



ARBETS- OCH REFERENSGRUPP
FÖR

FAMILJEPLANERING

Inducerad abort

Rapport nr 78
2018

Arbets- och Referensgruppen för Familjeplanering

Nr 78

2018

Inducerad abort

Redaktionsgrupp:

Ann Lalos

Lena Marions

Jan Brynhildsen

Kristina Gemzell Danielsson

Helena Kopp Kallner

Inga-Maj Andersson

Louise Thunell

Författare:

Marc Bygdeman

Professor emeritus, Karolinska Institutet

Kristina Gemzell Danielsson

Professor, överläkare obstetrik och gynekologi, Karolinska Universitetssjukhuset

Lena Marions

Docent, överläkare obstetrik och gynekologi, Södersjukhuset

Annette Aronsson

Med dr, överläkare obstetrik och gynekologi, Karolinska Universitetssjukhuset

Ingrid Sääv

Med dr, överläkare obstetrik och gynekologi, Norrtälje Sjukhus

Jan Brynhildsen

Professor, överläkare obstetrik och gynekologi, Linköpings Universitetssjukhus

Ann Lalos

Professor, kurator, Umeå Universitetssjukhus

Anneli Kero

Med dr, kurator, Umeå Universitetssjukhus

Louise Thunell

Med dr, överläkare obstetrik och gynekologi, Centralsjukhuset Kristianstad

Helena Kopp Kallner

Docent, överläkare obstetrik och gynekologi, Danderyds Sjukhus

Inga-Maj Andersson

Med dr, barnmorska, vid tidpunkten för författandet anställd på Södersjukhuset.

Nu anställd på Socialstyrelsen

Redaktör:

ARGUS Ove Axelsson, Uppsala universitet, Uppsala

Layout:

Moniqa Frisell

Tryck:

Elanders AB

Innehåll

Jävsdeklarationer	4
1. Historisk översikt	5
2. Lagstiftning inducerad abort i Sverige	9
3. Rådgivning inför abort.....	13
4. Preventivmedel efter abort.....	17
5. Kirurgisk abort.....	21
6. Medicinsk abort.....	29
7. Smärta och smärtbehandling vid medicinsk abort	37
8. Behandling av inkomplett eller utebliven abort	41
9. Kvinnors och mäns upplevelser av abort.....	44
10. Upplevelser och behov hos personal i abortvård.....	47
11. Abort i ett globalt perspektiv	50

Jävsdeklarationer

Fullständiga jävsdeklarationer kan fås från SFOGs kansli.

Marc Bygdeman	Arbete i Socialstyrelsens rättsliga råd
Lena Marions	Arbete i Socialstyrelsens rättsliga råd
Louise Thunell	Eget bolag GynoCor AB. Arbete i Medical Advisory Board och expertgruppsmöten MSD, arvoderade föreläsningar för Gedeon Richter, MSD. Medförfattare Prevguiden Bayer.
Helena Kopp Kallner	Eget bolag KallMetAB. Inom ramen för detta företag pågående eller avslutade uppdrag som sakkunnig, ledamot i Medical Advisory Board samt arvoderade föreläsningar och/eller framtagande av material för Bayer, MSD, Actavis, Natural Cycles, Allergan, Teva, Gedeon Richter, Exeltis, Ellen AB och Internetmedicin. Klinisk prövare i studier sponsrade av Bayer, Myovant, Mithra, SunPharma, MSD. Icke arvoderade framträdanden för TV4.
Jan Brynhildsen	Kursledare för kurs i antikonception MSD, föreläsningar sponsrade av Bayer. Tidigare medlem i MSD Medical Advisory Board.
Ingrid Sääv	Arvoderade föreläsningar för Bayer.
Kristina Gemzell Danielsson	Eget bolag PreventiAB. Inom ramen för detta företag pågående eller avslutade uppdrag som sakkunnig, ledamot i Medical Advisory Board samt arvoderade föreläsningar och/eller framtagande av material för Bayer, MSD, WEBMD, Actavis, Natural Cycles, Allergan, Teva, Gedeon Richter, Exelgyn, Exeltis, Ferring och Internetmedicin. Klinisk prövare i studier sponsrade av Bayer, Myovant, Mithra, SunPharma, MSD, Exeltis, Population Council, Concept Foundation.
Anneli Kero	Inga jäv
Ann Lalos	Inga jäv
Inga-Maj Andersson	Anställd av Socialstyrelsen från ht 2017.
Annette Aronsson	Inga jäv

1. Historisk översikt

Marc Bygdeman

Inledning

I Sverige har vi sedan århundranden haft lagar som bestraffar abort. Fram till 1864 utdömdes dödsstraff för barnamord eller fosterfördrivning. Under början av 1900-talet ändrades kvinnans situation. Allt fler började 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.

1938-års abortlag

I början av 1930-talet genomfördes mer än 20 000 illegala aborter per år och ca 75 unga kvinnor dog varje år i sviterna till illegal abort. Ca 200 aborter utfördes legalt i de fall det fanns en allvarlig risk för kvinnans liv och hälsa. Dessa förhållanden ansågs oacceptabla och man tillsatte en utredning 1934 med uppdrag att ge förslag om lagstiftning om avbrytande av havandeskap (1) vilket resulterade i 1938 års abortlag.

I 1938 års abortlag var abort fortfarande kriminell men från denna huvudprincip gjordes vissa undantag. Lagen tillät abort på tre indikationer: medicinsk, humanitär och eugenisk indikation.

