: Embryolängd (mm) +42=graviditetslängd i dagar (14).
- Medicinsk abort kan utföras utan påvisbar hinnsäck men viktigt att utvärdera resultatet.
- Behovet av kirurgisk intervention efter medicinsk abort avgörs främst av den kliniska bilden och inte av ultraljudsbilden.

Referenser

1. Campbell S, Warsof SL, Little D, Cooper DJ. Routine ultrasound screening for the prediction of gestational age. *Obstet Gynecol* 1985; 65(5):613-20.
2. Waldenstrom U, Axelsson O, Nilsson S. A comparison of the ability of a sonographically measured biparietal diameter and the last menstrual period to predict the spontaneous onset of labor. *Obstet Gynecol* 1990 Sep;76:336-8.
3. Taipale P, Hiilesmaa P. Predicting delivery date by ultrasound and last menstrual period in early gestation. *Obstet Gynecol* 2001;97(2):189-94.
4. Tunon K, Eik-Nes SH, Grottum P. A comparison between ultrasound and a reliable last menstrual period as predictors of delivery in 15 000 examinations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;8(3):178-85.
5. de Crespigny LC. Early diagnosis of pregnancy failure with transvaginal ultrasound. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159(2):408-9.
6. Daya S, Woods S, Ward S, Lappalainen R, Caco C. Early pregnancy assessment with transvaginal ultrasound scanning. *CMAJ* 1991 15;144(4):441-6.
7. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell Danielsson K. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109(2):190-5.
8. Nyberg DA, Filly RA, Mahony BS, Monroe S, Laing FC, Jeffrey RB. Early gestation: correlation of HCG levels and sonographic identification. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 144(5):951-4.
9. Bateman BG, Nunley WC, Kolp LA, Kitchin JD, Felder R. Vaginal sonography findings and hCG dynamics of early intrauterine and tubal pregnancies. *Obstet Gynecol* 1990;75(3 PT 1): 421-7.
10. Keith SC, London SN, Weitzman GA, O'Brien TJ, Miller MM. Serial transvaginal ultrasound scans and beta-human chorionic gonadotropin levels in early singleton and multiple pregnancies. *Fertil Steril* 1993;59(5):1007-10.

11. Timor-Tritsch IE, Farine D, Rosen MG. A close look at early embryonic development with the high-frequency transvaginal transducer. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159(3):676-81.
12. Daya S. Accuracy of gestational age estimation by means of fetal crown-rump length measurement. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(3 PT 1):903-8.
13. Wisser J, Dirschedl P, Krone S. Estimation of gestational age by transvaginal sonographic measurement of greatest embryonic length in dated human embryos. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1994;4(6):457-62.
14. Goldstein SR, Wolfson R. Endovaginal ultrasonographic measurement of early embryonic size as a means of assessing gestational age. *J Ultrasound Med* 1994;13(1):27-31.
15. Bar-Hava I, Aschkenazi S, Orvieto R, Perri T, Shalev J, Dicker D, et al. Spectrum of normal intrauterine cavity sonographic findings after first-trimester abortion. *J Ultrasound Med* 2001;20(12):1277-81.
16. Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR, Jain JK. Serum beta-human chorionic gonadotropin levels and endometrial thickness after medical abortion A randomized controlled trial comparing surgical termination of pregnancy with and without continuous ultrasound guidance. *Contraception* 2001;63(5):255-6.

Abort efter fosterdiagnostik

Lena Marions och Anita Sjöge

Introduktion

I takt med ökad kunskap och förbättrad teknik upptäcks allt fler avvikelser hos foster under tidig graviditet. Alla gravida kvinnor erbjuds information om fosterdiagnostik och ultraljudsundersökning. Även de kvinnor som inte anses ingå i riskgrupper för fosteravvikelse bör erbjudas en översiktlig information (1). För kvinnor som anses ha en ökad sannolikhet för kromosomavvikelse eller ärftlig monogen sjukdom erbjuds en utökad information om invasiv fosterdiagnostik såsom amniocentes och chorionvilli biopsi. Den vanligaste indikationen för dessa undersökningar är moderns ålder men även andra indikationer förekommer som ärftlighet, tidigare anamnes samt misstanke om kromosomavvikelse vid ultraljudsundersökning. En snabb karyotyp kan erhållas inom två dygn med PCR (Polymerase Chain Reaction) eller FISH (Fluorescerande in Situ Hybridisering) teknik. Båda dessa metoder innebär en riktad numerisk undersökning av specifika kromosomer, såsom 13,18,21 samt X och Y. Åtminstone en ultraljudsundersökning

under graviditeten ingår i erbjudandet. Syftet med denna undersökning är främst att fastställa graviditetslängd, antal foster samt upptäcka allvarliga missbildningar. Kvinnan bör alltid informeras om att hon har rätt att avstå från fosterdiagnostik.

Diagnostik av fosteravvikelse

Genom förbättrad ultraljudsdiagnostik, dels genom mer avancerad apparatur men framför allt genom att kompetensen kraftigt höjts bland den personal som genomför undersökningarna, har fler strukturella avvikelser kunnat påvisas.

Detta faktum ställer höga krav på den person som informerar de blivande föräldrarna om fosteravvikelsen. Det är viktigt att i möjligaste mån kunna beskriva avvikelsen så detaljerat som möjligt samt att försöka ge en prognos för tillståndet. Om graviditetsavbrytande övervägs bör paret erbjudas utredning som bekräftar det allvarliga i tillståndet. Exempel på detta kan vara allt från kompletterande undersökning med MRI (Magnetic Resonance Imaging) till enbart ytterligare ultraljudsundersökning, så kallad "second

opinion” från annan undersökare. Detta ger tid för bearbetning och förefaller underlätta krisreaktionen efter avbrytandet. Att rekommendera PAD (patologisk anatomisk diagnostik) efter aborten är också viktigt. Dels som en del i kvalitetsutvärderingen av undersökningen men också som en bekräftelse för föräldrarna att diagnosen var riktig. Resultatet av denna undersökning kan också ha betydelse för framtida genetisk rådgivning. Självklart skall ett avböjande av undersökning från föräldrarna respekteras.

Inför beslut om abort

Om möjligt erbjuds kontakt med genetiker, barnläkare (endokrinolog, njurmedicinare, kardiolog, kirurg) och eventuella intresseorganisationer.

Informationen är en oerhört viktig del och det finns en hel del informationsmaterial att hämta via olika hemsidor om olika kromosomavvikelse (2,3).

När beslut om avbrytande tagits informeras patienten om den aktuella metoden (se sen medicinsk abort, sid 35).

Samarbetet med kurator är en viktig del i handhavandet av patienter med fosteravvikelse. Det är dessutom helt nödvändigt för ansökan till Socialstyrelsen om graviditeten överstiger 18 veckor men bör erbjudas alla. Informera kuratorn om diagnos, möjlig prognos samt abortmetod. Det är ofta hos kuratorn som frågorna kommer. Behov av sjukskrivning till såväl kvinnan som mannen bör övervägas.

Fosterdiagnostik vid flerbörd

Andelen flerbördsgraviditeter har markant ökat de senaste 30 åren (4) och därmed också sannolikheten för att finna graviditeter där ett av flera foster har strukturella eller kromosomala avvikelser. I dessa fall kan föräldrarna erbjudas olika valmöjligheter. Antingen att fortsätta graviditeten eller att avsluta densamma. En tredje möjlighet är så kallad selektiv abort där enbart det drabbade fostret aborteras. Om detta blir aktuellt bör det utföras av läkare med särskild kunskap om tillvägagångssätt. Risken för missfall i samband med ingreppet varierar i olika rapporter, bland annat beroende på graviditetslängd och tillvägagångssätt, till mellan cirka fyra och tio procent (5-8). Lagstiftningen beträffande selektiv abort är inte entydig. När det gäller fosterreduktion (se kapitlet om lagstiftning) har det föreslagits att abortlagen inte skall tillämpas utan där gäller hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det innebär att det är upp till behandlande läkare att bedöma om det finns medicinsk indikation för att utföra ingreppet. Detsamma kan antas gälla även för selektiv abort men det finns inte formulerat i lagtexten.

Kuratorns roll

Kuratorn har i huvudsak två uppgifter, dels att vara behjälplig vid upprättandet av ansökan till Socialstyrelsen efter utgången av 18:e graviditetsveckan, dels att erbjuda kvinnan/paret en uppföljande krisbearbetande och stödjande samtalskontakt.

Detta oberoende av vid vilken tidpunkt i graviditeten aborten äger rum.

Vid besöket hos kuratorn bör man också efterhöra föräldrarnas önskemål beträffande omhändertagandet av fostret. Kanske önskas kontakt med sjukhuspräst, finns egna val av minneslund? Accepteras den rutinmässigt använda kremeringen eller önskar föräldrarna jordbegravning?

Ansökan till Socialstyrelsens rättsliga råd
Efter erhållen information om allvarlig fosteravvikelse vill kvinnan/paret vanligtvis ansöka om abort.

Praxis är att en ansökan grundad på fosterskada alltid blir beviljad under förutsättning att fostret ej kan anses viabelt. Den övre gränsen för viabilitet är för närvarande 22 fulla veckor (22+0).

Om fostret inte är livsdugligt såsom vid acrani eller trisomi 18, kan tillstånd ges även efter 22:a veckans utgång.

Som underlag för abortnämndens beslut ska till kvinnans ansökan bifogas

- läkarutlåtande med en beskrivning av fosterskadans omfattning och innebörd som kan förstås av lekman
- information om resultat av den ultraljudsundersökning som konfirmerar graviditetens längden
- kuratorsutredningen, innehållande en kort beskrivning av kvinnans/parets psykosociala situation samt deras bekräftelse av att den erhållna informationen är tillfyllest för att kunna fatta ett beslut om ett eventuellt avbrytande av graviditeten.

Aborten

Eftersom de flesta avbrytanden sker efter vecka 13 kommer detta att ske inneliggande på avdelning (se sen medicinsk abort, sid 35). Enkelrum med plats för make/medföljande rekommenderas. Kvinnan bör förberedas på smärtan och uppmuntras att be om smärtlindring när hon själv önskar. Kvinnan/paret bör också uppmuntras att titta på fostret efter aborten. En önskan att avstå från detta skall självfallet respekteras. Att fotografera fostret i syfte att senare kunna visa för paret kan vara en god ide. Ett svart-vitt foto av ett foster inbäddad i en handduk kan vara en hjälp i bearbetningen. Verkligheten är sällan så skrämmande som fantasier om det missbildade fostret.

Ett färgfoto för bekräftande av diagnosen, innan fostret lämnas för eventuell obduktion, kan också vara värdefullt för den som diagnostiserat avvikelsen.

Uppföljning

Återbesök 4-6 veckor efter aborten rekommenderas, gärna till den som diagnostiserat avvikelsen. Vid detta besök kan man tillsammans gå igenom resultat av obduktion (om detta gjorts) och eventuellt andra utförda undersökningar samt vid behov förlänga sjukskrivning.