- 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 blivit gravid genom våldtäkt eller till följd av andra brottsliga gärningar till exempel incest eller om kvinnan var under 15 år.

- Eugenisk indikation. När det fanns skäl att anta att barnet skulle komma att födas med arvsanlag som skulle kunna leda till sinnessjukdom, sinnesslöhet, svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag. Vid abort på eugenisk indikation skulle kvinnan också acceptera att bli steriliserad.

För den medicinska indikationen fanns ingen övre tidsgräns men för de övriga var denna 20 veckor. Om synnerliga skäl förelåg kunde dock dåvarande Medicinstyrelsen medge att ingreppet fick ske intill utgången av 24:e graviditetsveckan.

Senare infördes ytterligare två indikationer för legal abort.

- Social-medicinsk indikation (1946). Denna stadgade att abort kunde utföras när det med hänsyn till kvinnans levnadsförhållande och omständigheter i övrigt kunde antas att hennes kroppsliga eller själsliga kraft skulle allvarligt nedsättas genom barnets tillkomst eller vården av barnet.
- Fosterskadeindikationen (1963). Denna innebar att när det väntade barnet på grund av skada under fosterstadiet kom att lida av svårartad sjukdom eller lyte kunde abort beviljas.

Tillämpning av 1938 års abortlag

Kvinnan kunde få abort antingen via ansökan till Medicinalstyrelsens socialpsykiatriska nämnd vilket var det vanligaste alternativet eller genom ett s.k. tvåläkarintyg. 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 tvåläkarintyg bedömde två läkare, var av den ena var den som utförde ingreppet, att förutsättning för abort förelåg.

Att få tillstånd till abort var inte lätt. Tillstånd från Medicinalstyrelsen krävde en omfattande och tidskrävande utredning som innebar kontakt med och utlåtande av kurator, psykiater och gynekolog. Eftersom kvinnan sökte senare än idag (i medeltal i 10:e veckan) kom 90 procent av aborterna att utföras i andra trimestern (i medeltal i 16:e veckan). Gynekologernas 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. I Stockholm var abortutredningen centraliserad till Mentalvårdsbyrån. Även om utredningarna utfördes professionellt torde namnet ändå ha inneburit en negativ karaktäristik över de kvinnor som sökte abort.

I Medicinalstyrelsens socialpsykiatriska nämnd satt en läkare som ordförande, föredragande var chefen för Medicinalstyrelsens byrå för social och rättspsykiatri. Övriga medlemmar var en lekmannarepresentant och Vetenskapliga rådet för arvsbiologi och arvs-hygien vilket ger en bild av hur man såg på abortverksamheten.

1938 års abortlag fick inte den verkan som man tänkt sig (2). Tillämpningen präglades av ojämlikhet och godtycke. Skillnader förelåg såväl i tolkningen av abortindikationerna som när det gällde villigheten att utfärda tvåläkarintyg. Handläggningen från ansökan till beslut var lång, i medeltal 25 dagar. Fortsatt gjordes ett högt antal illegala aborter, cirka 15.000 under 40- och 50-talet och 1965 fortfarande upp till 6.000. Under 40- och 50-talet var mortaliteten hög med cirka ett dödsfall per 1000 abortingrepp.

Tillkomsten av 1975 års abortlag

Under början av 1960-talet började synen på kvinnans rätt till abort att förändras. Då krävde Folkpartiets ungdomsförbund en ändrad abortlag. ”Vi anser att kvinnan måste få bestämma över sig egen kropp. Därför kräver vi rätt till fri abort”. Hösten 1964 hölls en konferens i Stockholm om Sex och samliv där det framkom att kvinnor reste till Polen och kunde få abort t.o.m. vecka 12. Eftersom abort utan tillstånd var förbjudet inledde Riksåklagaren i februari 1965 en förundersökning då han ansåg att de kvinnor som fått abort i Polen gjort sig skyldiga till straffbart beteende. Åtalet fullföljdes inte då Regeringen beslutade om åtalseftergift och tillsatte 1965 års abortkommitté. Den förändrade synen på kvinnans rätt till abort illustreras också av antalet legala aborter. 1960 gjordes 2 792, 1965 6 209, 1970 16 100, och 1975 32 526 legala aborter trots att abortlagen inte hade förändrats. Detta kunde ske genom att tvåläkarintyg kom att användas i allt högre grad.

1965 års abortkommittés förslag ”Rätten till abort” kom 1971 (2). Man föreslog att abort inte skulle vara straffbart, kvinnan skulle tillförsäkras rätt till abort men lokala nämnder skulle besluta efter prövning av skälen till abort. Många instanser t.ex. Socialstyrelsen och Läkarsällskapet ansåg att nämnder var onödiga och så blev också fallet 1975 års abortlag.

I Propositionen till 1975 års abortlag (3) anges flera ställningstaganden av betydelse för abortvårdens organisation. Man förutsätter att den landstingskommunala sjukvården kommer att ansvara för att tillräckliga resurser finns för att den abortsökande kvinnan utan dröjsmål får sin abort utförd och att kvinnan har rätt att endast möta personal som har en positiv inställning till abort och kan möta kvinnan med förståelse och empati. Man diskuterar behovet av en lagstadgad rätt att inte delta i abortverksamheten men konstaterar att detta inte är aktuellt eftersom personal som är negativa till abort inte skall arbeta inom den abortrelaterade vården.