Ofta kommer frågor om upprepningsrisk, handläggande av ny graviditet upp. I händelse av neuralrördefekt kan recept på folsyra utfärdas inför nästa graviditet. Vid behov och om möjlighet finns kan samtal med genetiker vara värdefullt. Även om ej genetiska skäl föreligger kan

psykologiska skäl finnas till att erbjuda extra undersökningar vid förnyad graviditet. Detta kan ge en trygghet inför planerandet av ny graviditet.

Den uppföljande kuratorskontakten

Den fortsatta samtalskontakten med kvinnan/paret följer i princip de kristeoretiska kriterier som gäller för andra kriser.

Mottagandet av beskedet om en allvarlig fosterskada medför vanligen en chock och ett trauma, som kan kräva lång tid av bearbetning. Som stöd i den processen erbjuds paret fortsatta samtal. Ett flertal studier visar samma känslomässiga reaktioner efter ett avbrytande till följd av en fosteravvikelse, som till exempel intrauterin fosterdöd eller spädbarnsdöd (9,10).

Kontakten, som är frivillig, anpassas efter parets behov och önskemål. En vanligt förekommande uppföljningskontakt består av 4-6 samtal, ibland dock kortare men inte sällan betydligt längre. Ibland återupptas också kontakten i samband med ny graviditet.

Det är i den uppföljande kontakten, som kvinnan/parets tankar och känslor kommer fram. I den akuta fasen – i samband med informationen och den förestående aborten – finns inte utrymme för alla reaktioner, som följer efter hand. Även om blivande föräldrar på ett intellektuellt plan konfronterats med oro för sjukdomstillstånd eller missbildningar hos det väntade barnet, så finns ofta inte någon psykisk och känslomässig beredskap för att bearbeta sådan information förrän senare.

Reaktioner

- *Sorg och förlust*

Anknytningsprocessen till det väntade barnet börjar tidigt i graviditeten. Graviditeten är vanligtvis önskad och välkommen. Vid tiden för beskedet om fosterskadan har man ofta kommit långt i planeringen. Förlusten av barnet är mycket påtaglig och kräver en stor omställning.

- *Skuld-känslor*

Trots fosterskadans allvarliga natur väcker aborten ofta etiska frågeställningar och inte sällan skuld-känslor, ”vad har jag för rätt att välja bort detta barn”. Den religiösa tillhörigheten kan också spela in här.

- *Skam och –mindervärdes-känslor*

”vad är det för fel på mig som inte kan föda ett friskt barn”. Svårigheter att berätta för sin omgivning att ens barn är ”defekt”. Känslan av skam över att man gjort abort, rädslan för att bli ifrågasatt av sin omgivning.

- *Oro och ängslan*

inför ny graviditet, rädsla för upprepning eller att komplikation av annat slag ska uppstå. Tilliten till den egna förmågan blir ofta rubbad.

Rapportering av fosteravvikelse

Svenska missbildningsregistret har inrättats för att löpande kunna följa utvecklingen av allvarliga missbildningar och att snabbt kunna upptäcka förändringar i missbildningspanoramata. Detta har tidigare endast gällt födda barn men sedan 1999 gäller rapporteringen även avbrutna graviditeter till följd av fosteravvikelse.

Uppgifter om kvinnans födelsedatum, avbrytandedatum, sjukhus, fostervikt och längd, graviditetsvecka, indikation, metod för prenatal diagnostik samt missbildningsdiagnos, skall rapporteras. Kopia av eventuellt PAD rekommenderas (efter att personnummer tagits bort).

År 2004 rapporterades till registret 455 avbrytanden till följd av avvikelser som upptäckts i samband med fosterdiagnostik. Det föreligger med största sannolikhet en underrapportering till registret (11).

Ingen förändring av missbildningsincidensen har observerats under det senaste året.

Faktaruta

- Erbjud gärna extra undersökningar inför graviditetsavbrytande på grund av fosteravvikelse.
- Rapportera alltid fosteravvikelse som leder till avbrytande, till missbildningsregistret.

Referenser

1. www.sos.se SOSFS 1997:20.
2. www.fub.se
3. www.agrenska.se
4. Kiely JL, Kiely M. Epidemiologic trends in multiple births in the United States, 1972-1998, *Twin Res* 2001;4:131-3.
5. Eddleman KA, Stone JL, Lynch L, Berkowitz RL. Selective termination of anomalous fetuses in multifetal pregnancies: Two hundred cases at a single center *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:1168-72.
6. De Catte L, Foulon W. Obstetric outcome after fetal reduction to singleton pregnancies *Prenat Diagn* 2002;22:206-10.
7. Yaron Y, Johnson KD, Bryant-Greenwood PK, Kramer RL, Johnson MP, Evans MI. Selective termination and elective reduction in twin pregnancies: 10 years experience at a single centre. *Hum Reprod* 1998;13:2301-4.
8. Evans MI, Goldberg JD, Horenstein J, Wapner RJ, Ayoub MA, Stone J, Lipitz S, Achiron R, Holzgreve W, Brambati B, Johnson A, Johnson MP, Shalhoub A, Berkowitz RL. Selective termination for structural, chromosomal and mendelian anomalies: international experience *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:893-7.
9. Salvesen KA, Oyen L, Schmidt N, Malt UF, Eik-Nes SH. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;80-5.
10. Zeanah CH, Dailey JV, Rosenblatt MJ, Saller DN Jr. Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *Obstet Gynecol* 1993 Aug;82(2):270-5.
11. www.sos.se missbildningsregistret.

Känslor och reaktioner hos abortsökande och personal

Lotti Helström

Trots att nära hälften av alla kvinnor i Sverige har gjort minst en abort talar man ibland om kvinnor som gör abort som en särskild sorts kvinnor.

Medan den som är nyblivet gravid ofta säger: ”*Jag är med barn*” och talar om *bar-net* använder man i sjukvården begrepp som *konceptionsprodukten, hinnsäcken, embryot, graviditeten, innehållet i livmodern*. För den som får ett graviditetsbesked öppnas tanken på och bilden av att vara *förälder, mamma* eller *pappa*.

Väldigt få människor har ett grundat beslut att aldrig någonsin bli förälder. De flesta har någon plan för sitt eget föräldraskap. Särskilt små barn har ofta en ganska tydlig bild av hur de vill bli som mamma eller pappa. Egna erfarenheter, goda och dåliga förebilder formar en föreställning om den ideala mamma eller pappa som man själv skulle vilja vara och som man bär med sig i livet. När man som vuxen inser att ett barn är på väg provas idealtypen mot verkligheten. Den gravida frågar sig om det stämmer med hennes/mannens livsplaner att ta emot sitt barn just nu (1,2).

Beslutet grundas på relationsetik

Det har beskrivits hur kvinnan tillämpar en slags konsekvensetisk metod, en relationsetik, för att komma fram till det bästa beslutet (1,3). Barnets framtid i familjen, dess relation till den blivande pappan, far- och morföräldrar, redan födda eller ofödda syskon prövas. Kvinnan prövar också sin egen relation till omgivningen i sin roll som mor. Skall hon orka älska och fostra det här barnet, i förhållande till sig själv och sina egna behov? En pliktetisk hållning är att en god mor föder och tar hand om alla sina barn. Många, kanske de flesta, intar från början den hållningen. I synnerhet när man själv är barn är det skrämmande att tänka sig att föräldrarna hade kunnat abortera en. Det är ofta först när personen själv kommer i situationen som attityden till abort förändras. ”Jag är egentligen emot abort, men i den här situationen så...” hör man ofta kvinnan säga. Många kvinnor har, å andra sidan, redan före graviditeten tänkt på abort som en möjlighet. Det kan också vara ett etiskt välgrundat beslut att avstå från att föda ett barn som man inte kan ta hand om (4).

Abort är att döda ett foster

Den som arbetar med abortvård måste, liksom den som begär abort, ta ställning till det faktum att man vid en abort dödar ett foster.

Såväl i nuvarande abortlagstiftning som i det allmänna medvetandet finns en tidsskala under vilken ett foster antar allt större människovärde. I ett någorlunda accepterat allmänt moralbegrepp är det bättre att genomgå en tidig än en sen abort, förutom att det också medför mindre medicinsk risk. Var och en som sett en ultraljudsbild av ett tickande hjärta vet att det är ett levande foster som skall tas bort, och vid en kirurgisk abort ser man tydligt kroppsdelar i utbytet. Det vet abortpatienten också, vare sig hon väljer att titta på ultraljudskärmen eller inte. Var och en behöver göra klart för sig själv när man anser att livet börjar och när fostret är en individ med eget och skyddsvärt människovärde. Den svenska abortlagstiftningen har tagit ställning för att denna rättighet inträffar då fostret är livsdugligt utanför livmodern (5).

Kvinnan vet bäst

Det är under den korta tid som erbjuds vid konsultationen inför abort omöjligt att sätta sig in i patientens personlighet och sätt att fungera. Därför måste rådgivningen präglas av respekt för hennes val, också när det kan te sig svårt att förstå för vårdgivaren. I den förra abortlagen kunde två läkare avgöra om kvinnan kunde få abort eller inte. I den nuvarande lagen är kvinnan ensam beslutsfattare. Lagstiftaren har förstått att inte ens två

läkare tillsammans kunde vara klokare än kvinnan själv. Det är också kvinnan själv som har att avgöra vad hon bäst behöver i form av rådgivning och stöd i situationen. Alla kvinnor skall erbjudas rådgivning av kurator, men det är kvinnan själv som avgör om hon vill ta emot den. Kvinnan skall också kunna välja vilken information om det väntade barnet hon behöver för sitt beslut och sin bearbetning. I de flesta fall görs en ultraljudsundersökning inför aborten. Kvinnan och mannen har rätt att få se bilden, men skall inte tvingas till det (6,7).

Abortskäl

Kvinnors abortskäl kan sammanfattas som huvudsakligen grundade på en önskan om planerat föräldraskap. Relationen till den väntade barnafadern är bland de vanligaste uppgivna skälen till abort. Mannen kan vara frånvarande eller tillfällig, relationen konfliktfylld eller mannen kan missbruka eller misshandla kvinnan och redan födda barn. Graviditeten kan också ha kommit för tidigt i en för övrigt lycklig relation, för nära föregående barn, eller sedan paret bestämt sig för att inte skaffa flera barn. I Sverige anges dålig ekonomi som mindre vanligt än i andra länder, men förekommer ändå som ett vanligt skäl. Andra egna sociala skäl, som den egna karriären, att man tycker att man är för ung eller för gammal för ett barn är också vanliga skäl.