Ändringar av 1975 års abortlag

Abortlagen har under 1980-talet blivit föremål för två utredningar. I ”Familjeplanering och abort” (4) gjordes en omfattande granskning av utfallet av 1975 års abortlag. Slutsatsen var att abortlagen i stort fungerat som avsett och några ändringsförslag blev inte aktuella. Utredningen ”Den gravida kvinnan och fostret. Om fosterdiagnostik och sena aborter” (5) föreslog två förändringar av abortlagen som också infördes i abortlagen 1995. Kravet på kuratorskontakt efter vecka 12 togs bort. Istället fick alla kvinnor rätt till kuratorskontakt oberoende av graviditetstid. Fram till 1995 kunde man ge tillstånd till abort även om fostret var livsdugligt om kvinnans liv och hälsa var i fara. Nu kan så inte ske genom att i paragraf 6 termen ”abort” ändrades till ”avbrytande av graviditet”. Avsikten är att det aldrig skall vara tillåtet att ge tillstånd till abort om fostret kan antas vara livsdugligt. Vid fara för kvinnans liv och hälsa med en graviditet där fostret kan anses vara livsdugligt kan bara tillstånd till avbrytande av graviditet ges. Då är målsättningen att både mor och barn ska överleva om möjligt. Den kliniska handläggningen blir motsvarande den vid igångsättning av en mycket förtidig förlossning.

Enligt 1975 års abortlag stadgades att bara svenska medborgare eller kvinnor stadigvarande bosatta i Sverige omfattades av abortlagen. Efter utredningen ”Abort i Sverige” (6) ändrades abortlagen så att sedan 2008 omfattas alla kvinnor, svenska som utländska, av den svenska abortlagen.

Abortmetoder

Inte bara abortlagen utan även de metoder vi använder vid abortingrepp har genomgått en dramatisk förändring under åren. Primär exeres och abdominal eller vaginal 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 och kom att ersätta primär exeres vid abort under första trimestern.

Under 1960-talet kommer extra- eller intraamniol koksaltinstillation att bli ett alternativ till sectio parva. Under 1970- och 1980-talet ersattes koksalt av prostaglandiner, prostaglandinanaloger och i någon mån av rivanol. Medicinska aborter med en kombination av ett antiprogesteron, mifepriston, och en prostaglandinanalogsom är en svensk innovation infördes 1992. Nu används denna behandling i över 90 procent av alla aborter före utgången av nionde graviditetsveckan och är också den rekommenderade metoden för abort i andra trimestern.

1975 när alla abortingrepp var invasiva var det naturligt att det stadgades att läkaren skulle utföra aborten. När vi nu i stor utsträckning tillämpar medicinska metoder gäller inte samma förutsättningar. Av Socialstyrelsens utredning 2008 om ”Medicinska aborter, fördelning av arbetsuppgifter – praxis och regelverk” framgår att läkarens rätt att utföra aborter inte kan delegeras men att den ansvarige läkaren kan fördela olika arbetsuppgifter inom abortverksamheten till andra befattningshavare under förutsättning att dessa har den kompetens och erfarenhet för att utföra dessa utan att det påverkar utfallet av verksamheten. Det innebär att idag t.ex. en barnmorska med adekvat utbildning kan ta över stora delar av abortverksamheten.

FAKTARUTA

Rätten till abort har avgörande betydelse för kvinnans liv och hälsa

Referenslista

1. Yttrande över preliminärt förslag till lagstiftning om avbrytande av graviditet. Statens offentliga utredningar. 1935:13.
2. Rätten till abort. Statens offentliga utredningar 1971:58.
3. Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag . Nr 70, 1974.
4. Familjeplanering och abort. Erfarenheter av ny lagstiftning. Statens offentliga utredningar 1983:31.
5. Den gravida kvinnan och fostret—två individer. Om fosterdiagnostik. Om aborter. Statens offentliga utredningar.1989:51.
6. Abort i Sverige. Betänkande av utredningen om utländska aborter. Statens offentliga utredningar 2005:90.

2. Lagstiftning inducerad abort i Sverige

Lena Marions

Inledning

Den svenska abortlagen som infördes 1975 (1) innebär att en kvinna som uppehåller sig i Sverige har själv rätt att bestämma om hon vill avbryta sin graviditet eller inte, under förutsättning att graviditetslängden inte överstiger 18 fullgångna veckor (18+0). Abort är vård som inte kan anstå. Om graviditetslängden är längre krävs tillstånd från Socialstyrelsens Rättsliga Råd. Detta beviljas endast under förutsättning att synnerliga skäl föreligger. Den övre gränsen för beviljande av abort är inte uttalad i lagen utan baseras på antagande om fostrets livsduglighet, viabilitet. De flesta aborter i Sverige utförs i tidig graviditet, under 2014 genomfördes 50 procent av alla aborter före v 7, 82 procent före v 9 och 93 procent före graviditetsvecka 12. (2). De aborter som utförs efter 18 graviditetsveckor utgör endast 1-2 procent och drygt hälften av dessa är avbrytande på grund av fosterskada eller kromosomavvikelse hos fostret.

En kvinna kan i Sverige inte nekas att få en abort utförd före utgången av 18:e graviditetsveckan såvida inte själva aborten kan antas medföra en allvarlig risk för hennes liv eller hälsa. Det innebär att sjukvårdens huvudman alltid har ansvar för att det finns resurser för detta. Om en kvinna nekas abort ska detta enligt Abortlagen § 4 anmälas till Socialstyrelsen.

Gränsen för viabilitet

Med livsduglighet menas när det kan finnas möjlighet för ett foster att överleva utanför livmodern. Genom stora framsteg inom den neonatologiska verksamheten har omhändertagandet av för tidigt födda barn förbättrats avsevärt. Enligt folkbokföringslagen registreras idag alla, inklusive dödfödda, barn från graviditetsvecka 22+0. Det innebär att tillstånd inte ges när denna gestationsålder uppnåtts. Genom att lagen inte formulerar en exakt övre gräns utan baseras på bedömningen av livsduglighet innebär det att övre gränsen kan anpassas efter medicinska framsteg utan att lagen behöver skrivas om. Det innebär också att tillstånd för abort även kan ges efter 22 graviditetsveckor om fostret inte kan anses vara livsdugligt till följd av svåra skador. Ett exempel på detta är konstaterad akrani.

När Rättsliga Rådet har lämnat tillstånd till abort ska aborten påbörjas så snart som möjligt. Ett avslag på en ansökan kan inte överklagas däremot kan en förnyad ansökan lämnas om ytterligare skäl framkommit.

Avbrytande av havandeskap

Om en kvinnas liv eller hälsa allvarligt hotas till följd av graviditeten kan tillstånd lämnas för avbrytande av havandeskapet efter graviditetsvecka 18+0 enligt Abortlagens § 6 (1). Här finns ingen övre gräns då kvinnans liv är det primära. Det är alltså inte samma sak som abort utan en medicinsk åtgärd i syfte att rädda

kvinnans liv. Om möjligt försöker man också rädda barnets. Det är inte nödvändigt att invänta tillstånd från Socialstyrelsen om det innebär fara för kvinnans liv. Detta gäller i de flesta fall inte psykisk sjukdom som oftast kan hanteras i den psykiatriska vården utan att havandeskapet avbryts.

Fosterreduktion

Vid flerfostrig graviditet kan fosterreduktion eller selektiv abort utföras. Abortlagen reglerar inte fosterreduktion eller selektiv abort utan de regleras i Hälso- och sjukvårdslagen. Detta innebär att åtgärden enbart bestäms av medicinska skäl.

Stödsamtal

I såväl abortlagen som i Socialstyrelsens föreskrifter om abort (3) understryks att alla abortsökande ska erbjudas stödsamtal före och efter abort och även efter avbrytande av havandeskap. Den som har stödsamtalet bör ha kompetens för detta, gärna beteendevetenskaplig sådan vilket i de flesta fall innebär en kurator.

Abortsökande under 18 år

Abortlagen gäller alla kvinnor i Sverige oavsett ålder eller nationalitet. För kvinnor under 18 år behöver man dock ta hänsyn också till socialtjänstlagen (4), föräldrabalken (5) och om den unga kvinnan är under 15 år även brottsbalken (6).

Vårdnadshavares skyldigheter och rättigheter

Vårdnadshavare har ansvar för den underåriga samt rätt till information om vård och behandling enligt föräldrabalken. Men dessutom står det i hälso- och sjukvårdslagen att individens självbestämmande och integritet skall respekteras och att hänsyn ska tas till barnets synpunkter och önskemål i takt med stigande ålder. Ingen kan vare sig tvingas till abort eller att fullfölja en graviditet. En individuell bedömning av den unga kvinnans mognad ska

alltid göras och dokumenteras i journalen. Det är alltid önskvärt att vårdnadshavare informeras vid planerade åtgärder inom sjukvården men den individuella bedömningen får ge vägledning om vilka konsekvenser detta kan tänkas medföra. Den individuella bedömningen kan med fördel göras av personer med olika kompetenser som läkare, barnmorska och/eller kurator. Tillsammans kan man då få en uppfattning om den ungas mognad och sociala situation. Fungerar vardagen med familj och skola? Har hon en partner och hur gammal är han? Har hon haft sex frivilligt? Syftet är att hitta de unga kvinnor som kanske befinner sig i en riskfylld social situation för att kunna ge stöd. De flesta minderåriga har inga problem med att informera och involvera vårdnadshavare men i vissa fall kan kontakt med vårdnadshavare få uttalade negativa konsekvenser för den unga kvinnan. Då gäller att istället undersöka vilka konsekvenser det skulle medföra att avstå från att informera vårdnadshavare.

Enligt Offentlighets- och sekretesslagen (7) 12 kapitel 3 § beskrivs att ”sekretess till skydd för en enskild gäller om den enskilda är underårig även i förhållande till vårdnadshavare. Sekretessen gäller dock inte i förhållande till vårdnadshavare i den utsträckning denne enligt föräldrabalken har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör den underårigas personliga angelägenheter såvida inte kan antas att den underåriga lider betydande men om uppgiften röjs för vårdnadshavaren”. Det innebär att det ska finnas risk för att den unga utsätts för allvarlig fysisk eller psykisk skada om vårdnadshavare informeras.

Uppkommer någon misstanke om att den unga kvinnan far illa ska en anmälan till socialnämnden göras i enlighet med socialtjänstlagens 14 kap 1§ (8). I Socialstyrelsens föreskrifter (3) poängteras att vårdgivaren ska ansvara för att det finns rutiner för omhändertagande av abortsökande under 18 år. Rutinerna ska omfatta hur en bedömning utförs för att avgöra dels om information ska lämnas till vårdnadshavare, dels om en anmälan ska göras till socialnämnden. Kvinnan som

söker abort ska naturligtvis bemötas med respekt och hennes sociala situation kan komma att påverka omhändertagandet. Det är lämpligt att kvinnan erbjuds ett tvärprofessionellt omhändertagande som t.ex barnmorska, läkare och/eller kurator alternativt annan person med beteendevetenskaplig kompetens. Kanske någon annan vuxen kan vara ställföreträdande? Kan skolan, ungdomsmottagningen eller sjukvården erbjuda stöd?