Det är ovanligt att kvinnan valt abort som familjeplaneringsmetod framför att använda preventivmedel, men svårigheten att hitta passande preventivmetod bidrar

också. Nästan alla som gör abort har någon gång använt en preventivmetod. Det är många omständigheter som leder till att paret vid just detta tillfälle inte tillämpade någon metod, eller att den metoden misslyckades. Internationellt sett ter sig abortskälen anmärkningsvärt lika i olika länder och miljöer (8-15).

Komplicerade känslor

Nästan varje graviditet innehåller motstridiga känslor. Den kvinna som väljer att behålla graviditeten kan öppet glädja sig åt sin egen och sin mans fruktsamhet. Den abortsökande kan också känna den glädjen liksom längtan efter att få föda barnet och att få bli mor. Hon kan känna sorg över att livet är så komplicerat och över att hon förlorar barnet.

Kvinnan visar ofta tecken på skam och skuldkänslor. Hon kan känna sig dum för att ha hamnat i den här situationen, och hennes egen attityd till abort och moderskap är kanske tvärtemot det val hon nu gör. Graviditeten kan vara en påminnelse om mindre tillfredställande sexuellt samliv, kanske påtvingat genom hot, våld eller andra påtryckningar. Kvinnor med otillfredsställande sexualliv eller relation planerar inte för samlag lika ofta och har därför inte heller planerat preventivmetod i samma utsträckning som kvinnor med lyckligt samliv.

Ilska är ibland en adekvat känsla i hennes situation. Hon kan vara arg på mannen som inte tagit mera ansvar, arg på livssituationen som inte medger henne att föda sina barn när hon själv väljer det

eller arg på vården som krånglar och inte har rutiner som passar henne trots att hon har laglig rätt till abort. Ilska kan också vara ett sätt att uttrycka sorg över förlusten av det här väntade barnet och de möjligheter det kanske hade.

En mycket vanlig känsla är panik inför den oväntade situationen och över att ha förlorat kontrollen över sitt liv (16-18).

Samstämmiga och omfattande studier har visat att kvinnans känslomässiga reaktioner är störst omedelbart före aborten, såväl oron inför själva behandlingen som depressiva symtom och etiska funderingar. Kvinnan och hennes närstående kan trots det oro sig för att hon skall få problem längre fram. De kvinnor som avböjer psykosocial rådgivning före aborten vill inte sällan ha telefonnummer till kuratorn i den händelse de kommer att behöva kontakt efter aborten. Omedelbart efter aborten dominerar känslan av lättnad och glädje över att aborten är över, medan smärtsamma känslor snabbt avtar. I långtidsuppföljning kan det framförallt vara aspekter av sorg och moraliska funderingar som finns kvar. Abortprocessen innebär ofta en känsla av mognad hos både kvinnan och mannen, och för deras relation. Det finns till och med data på att de kvinnor som väljer abort har högre självkänsla och mindre depression än kvinnor som fullföljer graviditeten eller får missfall. Bland den minoritet kvinnor som har psykiska problem efter aborten har flertalet haft symtom eller diagnos redan före aborten (3,17,19-24).

Personal har också känslor

En vårdgivare som själv inte bearbetat det etiska dilemmat vid abort kan känna ilska och irritation mot abortsökande. Ibland kan hon eller han ha föreställningar om att abort är berättigat i vissa situationer men inte i andra och omedvetet förmedla en negativ attityd till den som inte motsvarar de förutsättningarna. Personalens attityd kan utmanas av kvinnans skäl till abort, hennes livsstil, att hon valt bort preventivmedel, eller hennes sätt att vara sexuell person på.

Det är exempelvis vanligt att man accepterar abort som engångsföreteelse men är kritisk till kvinnor som behöver abort flera gånger. Sådana privata regler för när abort är acceptabelt kan vara uttryck för att vårdgivarens inre konflikt inte lösts på ett flexibelt och dynamiskt sätt. Det faktum att man accepterat fri abort för att undvika något sämre, illegal abort, behöver inte betyda att man fullt ut accepterar kvinnans fria val.

Den sorg som åsynen av det aborterade fostrets kropp kan väcka är verklig och måste få finnas. Sorg, vanmakt och vrede måste man få visa och känna med andra i personalen eller i handledning. Utbildning, fortbildning och handledning i det professionella bemötandet är nödvändigt för alla som möter abortsökande kvinnor. Det finns annars risk för att känslorna förvandlas till förbjuden ilska som yttrar sig som okänsligt eller till och med fientligt bemötande av kvinnan.

En vårdgivare som själv haft problem med fruktsamheten kan känna avund och ilska mot det slöseri naturen unnar den

kvinnor som begär abort. Kvinnosjukvården har en inbyggd konflikt i att man samtidigt hjälper de kvinnor som har svårt att få barn som de kvinnor som inte vill ha sina graviditeter (25).

Abortlagen stadgar en juridisk rättighet till vård för abort, medan alla andra tillstånd tas om hand när vården tycker att det behövs, och inte till följd av en oavvislig skyldighet. Det är en paradox som gör att abortsökande kan tyckas ha företräde till vård framför exempelvis cancersjuka.

Det är lätt att känna en trötthet inför att abort behövs trots bra preventivmetoder, och lätt att glömma att kvinnor har olika grad av fruktsamhet, olika känslighet för sidoeffekter av preventivmetoder och att man under ett långt liv och komplicerade sexuella situationer kan ha samlag utan skydd någon gång. Man kan fråga sig hur många som inte någon enda gång hoppat över att använda en säker preventivmetod. De som arbetar med abortvård, exempelvis gynekologer, gör abort i samma utsträckning som andra kvinnor (25).

Trots att det finns så många känslor och paradoxer har den som valt att arbeta med abortvård nästan alltid en positiv syn på kvinnans fria val och på kvinnor som väljer abort. Att få stödja och hjälpa en kvinna i en svår period upplevs som tillfredställande och meningsfullt (25,26).

En av vårdens viktigaste uppgifter är att hjälpa kvinnan att inte förneka det som hänt utan förbereda sig bättre i fortsättningen så att oönskade graviditeter undviks. För att nå dit är en mästrande attityd

kontraproduktiv. Det finns flera positiva aspekter att utgå ifrån. Man kan tillsammans glädjas över att hon är fruktsam och från den utgångspunkten diskutera framtida val. Det är också positivt att hon har en sexualitet och har gjort ett val att ha en sexuell relation även om den just nu inte är förenad med barnönskan. Möjligheten att få ett gott samarbete med kvinnan ökar om hennes självbild kan stärkas. Man kan också känna glädje över sin egen roll, att vi kan erbjuda säkra aborter och bra preventivmetoder.

Faktaruta

- Abort är en av de vanligaste medicinska åtgärderna. Nära hälften av alla kvinnor gör någon gång abort.
- Ett ovälkommet graviditetsbesked kan utlösa starka känslor som vid akut kris. Motstridiga känslor inför graviditeten är vanligt.
- Psykologiska och psykiatriska sen-effekter av abort är ovanliga och då oftast relaterade till problem som fanns redan före aborten.
- Personal kan hysa samma uppfattningar om abort, ha samma känslor och gör abort i samma utsträckning som andra kvinnor. Känslor av ambivalens, sorg, otillräcklighet och lättnad kan finnas också bland personalen.
- Personal i abortvård bör ha tillgång till handledning och forum för diskussion om egna och patienternas känslor och upplevelser.

Referenser

1. Gilligan C. Med kvinnors röst: psykologisk teori och kvinnors utveckling (Originalets titel: In another voice) 1985 Stockholm: Prisma, Värnamo: Fälth.
2. Helström L, Victor A. Information and emotional support to women with miscarriage J of Psychosomatic Obstet Gynecology 1987; 7:93-8.
3. Holmgren K, Uddenberg N. Abortion ethics-women's post abortion assessments. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;73:492-6.
4. Kero A, Högberg U, Jacobsson L, Lalos A. Legal abortion: a painful necessity. Soc Sci Med 2001;53:1481-90.
5. Abortlag. SFS 1974:595.
6. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS 2004:4.
7. Edström G, Hamark B, Helström L, Hinsell P, Tegmark B. Hur tar vi hand om abortsökande kvinnor i ett modernt samhälle? Medlemsbladet SFOG 2000;1:23-5.
8. Helström L, Odland V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. Scand J Public Health 2003;31:405-10.
9. Larsson M, Aneblom G, Odland V, Tydén T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81:64-71.
10. Kero A, Högberg U, Lalos A. Contraceptive risk-taking in women and men facing legal abortion. Eur J Contracept Reprod Health Care 2001;Dec;6(4):205-18.
11. Savonius H, Pkarinen P, Sjöberg L, Kajanoja P. Reasons for pregnancy termination: Negligence or failure of contraception? Acta Obstet Gynecol Scand 1995;74:818-21.
12. Törnblom M. Psychosocial factors related to the choice of legal abortion. Göteborgs universitet 1999:37-9.

13. Hamark B, Uddenberg N, Forssman L. The influence of social class on parity and psychological reactions in women coming for induced abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74:302-6.
14. Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries. *Int Fam Plan Perspect* 1998;24:117-52.
15. Henshaw S, Kost K. Abortion patients in 1994-1995: characteristics and contraceptive use. *Fam Plann Perspect* 1996;28:140-7.
16. Kero A, Lalos A. Ambivalence - a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *J Psychosom Obstet Gyn* 2001;21(2):81-91.
17. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2003;Dec;23:929-58.
18. Wijma B. Abort, en självklar rättighet eller diagnos i skamvrån? Har skuldkänslor någon plats vid abort? Äkta kontra falska skuldkänslor. Symposium Svenska Läkaresällskapets riksstämma 2001.
19. Kero A, Högberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth - long-term effects of legal abortion. *Soc Sci Med* 2004;58:2559-69.
20. Dagg PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion--denied and completed. *Am J Psychiatry* 1991;148:578-85.
21. Nordal Broen A, Moum T, Sejersted Bødtker A, Ekeberg Ö. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study. *Psychosom Med* 2004; 66:265-71.
22. Quinton WJ, Major B, Richards C. Adolescents and adjustment to abortion: are minors at greater risk? *Psychol Public Policy Law* 2001;Sep 7:491-514.
23. Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:777-84.
24. Athanasiou R, Oppel W, Michelson L, Unger T, Yager M. Psychiatric sequelae to term birth and induced early and late abortion: a longitudinal study. *Fam Plann Perspect* 1973;5: 227-31.
25. Hammarstedt M, Jacobsson L, Wulff M, Lalos A. Views of midwives and gynecologists on legal abortion - a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:58-64.
26. Zätterström C, Johansson M. Fri abort, javisst. *Jordemodern* 1998;111/5:203-4.