Att kräva tillstånd från vårdnadshavare för abortsökande kvinnor under 18 år eller regelmässigt anmäla till socialtjänsten för abortsökande under 15 år kan medföra att de unga avstår från att söka abortmottagningen i tid. Det är därför angeläget att individanpassa omhändertagandet av minderåriga. Den som ansvarar för vården är också ansvarig för bedömningen av den underårigas mognadsgrad och beslutskompetens.

Sexualbrottslagen

Enligt brottsbalken kapitel 6 4§ klassas alla sexuella handlingar med barn under 15 år som våldtäkt (6). Lagen är till för att skydda unga men kan ibland orsaka oro när unga personer är sexuellt aktiva frivilligt. Lagen innebär inte att vi är skyldiga att anmäla till sociala myndigheter men vår uppgift är att ta reda på om det finns misstanke om att den unga personen befinner sig i en riskfylld tillvaro.

Organisation av abortverksamhet

I abortlagen framgår tydligt att det endast är legitimerade läkare som har rätt att utföra abort och att aborten ska ske på allmänt sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner. Omhändertagandet av kvinnor som söker och genomgår abort kan dock till stora delar fördelas till barnmorskor med specialkunskaper inom området. Det är dock fortfarande en läkare som har det medicinska ansvaret och abortverksamheten bedrivs därför oftast tvärprofessionellt.

Idag är det vanligt med medicinsk abort och i de senaste forskrifterna framgår att mifepris-

ton skall ges på godkänd sjukvårdsinrättning men att den avslutande behandlingen av medicinsk abort inte behöver ske där. Detta möjliggör medicinsk abort i hemmet.

FAKTARUTA 1

Abortlagen gäller alla kvinnor som vistas i Sverige

Kvinnans egna val gäller till och med graviditetsvecka 18 (18+0). Därefter krävs synnerliga skäl och tillstånd från Socialstyrelsen.

Övre gräns för abort definieras som förväntad möjlig livsduglighet utanför livmodern.

Graviditeten kan oavsett graviditetslängd avbrytas om kvinnans liv och hälsa allvarligt riskeras.

Omhändertagande av graviditetsvävnad efter abort

Den tidigare föreskriften om särskilt omhändertagande finns inte kvar längre utan varje klinik måste tillse att rutiner för omhändertagande finns inklusive om, när och hur kvinnan/paret ska informeras om tillvägagångssättet. Vävnad efter abort ska hanteras som annat biologiskt material, det vill säga som riskavfall. Om kvinna själv önskar ett särskilt omhändertagande som exempelvis kremering och spridning av aska alternativt begravning ska detta respekteras.

FAKTARUTA 2

Verksamhetsansvarig är skyldig att tillse att en abortsökande kvinna får en abort genomförd.

Enskild vårdpersonal vid kvinnoklinik som utför aborter kan inte vägra att genomföra behandlingen.

FAKTARUTA 3

Lagar som kan vara aktuella för minderåriga:

Abortlagen

Offentlighets- och sekretesslagen

Socialtjänstlagen

Föräldrabalken

Brottsbalken

Referenser

1. Abortlagen (1974:595)
www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Abortlag-1974595_sfs-1974-595/
2. www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter
3. Socialstyrelsens författningssamling SOSFS
www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-15
4. Socialtjänstlagen (2001:453)
www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/
5. Föräldrabalken (1983:47) www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381/
6. Brottsbalken (2013:365)
www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Brottsbalk-1962700_sfs-1962-700/
7. Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Offentlighets--och-sekretessla_sfs-2009-400/
8. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

3. Rådgivning inför abort

Lena Marions

Inledning

En kvinna som söker abort har ofta redan bestämt sig för att avbryta graviditeten. Det är trots detta viktigt att det första besöket är ett rådgivningsbesök där hon informeras om vad en abort innebär och där hon erbjuds stöd-samtal med en person som har kompetens för detta, gärna någon med utbildning inom beteendevetenskap. Det ska också vara möjligt för den abortsökande kvinnan och hennes eventuella partner att få tillgång till detta stöd även efter aborten om de så önskar. Om kvinnan är ambivalent till aborten måste detta diskuteras och då är det särskilt angeläget med stödsamtal. I journalen bör det dokumenteras om kvinnan helt har beslutat sig för att avbryta graviditeten.

För kvinnor som inte har svenska som sitt första språk är det viktigt att bedöma ett eventuellt behov av tolk antingen närvarande vid besöket eller i form av telefontolk. Båda varianterna har för och nackdelar. Det kan finnas tillfällen då kvinnan känner sig mer trygg med en tolk som inte vet vem hon är. Det är också viktigt att den som ansvarar för vården känner sig trygg med att kvinnan har förstått all information. Anhörig bör inte fungera som tolk.

I samband med rådgivningsbesöket ska kvinnan informeras om de metoder som finns för att avbryta graviditeten. Vilken metod som är mest lämplig för varje kvinna beror på graviditetens längd och medicinska faktorer men naturligtvis också på kvinnans egna önskemål. Detta gäller även avseende abort på mottagning eller i hemmet.