Mäns upplevelser och reaktioner före och efter abort

Anneli Kero och Ann Lalos

Detta kapitel baseras huvudsakligen på forskning som omfattar män involverade i abort genomförda vid Universitetssjukhuset i Umeå (1,2,3,4). Abortstudier som fokuserar på den manliga parten är ytterst ovanliga, både nationellt och internationellt, vilket medför att mannens roll vid oönskad graviditet och abort förblir förhållandevis okänd. Ytterligare skäl till att män involverade i abort fortsätter att ha en undanskymd position är att abort oftast i den offentliga diskussionen förknippas med ensamstående och utsatta kvinnor. En omfattande del av aborterna görs dock i stabila parrelationer. Detta innebär således att tiotusentals män årligen i Sverige är involverade i en abortprocess eftersom vi vet att abortsökande kvinnor oftast har berättat för sin partner om graviditeten (5,6).

Att vara "vid sidan om"

"... jag är rädd att männens funderingar och känslor kring abort bagatelliseras och åsidosätts. Jag vet att kvinnan bär på barnet och det är hennes kropp men jag känner likväl att man som man bör vara en part i

beslutet om abort eller inte. Föds det är ju mannen lika ansvarig ekonomiskt sett. Jag inser likväl att det är orimligt att tvinga en kvinna att föda om hon inte vill. Det är ett klart dilemma..." (man 23 år, inga barn).

Ovanstående citat ger ett exempel på mannens och kvinnans skilda utgångslägen inom reproduktionen. Befruktningen sker i kvinnans kropp, hon är den som är gravid och den som föder. När det gäller männens position i förhållande till en graviditet präglas den mycket av att vara "vid sidan om" (7). Detta avspeglas bland annat i att det inte finns något specifikt ord för en man involverad i en graviditet. Han kan definieras som "befruktare", "blivande pappa" eller "mannen vars partner är gravid, föder eller genomgår abort". Att använda ordet "partner" kan vara olämpligt och missledande eftersom kvinnor av olika skäl inte alltid betraktar den man de haft samlag med som sin "partner". Även i de fall kvinnan och mannen är helt överens om att välja abort så innebär ändå beslutet att respektive kön ställs inför olika realiteter. Aborten sker i

kvinnans kropp och i existentiell mening är hon alltid ensam i beslutet. Mannen har inte någon formell rätt eller makt att vara med och bestämma huruvida en graviditet skall avbrytas eller inte. Å andra sidan, kan mannen på ett mer eller mindre direkt eller indirekt sätt försöka påverka den gravida kvinnan. Här kan det givetvis uppkomma intressekonflikter mellan könen. Detta förespeglas exempelvis i en amerikansk attitydundersökning som visade att majoriteten bland unga män ansåg att det inte var acceptabelt att en kvinna gjorde abort mot sin partners vilja (8). I tidigare nämnda studie bland 75 svenska män bejakade emellertid alla utom två kvinnans rätt att helt och hållet *själv* bestämma om abort. Många betonade dock att de ville vara delaktiga i beslutsprocessen, vilket också framkommit i några andra studier (1,3,8).

Ett komplext ställningstagande utan beslutanderätt

I studier bland abortsökande kvinnor kopplas ofta abortmotiv ihop med att kvinnan saknar partner eller har en dåligt fungerande relation till partnern. Vår studie belyser abortmotiv och förhållningsätt bland män i relativt välfungerande parförhållanden. I sitt ställningstagande uppgav de flesta män att de hade tagit hänsyn till sig själva, kvinnan, eventuellt redan existerande barn *samt* det potentiella barnet. För hälften hade de egna intressena vägt tyngst. De flesta män gav klart och entydigt uttryck för att de ville att kvinnan skulle genomgå abort och uppgav även specifika motiv. Några

betonade dock att de inte ville ta något direkt ställningstagande utan överlät till kvinnan att fatta det avgörande beslutet. En del av dessa menade att ett sätt för dem att ta ansvar för situationen var att stödja kvinnan oavsett vilket beslut hon fattade. Totalt två av 75 män ville att kvinnan skulle fullfölja graviditeten medan två hade en partner som helst ville fullfölja graviditeten (1).

Männens motiv för abort visade sig vara i stort sett identiska med de motiv som abortsökande kvinnor vanligtvis uppger (5). Motiven avspeglar behovet av ett planerat föräldraskap med andra ord de villkor som både kvinnor och män generellt brukar uppge skall vara för handen för att de skall vilja skaffa barn. Kortfattat kan man säga att det handlar om en strävan att skaffa "rätt" antal barn, vid "rätt" tidpunkt och med "rätt" partner. Vanliga motiv bland de män som redan var fäder var att de redan hade det antal barn de önskade och att de upplevde att de inte hade tid, utrymme eller energi för *ytterligare* barn. Arbete/studier och existerande barn prioriterades därför. De som ville *uppskjuta* sitt första föräldraskap uppgav att de främst behövde prioritera arbete/studier och de betonade det nödvändiga i att först skaffa en acceptabel materiell grund och ett välfungerande parförhållande. Nästan alla män var dock nöjda med sitt parförhållande och hälften hade varit tillsammans med sin partner i mer än tre år. Medelåldern låg på 29 år och de flesta yrkesarbetade eller studerade, och det stora flertalet uppgav att de hade en god ekonomi. Hälften av dem hade redan

barn och var fjärde hade också tidigare varit involverade i en abort.

Motstridiga känslor inför graviditeten

Många män gav uttryck för att den uppkomna graviditeten och den förestående aborten hade väckt motstridiga känslor. Det framkom tydligt att män, i likhet med kvinnor som genomgår abort, upplever att ställningstagandet för eller mot abort har många bottenar (1,5). Var tredje man hade upplevt *enbart* smärtsamma känslor som överklighet, förtvivlan, skuld och panik när han fick kännedom om den oplanerade/oönskade graviditeten. Skuldkänslorna visade sig bland annat ha att göra med att man ansåg sig ha brustit i ansvaret för preventionen och därmed bidragit till att kvinnan hamnat i en svår situation. Å andra sidan hade majoriteten av männen *också* upplevt positiva känslor, och var fjärde man hade initialt upplevt *enbart* känslor som förundran, glädje och stolthet. De positiva känslorna förknippades bland annat med att deras reproduktiva förmåga blivit bekräftad. "... nu vet jag att jag kan göra en kvinna gravid..." (man 19 år, inga barn), "...på ett sätt känns det bra att veta att man kan göra barn, vilket man inte kan ta för givet..." (man 20 år, inga barn). I likhet med de abortsökande kvinnorna som också hade upplevt positiva känslor uppgav nästan alla män att de trots sina positiva känslor *ändå* ville att aborten skulle genomföras (5).

Motstridiga känslor inför aborten

Inför själva aborten var de dominerande känslorna bland männen oro, skuld, sorg

parallellt med känslor av lättnad över att slippa ett oönskat faderskap. Trots de smärtsamma känslorna beskrev ingen sina upplevelser i termer av kris. Däremot nämnde vissa att det de upplevt som svårast var att man inom parförhållandet hade olika åsikter om hur man skulle förhålla sig till graviditeten. Aborten uppfattades av de flesta som ett ansvarstagande och legitimerades av åsikter som att barn har rätt att vara önskat och planerat så att man kan ge dem tid, trygghet och en hygglig materiell standard. Många män uppgav att de redan hade svårigheter att kombinera yrkesliv, parrelation och föräldraskap (1). I samband med sitt ställningstagande för abort hade mer än en tredjedel av männen upplevt en "stor" eller "ganska stor" samvetskonflikt. Det handlade främst om att man fann graviditetsavbrytandet etiskt problematiskt.

Reaktioner efter aborten

Lättnad och tillfredställelse

"... det jobbiga var över i och med aborten..." (man 23 år, inga barn).

Ovanstående är exempel på ett typiskt citat vid uppföljningsintervjuerna fyra och tolv månader efter aborten (3). De flesta uppgav att de redan under beslutsprocessen före aborten hade avklarat bearbetningen och att de inte upplevt några besvär därefter. Aborten beskrevs företrädesvis som en lättnad och som ett ansvarstagande för hela den uppkomna situationen.

"...har tagit ansvar för existerande barn, och för detta barn, som inte var önskat, och för oss själva och för hela vår livssituation"

med arbete och fritid... jag är rädd för att det hade blivit för mycket annars..." (man 36 år, 2 barn).

Alla män tyckte att beslutet som tagits var det "bästa" eller det "rätta" även om flera också karaktäriserade beslutet som "sorgligt". Dessa resultat är i överensstämmelse med hur även kvinnor vanligtvis beskriver sina erfarenheter efter en genomgången abort (9).

Sorg och förlust

"...jag sörjde barnet...och även en tidigare abort kom upp..." (man 33 år, 3 barn).

Lättnad över att ha sluppit ett påtvingat faderskap behöver inte utesluta känslor av förlust. Detta återspeglas i att flera män i studien gav uttryck för sorg och tomhet som de förknippade med förlusten av det potentiella barnet. Totalt tre män beskrev att de genomgått en sorgprocess direkt efter aborten och en av dessa hade anlitat professionellt samtalsstöd. Ett år senare uppger emellertid ingen emotionella besvär kopplade till aborten.

Ett ansvarstagande men också ett etiskt dilemma

"...ett liv... en bror eller syster... det är oetiskt att ta bort det ... jag tog ett ställningstagande som jag ogillar moraliskt..." (man 33 år, 3 barn).

Som tidigare nämnts ångrade ingen man sitt ställningstagande för abort ett år efteråt. Aborten upplevdes fortfarande som ett ansvarstagande och legitimerades utifrån männens stävan att skapa fungerande livsvillkor för både sig själva och sin familj. Parallellt med detta upp-

levde många män att aborten också var plågsam och etiskt problematisk utifrån fostrets perspektiv. Liknande motstridiga känslor och uppfattningar i relation till abort är vanligt förekommande även bland kvinnor. Detta är emellertid sällan synonymt med att man är beslutsambivalent eller ångrar sitt abortbeslut (5,9). Denna komplexitet lyfts dock inte fram i den offentliga diskussionen. Studier visar emellertid tydligt att både kvinnor och män involverade i abort kan bejaka aborträtten utan att för den skull utesluta de etiska reflektionerna (2,9,10). Motstridiga känslor inför abortbeslut bör inte betraktas som något enbart problematiskt utan kan ses som en logisk reaktion som avspeglar olika perspektiv och värden som kolliderar, men som ändå måste vävas samman.

Maktlöshet och utanförskap

"... jag skulle gärna ha behållit barnet ... man kan inte bearbeta maktlöshet, det är bara att inse att man ej kan påverka ... jag var ledsen i början ... har lärt mig acceptera maktlösheten..." (man 26 år, 1 barn).

Endast ett fåtal män gav uttryck för känslor av maktlöshet och utanförskap, vilket de relaterade till att "stå vid sidan om" eller att sakna formell makt över abortbeslutet. Att inte fler män uppgav känslor av utanförskap och maktlöshet kan tolkas som att männen i stor utsträckning ändå kände sig delaktiga i kvinnans beslut och oftast också var av samma uppfattning som hon. De flesta hade kunnat prata öppet med varandra och de beskrev att de vid behov hade fått det stöd de behövde

av sin partner. De två män som hade velat att kvinnan skulle fullfölja graviditeten uppgav dock att de delvis hållit tillbaka sina känslor eftersom de ville att partnern skulle känna sig fri att fatta ett eget beslut. Nästan alla fortsatte sin parrelation och fler än hälften uppgav ett år efter att relationen hade fördjupats som en följd av abortprocessen.