Preventivmedelsrådgivning är en viktig del av rådgivningsbesöket (se separat kapitel)

Medicinsk bedömning inför abort

En utförlig anamnes avseende aktuella tillstånd och sjukdomar samt aktuell läkemedelsanvändning är viktig för att aborten ska bli så säker som möjligt. Abortmetoden kan därmed anpassas efter kvinnans önskemål och behov. Detta kan illustreras med att en kvinna med koagulationsrubbnings kanske riskerar mindre blödning vid en planerad kirurgisk abort i stället för en medicinsk abort medan en kirurgisk abort kan bli tekniskt svårare än medicinsk hos en kvinna som har en känd uterusmissbildning. Trombosprofylax skall ges på samma indikation som vid önskad graviditet så snart kvinnan kontaktar vården.

Överkänslighet mot abortläkemedel eller smärtlindrande läkemedel måste också efterfrågas för att minimera riskerna för komplikationer.

Ultraljudsundersökning

Det är en fördel att känna till graviditetens längden när ett avbrytande planeras för att kunna erbjuda en så effektiv abortmetod som möjligt. Ultraljudsundersökning är därför standard idag och utförs av läkare eller specialutbildad barnmorska.

Ultraljudsundersökningen ska förutom att bestämma graviditetens längden också säkerställa att graviditeten sitter intrauterint. Om graviditeten är mycket tidig kan det vara omöjligt att se en fosterstruktur. En hinnsäck ska då

mätas och om en gulesäck kan påvisas ska detta dokumenteras eftersom detta bekräftar en tidig graviditet. I de fall där inte någon gulesäck kan ses bör möjligheten av en ektopisk graviditet övervägas. Om inga kliniska eller ultraljudsmässiga tecken på detta finns, som smärta eller vätska i lilla bäckenet, och om amenorretiden och positiv graviditetstest stöder en tidig graviditet finns inte anledning att fördröja start av aborten. Enligt nuvarande rekommendationer bör ett s-hcg tas vid intag av mifepristone och kompletteras med ett nytt s-hcg en vecka efter detta.

I händelse av flerfostrig graviditet ska detta också dokumenteras och kvinnan/paret ska informeras då det kan påverka abortbeslutet. Det förekommer också att man finner en icke-viabel graviditet vilket det naturligtvis också är viktigt att informera kvinnan om. Många kvinnor kan uppleva det som en lättnad medan det hos andra kan skapa en oro för problem med den egna reproduktionen.

En del kvinnor önskar få se skärmen i samband med ultraljudsundersökningen och det måste förstås respekteras på samma sätt som att andra inte önskar titta på skärmen. Det kan vara lämpligt att skärmen är riktad så att bilden blir synlig för kvinnan endast efter att hon bett om det alternativt tillfrågats om det. Det finns inga studier som antyder några negativa effekter hos den abortsökande kvinnan av att få se ultraljudsbilden och det förefaller heller inte påverka hennes abortbeslut.(1,2)

Provtagning inför abort

Infektion till följd av abort är ovanligt men förekommer. Svenska siffror saknas då vi i nuläget inte har något abortregister men en gynekologisk undersökning inklusive ultraljudsundersökning för datering utförs alltid inför abort. Den gynekologiska undersökningen syftar till att utesluta pågående infektion. Om kliniska tecken på infektion finns ska naturligtvis behandling inledas och riktad provtagning ske. Studier av kirurgisk abort har visat att klinisk misstanke om bakteriell vaginos bör föranleda behandling på grund av ökad risk

för endometrit i efterförloppet. Det finns rapporter från bland annat Nordamerika som påvisat en ökad risk för anaerob infektion orsakad av *Clostridium sordelli* och/eller perfringens, i samband med medicinsk abort (3,4). Man har även funnit fall efter missfall, förlossning och viss kirurgi. Screening för klamydia och bakteriell vaginos (enligt Amsel's kriterier), och i förekommande fall behandling, rekommenderas därför för alla kvinnor som söker abort.

Symtomfria kvinnor bör också erbjudas provtagning för Klamydia trachomatis men aborten kan påbörjas även om svar inte föreligger. För kvinnor som nyligen anlant till Sverige kan även andra prover erbjudas såsom HIV, hepatit och syfilis.

Blodgruppering

Vid medicinsk abort upp till och med 12 graviditetsveckor är rutinmässig blodgruppering inte nödvändig. Vid kirurgisk abort rekommenderas att Anti-D ges till Rh negativa kvinnor samt även vid medicinsk abort där graviditetslängden överstiger 12 veckor. Se vidare kapitel medicinsk abort och ARG-rapport nr 74 Graviditetsimmunisering 2015.

Abort i hemmet

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (SOSFS 2009:15) ska abortbehandlingen utföras på en godkänd vårdinrättning. Det innebär att mifepristone-tabletten ges på sjukhus eller mottagning, men det är sedan 2004 tillåtet att låta kvinnan utföra prostaglandinbehandlingen själv i hemmet. Flera studier har visat att detta är ett säkert och effektivt sätt att genomföra medicinsk abort och att det accepteras väl av kvinnan (5). I socialstyrelsens föreskrifter framgår att vårdgivaren är skyldig att tillse att graviditeten verkligen har avslutats. Detta har oftast inneburit att ett återbesök varit nödvändigt efter medicinsk abort. Det finns idag studier som stöder att kvinnan själv kan kontrollera detta genom att göra egentest av graviditet för att se att aborten lyckats (6).