Mognad och fördjupad självkänedom

"... jag tycker fortfarande att beslutet var det rätta ... allt som är svårt som man lyckas hantera gör att man mognar... min flickvän och jag har kommit varandra närmare ..." (man 19 år, inga barn).

"... har fått större personlig mognad och ödmjukhet inför livet..." (man 45 år, 4 barn).

I likhet med abortsökande kvinnor värderar de flesta män sina erfarenheter av abortprocessen ett år efter som *enbart* positiva (3,9). Att inte förneka eller förtränga sidor hos sig själv som väckts i samband med graviditeten och aborten – känslor som glädje, sorg, tomhet, skuld, lättnad och befrielse - har sannolikt bidragit till den fördjupade självkänedom, mognad och stärkta självkänsla som många män beskrev som en positiv följd av abortprocessen. Detta tyder på en god copingförmåga och en tillfredställande bearbetning av denna ofta mycket stressfulla situation.

Mannen i abortvården

I en svensk studie bland personal på 121 ungdomsmottagningar uppskattade man att 25 procent av flickorna som fått ett

positivt graviditetstest hade med sig sin partner när de kom till mottagningen (11). Av dessa mottagningar erbjöd 16 procent rutinmässigt ett individuellt stöd till partnern. Bland dessa unga potentiella fäder upplevde många det positiva graviditetstestet som chockartat, och personalen ansåg att lättnad var den vanligaste reaktionen hos den unge mannen då flickvännen beslutat sig för abort. Personalen menade vidare att känslor av maktlöshet och utanförskap var vanligt förekommande bland de unga männen trots att de flesta hade tillåtits påverka eller medverka i abortbeslutet.

Generellt sett är män på våra abortmottagningar relativt sällsynta. En studie bland 211 abortsökande kvinnor i Umeå visade att enbart åtta procent av dem hade med sin partner till abortmottagningen på kvinnokliniken i samband med det första läkarbesöket (5).

Bland de män som följde sin partner till första läkarbesöket var det tyvärr flera som uttryckte kritik gentemot det bemötande de fick. En man sa exempelvis *"... fick en uppfattning att jag inte skulle ha följt med till doktorn... det är fel att bara kvinnan är patient..."* (man 23 år, inga barn).

En annan säger *"... där fanns ingen positiv attityd gentemot män, jag fick en känsla av att jag inte borde vara där... skulle aldrig gå dit igen..."* (man 18 år, inga barn).

Aborträtten är för många en kontroversiell fråga som ofta debatteras enbart i termer av "rätt eller fel". Detta leder till att kvinnors och mäns faktiska aborterfarenheter huvudsakligen förblir dolda och tabubelagda, vilket i sin tur leder till att

varken kvinnor eller män kan hitta yttre referensramar och förebilder som de kan identifiera sig med. Vanliga spontana kommentarer från både män och kvinnor i våra studier handlade därför om hur positivt det var att männen äntligen fick komma till tals och blev lyssnade till. Även om männen som kommer till våra abortmottagningar inte är patienter i vanlig bemärkelse måste de självfallet få ett adekvat bemötande. I detta sammanhang är det angeläget att betona att detta bemötande av såväl kvinnor som män, kräver en öppenhet för etiska dilemman och till synes paradoxala känslor. Avslutningsvis kan vi konstatera att det är en utmaning för framtiden att synliggöra och integrera männen som en central målgrupp när det gäller att värna om den sexuella och reproduktiva hälsan. För att på sikt öka preventivmedelsanvändandet och minska antalet oönskade graviditeter är det av avgörande betydelse att det förebyggande arbetet upphör att ensidigt koncentrera sig på kvinnorna och istället aktivt börjar fokusera även på männen.

Faktaruta

- Tiotusentals män i Sverige är involverade i abort varje år.
- Män vill vara delaktiga i beslutsprocessen samtidigt som de beaktar kvinnans beslutanderätt.
- Mäns motiv för abort överensstämmer i hög utsträckning med kvinnors.
- Män upplever ofta motstridiga känslor både inför graviditeten och aborten.
- Män beskriver ofta abort både som ett ansvarstagande och en lättnad.
- Abortprocessen kan för män innebära en fördjupad självkänedom och mognad.
- Personalens bemötande av såväl män som kvinnor bör präglas av en öppenhet inför motstridiga känslor och etiska dilemman.
- Det är en utmaning för framtiden att fokusera även på männen i det förebyggande arbetet i syfte att minska antalet oönskade graviditeter och främja den sexuella hälsan.

Referenser

1. Kero A, Lalos A, Högberg U, Jacobsson L. The male partner involved in legal abortion, *Human Reproduction* 1999;14:2669-75.
2. Kero A, Lalos A. Ambivalence – a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *J Psychosom Obst Gyn* 2000;21:81-91.
3. Kero A, Lalos A. Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion. *J Psychosom Obst Gyn* 2004;25:135-43.
4. Kero, A. Paradoxes in Legal Abortion. A longitudinal study of motives, attitudes and experiences in women and men. Avhandling, Umeå Universitet, Umeå 2002.
5. Kero A, Högberg U, Jacobsson L, Lalos A. Legal abortion – a painful necessity, *Soc Sci Med* 2001;53:1481-90.
6. Lalos A. Reproduction, contraception and sexuality. In: *Sex in Sweden - on the Swedish sexual life* (Ed. Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson S-A). The National Institute of Public Health 2000;17:183-98.
7. Kero A, Lalos A. Förhindra och avbryta graviditet - kvinnors och mäns villkor och val. I *Kropp och genus i medicinen* (red. Hovellius B, Johansson E), Studentlitteratur, Lund 2004.
8. Redmond MA. Attitudes of adolescent males toward adolescent pregnancy and fatherhood. *Fam Relat* 1985;34:337-4.
9. Kero A, Högberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Soc Sci Med* 2004;58:2559-69.
10. Holmberg LI, Wahlberg V. The process of decision making on abortion. A grounded theory study of young men in Sweden. *J Adol Health* 2000;26:230-4.
11. Holmberg LI, Wahlberg V. The staff's views regarding young men involved in decisions on abortion: Preliminary information from a study of outpatient clinics for adolescents in Sweden. *Gyn Obst Invest* 1999;47:177-81.

Abort i ett mångkulturellt samhälle

Karin Bondestam

Av central betydelse för alla kulturer är lagar och sedvänjor som skall reglera sexualitet och reproduktion. Inga kulturer är helt fasta och statiska utan alla förändras. Kulturer är inte heller konsistenta och olika grupper och individer inom en kultur gör olika tolkningar av de regler som finns. Det förekommer att även uttalade abortmotståndare väljer att göra abort (och fortsätter att vara abortmotståndare).

Sverige är idag i hög grad ett mångkulturellt samhälle. Enligt Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik fanns här år 2004 nästan en halv miljon utländska medborgare, drygt en miljon svenska medborgare födda i annat land och cirka 23 000 asylsökande (1). Här finns människor från nästan alla jordens länder, alltså från länder där aborter är lagliga och länder där aborter är helt olagliga, länder där en kvinna lagenligt kan straffas med döden för att hon fött ett utomäktenskapligt barn och länder som är mycket lika Sverige. Även för människor födda i Sverige ser synen på hur sexualitet och barnafödande skall

regleras mycket olika ut och påverkas av familj, vänner, samhälle, religion, egna erfarenheter m m.

I avsnittet om historiska aspekter kan vi följa den svenska officiella ståndpunktens förändring. Praxis och lagar inverkar på varandra. Hur vanligt det är att en svensk kvinna varit med om abort ser olika ut i olika åldersgrupper och i olika sociala grupper. I undersökningen Sex i Sverige –96 hade sex procent av kvinnorna i åldersgruppen 66-74 år som varit gravida varit med om abort, 49 procent bland 18-24-åringarna (2). Man kan fundera på i vilken grad vi och våra barn lever i samma kultur, hur mycket kulturen ändrar sig mellan generationerna även om man bor kvar i sitt födelseland. Flera svenska undersökningar har också visat att sexualdebutålder och aborter inte ser lika ut i olika socialgrupper. Abort förekommer i alla kulturer men är olika vanligt.

De flesta kulturella förändringar går mer eller mindre långsamt och gradvis. Om man flyttar från en kultur till en annan kan mötet med den nya kulturen vara chockartat. Om den nya kulturen innebär

ett hot mot grundläggande värderingar, status eller självbild är det lätt att glorifiera och bita sig fast vid sin bild av "hur det var förr" eller i ens tidigare hemland.

Socialstyrelsens abortstatistik ger inga uppgifter om etnicitet och man kan inte ur det få fram om det är vanligare med abort i vissa etniska grupper. En undersökning från Stockholm 1999-2000 visade att immigrantstatus utgjorde en oberoende riskfaktor för att göra abort (3). En undersökning från Malmö 1989 visade att områden med hög andel invandrare också hade hög andel aborter (4). Båda dessa undersökningar påpekar dock att ingen specifik grupp utmärker sig och att andra socio-ekonomiska faktorer samvarierar med immigrantstatus och med aborttal.

När en kvinna söker oss för att hon vill göra abort söker hon oss inte som representant för sin kultur, sin religion eller sitt födelseland utan som en vårdsökande kvinna. Bor hon i Sverige har hon rätt att på egen begäran få göra abort i enlighet med den svenska abortlagen. Vår uppgift är att så bra vi kan se till att en önskad abort blir utförd på för henne skonsammaste sätt och ge god information om möjliga sätt att undvika framtida oönskade graviditeter. Vi ska fråga vad hon själv tänker och tycker om sin graviditet, vilka frågor och farhågor hon har, vad hon vill ha reda på, vad hon har för stöd bland anhöriga eller vänner och om det föreligger hot. För att åstadkomma detta behöver vi lyssna, vara tydliga och försöka uppnå en ömsesidig förståelse och

överenskommelse. Detta gäller oavsett om den kvinna vi har framför oss heter Fatima eller Anna, är ljus eller mörk, pratar albanska eller svenska, är lång eller kort, ung eller gammal. För dem som har mindre eller inget stöd från familj, vänner, kultur, religion kommer sjukvården spela en viktigare roll.

Praktiska råd

Ha aldrig en anhörig som tolk. Använd professionella tolkar och tänk på möjligheten till telefontolk som ger större anonymitet. Detta är särskilt viktigt i små språkgrupper där många är släkt med eller känner varandra, så att sekretessen blir svårare att upprätthålla.

Om kvinnan kommer tillsammans med någon, försäkra dig om att det överensstämmer med hennes önskemål att ha med den personen och att hon kommer till tals eller se till att också få prata ensam med henne.

I samband med preventivmedelsrådgivning, tänk på att baskunskaper om anatomi, fysiologi och reproduktion kan saknas. Det finns också många föreställningar kring preventivmedel, (t ex att spiral innebär abort en gång i månaden, p-piller leder till sterilitet, det är farligt att inte ha regelbundna blödningar) som behöver ventileras och bemötas. Ta reda på om det finns personer som anser sig ha rätt att bestämma över kvinnans preventivmedelsanvändning, till exempel föräldrar eller make och anpassa valet av preventivmedel efter vad som kan vara möjligt att praktiskt använda.

Referenser

1. SCB statistik.
2. Lewin B (red). Sex i Sverige –96 Stockholm 1997.
3. Helström L, Odling V, Zätterström C. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. Scand J Public Health 2003;31.
4. Söderberg H. Urban women applying for induced abortion. Malmö 1998 (doktorsavhandling).

Faktaruta

Bra webadress för att hitta information om mångkulturell sjukvård
equip.nhs.uk/language.html

Abort i ett globalt perspektiv

Viveca Odling och Kajsa Sundström

WHO uppskattar att av de cirka 210 miljoner graviditeter, som årligen inträffar i världen, slutar ungefär 22 procent, det vill säga 46 miljoner, i abort. Cirka 20 miljoner av dessa är så kallade osäkra aborter ('unsafe abortion'), ofta illegala. Totalt dör omkring 515 000 kvinnor årligen som följd av graviditet och förlossning, varav 99 procent i fattiga utvecklingsländer. Av samtliga mödradödsfall uppskattas cirka 70 000 orsakas av komplikationer till abort, vilket motsvarar drygt 13 procent av mödramortaliteten. Medan andelen är låg i Europa, USA och Ostasien beräknas 20-25 procent av mödramortaliteten i SydAsien, 30-50 procent i Afrika söder om Sahara, och 20 procent i Latinamerika ha samband med abort (1,2,3).

Minst hälften av alla aborter görs i länder, där abort är förbjuden och/eller hälsovården otillräcklig. Eftersom vård vid abort alltid finns tillgänglig för den som kan betala, blir unga, ogifta kvinnor, kvinnor i flyktingläger, kvinnor som lever isolerat och/eller lever i stor fattigdom de mest utsatta. Vid en oönskad graviditet är de hänvisade till farliga aborter med betydande risk att dö eller att få allvarliga kvarstående skador (1).

Data om mödradödlighet är osäkra, speciellt när det gäller sambandet med abort, eftersom det föreligger en betydande underrapportering av illegala men också legala aborter. Enligt WHO:s beräkningar är abortrelaterad mortalitet och morbiditet hög i länder med restriktiv abortlag (2). Medan en medicinskt korrekt utförd abort är mycket säker – dödligheten kan beräknas till knappt en per 100 000 ingrepp - är risken att dö i anslutning till osäkra aborter betydande, mellan 100 och 1000 per 100 000 ingrepp. De direkta dödsorsakerna vid abort är blödningar, stora vävnadsskador, svåra infektioner och sepsis (2,3).

Data om morbiditet efter abort är ännu mera osäkra än mortalitetsdata. En uppskattning är att 5-7,5 miljoner kvinnor årligen får bestående skador efter abortingrepp såsom kroniska smärtor, urinvägsproblem, fistlar eller infertilitet (1,2).

Internationella abortsiffror

Tillförlitlig abortstatistik är svår att få även i länder där abort är tillåten. Ofta redovisas minimisiffror både för legala och illegala aborter. Abort utan komplikation

rapporteras inte, och dödsfall eller skador efter abort klassificeras ofta under andra diagnoser. Aborter som utförs på privata kliniker i länder med abortförbud, som i Latinamerika, men även där abort är tillåten, som i Sovjetunionen och Indien, rapporteras inte alls eller ofullständigt (2).

I de nordiska länderna som har likartad lagstiftning och abortstatistik utförs i medeltal mellan 13 och 15 aborter per 1000 kvinnor i åldrarna 15 till 49 år. Variationen mellan respektive länder var år 2003 i Danmark 12,5, i Finland 9,0, i Island (2002) 12,8, i Norge 12,9, och i Sverige 17,2 (5,6). De lägsta aborttalen i Europa rapporteras från Nederländerna med omkring 5,5 aborter per 1000 kvinnor i fertil ålder. I övriga Västeuropa, USA och Kanada ligger aborttalen mellan tio och 23. Östeuropa, särskilt Ryssland (82/1000), har generellt betydligt högre aborttal men med stora variationer länderna emellan. Tillgången på preventivmedel har sedan länge varit otillräcklig i dessa länder och abort är därför en vanlig metod för födelsekontroll. Efter Sovjetunionens upplösning har en minskad abortfrekvens rapporterats från bland annat de baltiska länderna, Ryssland och Ukraina (7). De högsta aborttalen i världen, kring 80/1000, rapporteras från Rumänien, Kuba och Vietnam. Tal över 50/1000 finns i Chile och Peru, medan Kina rapporterar cirka 40 och Japan 19 aborter per 1 000 fertila kvinnor (3).

WHO:s kartläggning av 'unsafe abortions' visar att frekvensen av dessa riskfyllda aborter genomgående är högre i

Afrika, Asien och Latinamerika än i Europa. Detsamma gäller för antalet abortrelaterade mödradödsfall. En klar trend under 1990-talet är att aborter, speciellt i länder med förbud mot abort, ökat i de yngsta åldersgrupperna. Uppskattningsvis sker 40 procent av alla osäkra aborter i utvecklingsländer i åldersgruppen 15-24 år med en spridning från 30 procent i Asien till närmare 60 procent i Afrika (2).

Abortlagstiftning och tillämpning

Lagstiftning om abort varierar kraftigt, alltifrån totalförbud till fri abort. Det finns också länder som Kina, Vietnam och Indien där abort uppmuntras eller påbjuds som ett led i befolkningspolitiken. En skiljelinje går mellan länder där abort är tillåten på kvinnors begäran och de där abort är förbjuden men kan tillåtas på mer eller mindre stränga indikationer. Dessa kan vara humanitära, medicinska eller socioekonomiska. Abort kan också tillåtas vid konstaterad skada eller sjukdom hos fostret, samt efter våldtäkt. Tolkning och tillämpning av abortlagarna varierar mycket mellan olika länder och även inom ett land (8,9).

I stora delar av världen infördes från 1950-talet till mitten av 1980-talet abortlagar som liberaliserade tidigare förbud mot avbrytande av graviditet. Det gällde framför allt i Europa, USA, och i dåvarande Sovjetunionen och Östblocket samt i folkrika länder i Asien, som Japan, Kina, Vietnam och Indien. Andra länder i Asien och de flesta länder i Afrika behöll stränga lagar från kolonialtiden långt efter det att de forna kolonialmakterna libera-

liserat sina lagar. Även i katolska länder i Europa, som Frankrike och Italien, tilläts abort medan hela Latinamerika och katolska länder i Asien behållit förbudet mot abort (9).

Under de senaste 20 åren har ytterligare ett 20-tal länder liberaliserat abortlagstiftningen medan andra istället skärpt abortlagarna och/eller tillämpningen av dem. År 1996 införde Sydafrika, som det första landet i södra Afrika, en lag som ger kvinnor rätt att välja abort upp till tolfte graviditetsveckan. Det uttalade syftet var att minska de illegala aborterna som bidrog till en hög mödradödlighet (10). I Östeuropa har lagarna skärpts under 1990-talet, speciellt i Polen, där katolska kyrkan fick stort inflytande efter kommunistregimens fall. Sedan 1993 är abort i praktiken förbjuden i den offentliga sjukvården och upprepade förslag att åter liberalisera lagen har ej kunnat genomföras (11). Polen fick i likhet med Malta behålla stränga abortlagar vid EU-inträdet. Generellt är EU-länderna splittrade i abortfrågan och lagstiftningen varierar.

Omkring 25 procent av världens kvinnor lever i länder, där abort är helt förbjuden eller tillåten endast om kvinnans liv är i uppenbar fara. I några av dessa länder tilläts abort också efter våldtäkt. Straff utdöms, inte endast för den som utför ingreppet, utan också för kvinnan som genomgått aborten. Detta stränga abortförbud råder i större delen av Latinamerika, i många länder med stor muslimsk befolkning i Mellanöstern och i Sydostasien som Indonesien och

Bangladesh (12). Många länder i Afrika har dessa stränga abortlagar och i Europa har Irland, Polen och Malta förbud mot abort (3).

Uppskattningsvis 14 procent av världens kvinnor lever i länder som tillåter abort på medicinsk indikation, det vill säga om kvinnans liv eller fysiska hälsa är allvarligt hotad. I några av dessa länder tilläts också abort om kvinnans psykiska hälsa är i fara. Abort kan också beviljas efter våldtäkt och konstaterad fosterskada. Däremot godkänns inte sociala skäl. Exempel på länder med denna strikta lagstiftning är Argentina, Bolivia, Thailand, Portugal och Spanien (3).

Omkring 20 procent av världens kvinnor lever i länder som tillåter abort på såväl medicinska som socioekonomiska grunder. Denna lagstiftning finns bland annat i Storbritannien, Australien, Indien, Japan, samt Island och Finland (6). I praktiken tilläts abort på vida indikationer och skillnaden mot länder med helt fri abort är att kvinnan måste ansöka och framlägga sina skäl för att få aborten beviljad.

Ungefär 40 procent av världens kvinnor lever i länder med fri abort, vilket innebär att en kvinna har rätt att avbryta sin graviditet utan att ange skäl eller motivera sitt beslut. Dit hör folkrika länder som Kina, USA och Ryssland samt, i Europa, Sverige, Danmark, Holland och Italien. I USA regleras rätten till abort av ett utslag i högsta domstolen 1973 (Roe versus Wade) som slog fast att abort hör till individens privatliv och att USAs konstitution skyddar denna "right to

privacy”. Detta beslut har alltsedan dess utsatts för upprepade försök till omprövning eller inskränkning (13).

Även i länder med liberal abortlagstiftning finns som regel restriktioner vad beträffar graviditetslängd, oftast vid tolv veckor. Några länder, till exempel Frankrike, har obligatorisk ”betänketid” och i Tyskland är abort i princip förbjuden men kvinnan bestraffas inte och aborten får ske om hon vidhåller sitt beslut efter rådgivning, vars syfte är att avråda. Många länder kräver föräldrarnas samtycke om kvinnan är underårig och länder med restriktiv lagstiftning har ofta krav på makes samtycke.