Mottagningen ska därför ha rutiner för hur man följer upp att graviditeten är avslutad. Kvinnan måste också få tillgång till snabba kontaktvägar vid behov som telefonnummer till abortmottagning, akutmottagning och så vidare

Barnmorskans roll i abortvården

Omhändertagande av kvinnor som genomgår abort har länge varit en uppgift för en barnmorska eller sjuksköterska. Inför aborten har barnmorskans roll framför allt varit att informera om behandlingen och att ge rådgivning avseende preventivmedel efter aborten. Det är läkaren som formellt är ansvarig för aborten och har varit den som genomfört den gynekologiska undersökningen inklusive ultraljudsundersökningen. Idag finns en möjlighet att fördela flera arbetsuppgifter inom abortvården till specialutbildade barnmorskor. Dels handlar det om att kunna datera graviditeten och utesluta allvarliga missförhållanden, dels att ge nödvändiga läkemedel och att informera om abortprocessen och kunna utvärdera resultatet. Särskilt utbildningsprogram för intresserade barnmorskor inom abortvården har utarbetats i samarbete mellan SFOG och svenska barnmorskeförbundet. En svensk studie har utvärderat om effektivitet av medicinsk abort eller kvinnornas acceptans påverkas av om en barnmorska eller läkare utför såväl undersökning som farmakologisk behandling och inte funnit några skillnader.(7)

Samvetsklausul

I stora delar av Europa finns idag en så kallad samvetsklausul vilket innebär att sjukvårdsinrättningar och/eller sjukvårdspersonal har laglig rätt att vägra delta i abortvård. Detta har i vissa länder medfört att abortsökande kvinnor fått problem med att hitta en vårdgivare som kan erbjuda henne avbrytande av graviditeten. I Sverige måste läkare och barnmorskor som är anställda i den offentliga kvinnosjukvården vara beredda på att delta i alla arbetsuppgifter som förekommer på

arbetsplatsen vilket också inkluderar abortvård. I Sverige finns således inte möjligheten att arbetsvägra genom att hänvisa till samvetsklausul.

FAKTARUTA

Syfte med abortrådgivningen:

Datera graviditeten

Utesluta allvarliga missförhållanden

Planera abortmetod och preventivmetod

Referenser

1. Kimport K, Upadhyay UD, Foster DG, Gatter M, Weitz TA Patient viewing of the ultrasound image prior to abortion. *Contraception*. 2013 Nov;88(5):666-70. doi: 10.1016/j.contraception.2013.07.006. Epub 2013 Jul 29.
2. Gatter M, Kimport K, Foster DG, Weitz TA, Upadhyay UD. Relationship between ultrasound viewing and proceeding to abortion. *Obstet Gynecol*. 2014 Jan;123(1):81-7. doi: 10.1097/AOG.000000000000053.
3. Meites E, Zane S, Gould C. Fatal *Clostridium sordellii* infections after medical abortions. *N Engl J Med*. 2010 Sep 30;363(14):1382-3. doi: 10.1056/NEJMc1001014.
4. Cohen AL1, Bhatnagar J, Reagan S, Zane SB, D'Angeli MA, Fischer M, Killgore G, Kwan-Gett TS, Blossom DB, Shieh WJ, Guarner J, Jernigan J, Duchin JS, Zaki SR, McDonald LC. Toxic shock associated with *Clostridium sordellii* and *Clostridium perfringens* after medical and spontaneous abortion. *Obstet Gynecol*. 2007 Nov;110(5):1027-33.
5. Fiala C, Winikoff B, Helström L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*. 2004 Nov;70(5):387-92
6. Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015 Feb 21;385(9969):698-704. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61054-0.
7. Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, Johansson M, Marions L, Gemzell-Danielsson K. The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *BJOG*. 2015;122(4):510-7.

4. Preventivmedel efter abort

Louise Thunell och Helena Kopp Kallner

Inledning

Studier har visat att 30-50 procent av de kvinnor som söker abort har genomgått en eller flera aborter tidigare(1). År 2014 hade 42 procent av kvinnorna i Sverige som gjorde abort gjort en eller flera tidigare aborter(2).

Kvinnor som gör en abort har således hög risk för upprepade oönskade graviditeter. Faktorer som är associerade till upprepade aborter är bland annat låg utbildningsnivå, lågt socioekonomiskt status, att vara singel, att ha barn, låg ålder, rökning, att avvakta med preventivmedelsbeslut och att utebli från uppföljning efter abort (3, 4).

Studier har visat att omkring hälften av kvinnor som gör abort i Sverige inte har använt någon preventivmetod alls vid tidpunkten då de blev gravida (5, 6). I en svensk studie uppgav ca 25 procent av kvinnorna att de använde ett preventivmedel vid tidpunkten då de blev gravida och det var ingen skillnad mellan kvinnorna som gjorde sin första abort eller de som tidigare gjort abort (3). Det talar för att preventivmedel inte används konsekvent och på rätt sätt.

Ovulation kan inträffa så tidigt som 8 dagar efter aborten och 83 procent av kvinnorna ovulerar under den första cykeln efter en abort (7). Dessutom har mer än hälften av kvinnorna samlag inom två veckor efter en abort (8). Eftersom allt fler avbrytanden sker i form av hemabort där även uppföljningsförfarandet förenklas med egentest av graviditet hemma och kvinnan således inte kommer på något

återbesök har man ofta bara en chans att ge kvinnan bra information. Andelen upprepade aborter minskar om preventivmetoder påbörjas direkt vid abort jämfört med vid ett senare återbesök och det är oavsett vilket preventivmedel som väljs (4). I en studie från New York blev 27 procent gravida inom ett år där man inte påbörjade någon preventivmetod i anslutning till aborten jämfört med 15 procent där detta gjordes (9). Därför skall information och val av metod ske i anslutning till abortrådgivningen och användningen påbörjas i direkt anslutning till aborten (evidensgrad I).