Det är också vanligt med bristande information om möjligheten att få en abort. I Zambia är till exempel abort tillåten men intyg krävs från tre specialister, vilket är okänt för de flesta, både bland allmänheten och bland läkarna. Höga avgifter är ett annat hinder. I Ryssland och övriga länder i östblocket har sjukvården delvis privatiserats och man tar avgifter för narkos eller antibiotika i den statliga sjukvården vilket drabbar dem som varken har råd att söka sig till privat sjukvård eller betala dessa extra avgifter (8).

Liberal abortlag – färre riskfyllda aborter

Utbredningen i världen av osäkra aborter och dödligheten knuten till dessa visar med önskvärd tydlighet att lagstiftningen om abort har betydelse för kvinnors reproduktiva hälsa och överlevnad. En legalisering av abort leder till färre abortrelaterade dödsfall, men är inte alltid

tillräcklig för att alla aborter ska bli säkra (2).

Ett välkänt exempel är utvecklingen i Rumänien, som länge hade haft en liberal abortlag när abort plötsligt förbjöds 1966 i syfte att öka födelsetalen. Den avsedda effekten blev kortvarig, istället ökade de illegala aborterna. Under de närmaste tio åren ökade den abortrelaterade mödradödligheten från 20 per 100 000 levande födda till närmare 100 och ytterligare till 150 på 1980-talet. Direkt efter regimens fall, 1990, blev aborter åter legala och preventivmedel tillättna och redan efter ett år hade den dödlighet som berodde på aborter sjunkit till omkring 60 (2).

I Indien liberaliserades abortlagen redan 1971 med syfte att minska den höga mödramortaliteten. Fortfarande är den abortrelaterade mödradödligheten mycket hög beroende på att minst hälften av alla aborter sker utanför sjukvården. Dessa medicinskt osäkra aborter står för 20 procent av mödradödligheten, medan mortaliteten efter legala abortingrepp i sjukvården är negligerbar. Dödlighet och sjuklighet efter abortingrepp drabbar huvudsakligen fattiga kvinnor medan de som har ekonomiska möjligheter anlitar den privata sjukvården. Det är också de välutbildade och bättre bemedlade som kan välja kön på barnet genom att göra abort efter prenatal könsbestämning. Aborter av flickfoster efter prenataldiagnostik ökar i Indien trots att detta förbjöds i lag år 1994 (14).

På 1990-talet hade Nepal tillsammans med Chile, San Salvador och Malta en av världens strängaste abortlagar. År 2002 li-

beraliserades lagen och abort är nu tillåten fram till tolfte graviditetsveckan. Kunskap om lagen är emellertid bristfällig, sjukvården otillräcklig eller obefintlig och kvinnor, som gjort abort uppges fortfarande sitta i fängelse i Nepal (15).

Sjukvårdens kvalitet och tillgänglighet

Oavsett lagstiftning, saknas i många länder möjligheter att ta hand om kvinnor som önskar abort eller att hantera komplikationer till illegala aborter. Det handlar om brist på kunskap om moderna abortmetoder, avsaknad av utbildad personal liksom brist på utrustning för hantering av akuta obstetriska komplikationer. Dessutom kan läkare och annan personal vara okunniga om gällande regler och/eller ha en negativ attityd till abort (1).

Det är viktigt med enkla men säkra abortmetoder, till exempel Manuell Vacuumaspiration (MVA), som i tidig graviditet kan användas utan dilatation eller narkos. MVA används också för 'Menstrual Regulation' (MR), som innebär att man framkallar en menstruation oberoende av orsaken till att den uteblivit. I Bangladesh är abort endast tillåten om kvinnans liv är i fara medan MR inom åtta veckor efter utebliven menstruation är en tillåten och noga reglerad åtgärd i det statliga familjeplaneringsprogrammet. MVA används för ingreppet som kan utföras av barnmorskor på öppna mottagningar, hälsostationer eller i kvinnans hem (8,12).

Ett initiativ för att förbättra vården vid framkallade aborter är Post-Abortion Care

(PAC) som introducerats i olika biståndsprojekt under 1990-talet, företrädesvis i Afrika. Inriktningen är att akut behandla pågående missfall eller komplikationer till provocerade aborter med enkla metoder, till exempel MVA. PAC kan erbjudas som en del av den reproduktiva hälsovården, och omfattar utrymning av ofullständiga aborter, rådgivning om preventivmedel efter abort, samt information om vart man vänder sig för att få en säker abort vid oönskad graviditet (16,17,18).

Ett sätt att öka tillgängligheten av säkra aborter i länder där abort är legal men sjukvården otillräcklig och läkarbristen stor är att utbilda "midlevel providers" det vill säga barnmorskor, sjuksköterskor, medicinska assistenter och motsvarande i vård vid abort. När abortlagen liberaliserades i Sydafrika fanns inte tillräckliga sjukvårdsresurser eller utbildad personal för att möta behovet och de illegala aborterna minskade inte som avsikten varit. Legala aborter utfördes huvudsakligen på stora sjukhus i städerna medan kvinnor på landsbygden inte visste om möjligheten. Med stöd bland annat från Sida pågår projekt för att utbilda barnmorskor i primärvården för att kunna göra tidiga aborter med MVA på hälsostationer på landsbygden och därmed ge kvinnor den rådgivning och vård vid abort som de har rätt till (19,20).

Abort – en global kvinnohälsofråga

Abort förekommer i alla länder men villkoren för den kvinna som genomgår abort växlar beroende på religion, lagstiftning och hälsopolitik. Under 1970-talet

var rätten och tillgången till abort högaktuella frågor både för kvinnorörelsen och i befolkningspolitiken. Abortlagstiftningen liberaliserades i många länder främst i Europa och USA, ofta med gynnsam effekt på abortrelaterad dödlighet och sjuklighet. Effektivare preventivmedel och säkrare abortmetoder utvecklades.

Vid befolkningskonferensen i Mexico City 1984 avfördes emellertid abortfrågan från dagordningen och kopplingen till familjeplanering bröts för lång tid framåt. USA motsatte sig varje försök att diskutera abortfrågan och drog in sitt stöd till organisationer som hade abort på programmet, till exempel IPPF (International Planned Parenthood Federation) (21), även om projekten endast gällde att förebygga abort genom tillgång till och kunskap om preventivmedel (22).

Medan kvinnoorganisationer fortsatt drev krav på legalisering av abort, betonade hälso- och biståndsorganisationer hälsoaspekterna. I det så kallade Safe Motherhood-initiativet 1987 samverkade WHO, Världsbanken, internationella biståndsgivare och hjälporganisationer med målsättningen att förbättra kvinnors hälsa och minska mödradödligheten som då uppskattades till 500 000 mödradödsfall årligen, med hälften före år 2000 (23). Satsningen gällde bättre mödra- och förlossningsvård samt insatser för att behandla komplikationer till abort vare sig aborten var illegal eller legal. I en uppföljning av Safe Motherhood Initiativet 1997 konstaterades att mödradödligheten endast minskat marginellt. Huvudorsaken till detta var att inga satsningar gjorts för

att minska den abortrelaterade dödligheten (23,24,25).

Vid FN-konferensen för befolkning och utveckling (ICPD) i Kairo, 1994, behandlades abort som en hälsofråga och vård vid abort som en integrerad del av basal reproduktiv hälsovård. I slutdokumentet från Kairo slås fast att osäkra aborter är "a major public health concern", och att kvinnor i länder där abort är laglig ska ha god vård vid planerade aborter, samt att alla kvinnor har rätt till vård vid komplikationer efter aborter även om dessa är illegala. Vidare understryks att abort bör förebyggas genom tillgång till kunskap och rådgivning om födelsekontroll. Vid FNs kvinnokonferens i Peking 1995 följde man upp dessa rekommendationer och då tillkom också krav på att stränga lagar ses över och att abort avkriminaliseras (26,27).

Arbetet med att minska hälsoriskerna i samband med abort har gått långsamt. De ekonomiska åtaganden man kommit överens om i Kairo har inte uppfyllts och ett intensivt lobbyarbete från Vatikanen och ökat amerikanskt motstånd har hindrat arbetet för säker abortvård.

FIGO hör emellertid till de organisationer som på 1990-talet arbetade aktivt för att minska mödradödligheten även genom att öka tillgången till säkra aborter (29). Rätten till abort formulerades år 1998 av den etiska kommittén inom FIGO på följande sätt: *"Förutsatt korrekt informerat samtycke, berättigar en kvinnas rätt till autonomi i kombination med behovet av att förhindra en riskfylld abort att hon har tillgång till säker abort"* (30).

En enkät bland FIGOs medlemsorganisationer om dessa riktlinjer visade dock en rigiditet då det gällde att utveckla säkra abortvård inte minst bland medlemmar med de högsta abortrelaterade dödstalen (31).

Under 2000-talet har motståndet mot säkra aborter ytterligare stärkts. En så kallad "Gag rule" 2001 från USA innebär att amerikanska biståndsmedel inte får gå till organisationer som arbetar med information eller rådgivning kring abort. Detta gäller även program för reproduktiv hälsovård i länder där abort är laglig. Många organisationer utesluter förebyggande av osäkra aborter från sina program för att inte riskera indragna anslag (28).

En rad aktörer också bland FN-organ och nationella biståndsorganisationer har avfört abortfrågan från dagordningen. Ett av FN:s millenniemål för global utveckling är att sänka mödradödligheten, som fortfarande ligger på samma nivå som på 1980-talet, med 75 procent till år 2015. Det ska huvudsakligen ske genom god vård under graviditet och förlossning. Övrig reproduktiv hälsovård inklusive säkra aborter har låg prioritet (32). Ett nytt initiativ för Safe Motherhood som startade 2004 med bland andra WHO, Världsbanken, FIGO och ICM (International Confederation of Midwives) är framför allt inriktat på bättre vård vid förlossning samt det nyfödda barnets hälsa. Endast en punkt i handlingsplanen tar upp osäkra aborter och då som ett problem, som ska förebyggas genom familjeplanering. Abortvården har litet utrymme och kravet på legalisering för-

bigås (33). Även WHO visar försiktighet men satsar på forskning om säkra metoder för preventivmedel och abort samt för utbildning av annan personal än läkare för att göra abortvården mer tillgänglig (34).

Sveriges erfarenhet av en allsidig reproduktiv hälsovård med tillgång till abort och preventivmedel som en reproduktiv rättighet har haft stor betydelse för kvinnors hälsa i Sverige (8). Sverige var också aktiv i förberedelserna för Kairokonferensen och hör till dem som genom Sida följt upp de åtagande som utlovades i det internationella biståndet. Sedan länge har Sverige genom WHO-centret på Karolinska universitetssjukhuset forsknings-samarbete med WHO:s special program för Human Reproduction (HRP) för utveckling och prövning av abortmetoder, på senare år med särskild inriktning på medicinska aborter (34).

I Sidas handlingsprogram 2005 för sexuell och reproduktiv hälsa är god vård vid abort en tydlig prioritering liksom stöd till arbetet för liberalisering av abortlagar och att kvinnor som genomgått illegal abort inte ska straffas (35). Byggt på detta policyprogram har UD 2006 fastslagit Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (36). Sverige avser att, som ett av få länder i världen, i sitt internationella biståndsprogram ge stöd för tillgång till god vård för kvinnor som genomgått osäkra aborter, samt stödja insatser för att "göra aborter tillgängliga, säkra och lagliga för alla kvinnor".

Referenser

1. WHO 2003. Safe abortion: Technical and policy guidelines for health systems. WHO, Geneva, 2003. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf
2. WHO 2004. Unsafe Abortion. Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality in 2000. Fourth Edition, WHO, Geneva, 2004. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf
3. Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society and induced abortion worldwide. 1999. URL: <http://www.agi-usa.org/sections/abortion.php>
4. WHO, UNICEF, UNFPA. 2004. Maternal mortality due to unsafe abortion. In: Maternal mortality in 2000. WHO, Geneva 2004. URL: http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/index.html
5. STAKES 2004. Aborter i Norden 2003. Helsingfors, Stakes Statistikmeddelande 32/2004. URL: <http://www.stakes.info/2/1/2,1,2.asp>
6. Knudsen LB, Gissler M, Bender SS, Hedberg C, Ollendorff U, Sundström K, Totlandsdal K, Vilhjalmsdottir S. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82: 257-68.
7. Mogilevkina I, Markote S, Avakyan Y, Mrochek L, Liljestrand J, Hellberg D. Induced abortions and childbirths: trends in Estonia, Latvia, Russia, Belarussia and the Ukraine during 1970 to 1994. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:908-11.
8. Sundström K. Reproduktiv hälsa i individuellt och globalt perspektiv. I: Östlin P m fl (red): *Kön och ohälsa – en antologi om könsskillnader*. Lund: Studentlitteratur, 1996.
9. United Nations Population Division. Abortion Policies: A Global Review. United Nation 2002. URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>
10. Country Profiles. South Africa. United Nations Population Division. Abortion Policies: A Global Review. United Nation 2002. URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>
11. Country Profiles. Poland. United Nations Population Division. Abortion Policies: A Global Review. United Nation 2002. URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>
12. Country Profiles. Bangladesh. United Nations Population Division. Abortion Policies: A Global Review. United Nation 2002. URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>
13. Country Profiles. United States of America. United Nations Population Division. Abortion Policies: A Global Review. United Nation 2002. URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>
14. Country Profiles. India. United Nations Population Division. Abortion Policies: A Global Review. United Nation 2002. URL: <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/index.htm>
15. Dahal K. Legal abortion in Nepal and women in prison. *Lancet* 2004;5;363:1905.
16. Hord CE, Baird TL, Billings DL. Advancing the role of midlevel providers in abortion and postabortion care: a global review and key future actions. *Issues in Abortion Care* 6, Ipas, Chapel Hill, NC, 1999.
17. Oguttu M. Expanding opportunities of post-abortion care through midwives work in Kenya. *Internatinal Midwifery* 2001;14(1):8-9.
18. Corbett M.R. Turner K.L. Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *Int Fam Plan Persp* 2003; 29(3):106-11.
19. Zätterström C, Ransjö-Arvidson AB, Bergström S, et al. Barnmorskans roll för att förebygga illegala aborter - erfarenheter från rika och fattiga länder. *Läkartidningen* 2002; (19): 2186-9.

20. Rasch V. Report from the conference; Expanding Access: Advancing the role of midlevel providers in menstrual regulation and elective abortion care. Danish ministry of foreign affairs 2002. URL: <http://www.ipasihcar.net/expacc/danida.html>
21. International Planned Parenthood Federation: www.ippf.org
22. Sundström K. Abort i världen. Legalisering av abort och god sjukvård vid abort skulle förebygga tusentals dödsfall i tredje världen. *Läkartidningen* 1994;91(25):2523–8.
23. AbouZahr C. Safe Motherhood: a brief history of the global movement in 1947–2002. *Br Med Bull* 2003;67:13-25.
24. Rogo KO. Unsafe abortion in the context of safe motherhood. Can we succeed in making pregnancy safer without paying due attention to unsafe abortion? In: *Saving Women's Lives: The Health Impact of Unsafe Abortion*; 2003; Kuala Lumpur, Malaysia; 2003.
25. RFSU. Respect choice – safe abortion a prerequisite for safe motherhood; 2004.
26. Danielsson M, Sundström K. Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv. 2005, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen. URL: <http://www.socialstyrelsen.se>
27. RFSU. Focus Kairo. Tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter. RFSU 2004.
28. Cohen SA. Global gag rule: exporting anti-abortion ideology at the expense of American values: Alan Guttmacher; 2001.
29. Fathalla MF. Global trends in women's health. *Int J Gyn Obst* 1997;58(1):5-11.
30. FIGO Ethical guidelines regarding induced abortion for non-medical reasons. Adopted September 1998. *Int J Gyn Obst* 1999;64. URL: <http://www.figo.org>
31. McKay HE, Rogo KO, Dixon DB. FIGO society survey: acceptance and use of new ethical guidelines regarding induced abortion for non-medical reasons. *Int J Gyn Obst* 2001;75(3):327-36.
32. MDG. Millennium development goal 5: reproductive health, WHO 2004. URL: http://www.who.int/mdg/goals/goal5/reproductive_health/en/index.html
33. International commitments to safe motherhood and newborn health, 2004. URL: <http://www.safemotherhood.org>
34. HRP. Prevention of unsafe abortion. Reproductive health and research. HRP, WHO 2004. URL: http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/index.html
35. Sida 2006. Sexual and reproductive health – a cornerstone of development. Sida's contribution to a Swedish policy. Sida 2006. In press. URL: <http://www.sida.se/sida/jsp/sida.jsp?d=114>
36. UD 2005. Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, Utrikesdepartementet 2005. URL: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/05/56/28/9440cc6e.pdf>

Svensk Abortlag (1974:595)

1 § Begär en kvinna att hennes havandeskap skall avbrytas, får abort utföras om åtgärden vidtas före utgången av artonde havandeskapsveckan och den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Lag (1995:660).

2 § Om en kvinna begärt abort eller om fråga uppkommit om avbrytande av havandeskapet enligt 6 § skall hon erbjudas stödsamtal innan åtgärden utförs. Lag (1995:660).

3 § Efter utgången av adertonde havandeskapsveckan får abort utföras endast om Socialstyrelsen lämnar kvinnan tillstånd till åtgärden. Sådant tillstånd får lämnas endast om synnerliga skäl föreligger för aborten.

Tillstånd enligt första stycket får ej lämnas, om det finns anledning antaga att fostret är livsdugligt.

4 § Vägras abort i fall som avses i 1 §, skall frågan omedelbart underställas Socialstyrelsens prövning. Lag (1995:660).

5 § Abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § får utföras endast om kvinnan är svensk medborgare eller bosatt här i riket eller om Socialstyrelsen i annat fall av särskilda skäl lämnar kvinnan tillstånd till åtgärden.

Endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §. Åtgärden skall ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänner. Lag (1995:660).

6 § Kan det antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, får Socialstyrelsen lämna tillstånd till avbrytande av havandeskap efter utgången av artonde havandeskapsveckan och oavsett hur långt havandeskapet framskridit.

Utan Socialstyrelsens tillstånd och utan hinder av bestämmelserna i 5 § får avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel som avses i första stycket utföras av den som är behörig att utöva läkaryrket, om inte åtgärden kan anstå utan fara för kvinnan.

Lag (1995:660).

7 § Socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § får inte överklagas. Lag (1995:660).

8 § Efter en abort eller ett avbrytande av havandeskap enligt 6 § skall kvinnan erbjudas stödsamtal. Den som ansvarar för verksamheten på det sjukhus eller den inrättning där åtgärden utförts skall tillse att ett sådant erbjudande lämnas. Lag (1995:660).

9 § Den som utan att vara behörig att utöva läkaryrket uppsåtligen utför abort på annan, dömes för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år.

Är brott som avses i första stycket grovt, dömes till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida brottet är grovt skall särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburet särskild fara för kvinnans liv eller hälsa.

För försök till illegal abort dömes till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken.

10 § Åsidosätter läkare uppsåtligen föreskrift i 4 § eller, om ej annat följer av 6 § andra stycket, i 3 eller 5 §, dömes till böter eller fängelse i högst sex månader.

11 § Utbyte av brott enligt denna lag skall förklaras förverkat, om det inte är uppenbart oskäligt. Lag (2005:294).

Utfärdad: 1974-06-12

Ändring införd: t o m SFS 2005:294

Terminologi

Tidig medicinsk (eller) kirurgisk abort

- Abort upp till och med vecka 12.

Sen medicinsk abort

- Abort efter vecka 12. Detta begrepp kan sen indelas i "sen medicinsk abort före vecka 18" samt "sen medicinsk abort efter vecka 18". Dessa beteckningar bör ersätta uttrycket två-steps abort.

Födelsekontroll

- Egentligen ett äldre uttryck men omfattar både preventivmetoder och abort. Är egentligen ett bättre uttryck än familjeplanering som kanske passar sämre för de unga.

Mödradödlighet

- Omfattar all dödlighet som inträffar under hela graviditeten såväl före, under och efter förlossning, som i anslutning till abort (spontan eller inducerad) eller abortförsök.

Inducerad abort

- Bör ersätta uttrycket legal abort. Inducerad är motsatsen till spontan.

Vacuum aspiration (VA)

- Utrymning av graviditet med sug (med eller utan avslutande curettage) synonymt med till exempel VEX, VASP. VA kan utföras som MVA (manuell VA) eller EVA (elektrisk VA).

Förebyggande av oönskade graviditeter

- Bör ersätta "abortförebyggande" då det viktiga är att förhindra oönskade graviditeter, inte aborter i sig.

Nedanstående uttryck och definitioner finner man dessutom ofta i internationell litteratur och är hämtat från:

- International Conference of Population and Development (ICPD), Kairo 1994
- UNs Conference on Women, Peking 1995
- Världshälsoorganisationen (WHO) 2004

Fertility regulation

- The human right for men and women to decide freely and responsibly the number and spacing of their children.

Fertility regulation methods

- Delaying childbirth
- Spacing, breastfeeding
- Abstinence
- Family planning
- Abortion

Family planning

- Contraception
- Prevention and treatment of infertility

Induced abortion - Termination of an established pregnancy before the fetus is capable of extra-uterine life.

Menstrual regulation (MR) - Evacuation of uterus without laboratory confirmation of pregnancy for women who report delayed menses.

Unsafe abortion - Termination of an unwanted pregnancy either by persons lacking the necessary skills or in an environment lacking the minimal medical standards, or both.

Emergency obstetric care - Management of unexpected complications during pregnancy, including treatment of complications to unsafe abortion.

Post abortion care (PAC)

- Emergency treatment of incomplete abortion
- Quality care for complications to unsafe abortion
- Post abortion contraception counseling and services