Flera översiktsartiklar och metaanalyser är gjorda för att ta reda på om ökad preventivmedelsrådgivning eller så kallad ”expertrådgivning” i anslutning till aborten kan öka användningen av preventivmedel eller förhindra nya oönskade graviditeter. Dock har man inte kunnat se någon signifikant effekt (10-12). Val av metod kan påverkas av rådgivning. Val av en långverkande metod (spiral eller p-stav) minskar risken för framtida oönskad graviditet (evidensgrad II) (13-15). Långverkande metoder har också högst nöjdhet bland kvinnor (16). I en stor studie fann man att kvinnor som blev erbjudna preventivmedel direkt vid aborten var betydligt mer benägna att välja en spiral eller en p-stav jämfört med kvinnor som inte genomgått abort (17). Rekommendationen är därför att kvinnan i första hand skall rekommenderas en långverkande metod för antikonception efter en abort (evidensgrad II).

Kombinerad hormonell antikonception (p-piller, p-ring och p-plåster), minipiller, mellanpiller, p-spruta:

Dessa preventivmetoder kan påbörjas direkt i anslutning till aborten. Vid kirurgisk abort kan dessa metoder påbörjas samma dag som aborten utförs (18). Vid medicinsk abort sker start samma dag som misoprostol ges (18). Att påbörja dessa preventivmetoder i direkt anslutning till aborten har inte kunnat visa på några risker eller nackdelar såsom påverkan på själva abortprocessen eller blödningen i anslutning till aborten vid jämförelse med senare start (19, 20). Vid kraftig blödning kan insättningen av p-ring förskjutas några dagar men överstiger det 5 dagar efter aborten måste kompletterande skydd användas. Rekommendationen är att p-ringen sätts in senast dag 5 efter aborten (evidensgrad III-IV).

Både användning av kombinerad hormonell antikonception och graviditet medför en ökad risk för trombos. Vissa koagulationsmarkörer i serum ökar hos användare av kombinerad hormonell antikonception efter abort jämfört med hos spiralanvändare efter abort. I enstaka mindre studier har man inte kunnat visa någon ökning av venös tromboembolism efter första trimesterabort i kombination med kombinerad hormonell antikonception (21). Det saknas studier som belyser trombosrisk vid användning av kombinerad hormonell antikonception i anslutning till abort i andra trimestern.

P-stav

Det är en fördel att sätta in en p-stav vid samma tillfälle som mifepriston ges vid en medicinsk abort. En stor randomiserad studie har gjorts i Sverige och en studie har gjorts i USA och Mexiko som visar att effektiviteten av aborten inte försämras (22, 23). Rekommendationen är därför att p-staven sätts in vid intag av mifepriston vid abort tom vecka 9+0 dagar (evidensgrad I). Evidens för att sätta in p-stav vid intag av mifepriston hos kvinnor som gör abort

efter vecka 9+0 dagar saknas. För de kvinnor som valt kirurgisk abort och p-stav ska p-staven sättas in vid den kirurgiska aborten.

Intrauterin antikonception

Rekommendationen är att sätta in spiral vid kirurgisk abort i alla graviditetsveckor eller efter kirurgisk intervention efter medicinsk abort (evidensgrad II-III). Utstötning är ovanligt men ju längre gången graviditeten är och ju större uterus är desto högre är risken (24). Utstötningensfrekvensen kan vara något högre om spiral sätts i direkt anslutning till kirurgisk abort jämfört med vid ett senare tillfälle (25). Insättning av spiral i samband med kirurgisk abort rekommenderas men man bör ha ökad uppmärksamhet på utstötning (evidensgrad I).

Av tradition har spiral oftast satts in cirka 3-4 veckor efter en medicinsk abort eller vid första menstruationen efter aborten. Ett flertal studier har dock visat att betydligt färre kvinnor kommer för spiralinsättning om den planeras till ett senare tillfälle efter aborten. I en studie uteblev 42 procent av de kvinnor som var inbokade för senare insättning (26). I en annan studie randomiserades kvinnorna till direkt eller senare insättning av spiral och sex månader efter aborten hade 82 procent i den direkta gruppen en spiral jämfört med 28 procent i gruppen som skulle få spiral senare (27). I en svensk randomiserad studie uteblev 1,5 procent i gruppen för tidig insättning (3-5 dagar efter mifepriston) jämfört med 11 procent i gruppen för sen insättning (3-4 veckor efter mifepriston) (8).

En svensk studie har undersökt utstötningensrisken vid spiralinsättning i anslutning till medicinsk abort där kvinnorna fick spiral insatt inom en vecka efter aborten eller efter 3-4 veckor. Någon skillnad kunde inte ses (8). Spiralen kan sättas in utan ultraljudskontroll då mängden kavitetinnehåll inte är korrelerad till utstötningensrisk. Om spiralen kan sättas in avgörs då anamnestiskt och kliniskt. Man ska då efterfråga avgång av klumpar (eller foster), avtagande av graviditetssymptom (som illa-

mående och bröstspänningar) och blödningsmönster så att detta överensstämmer med vad som kan förväntas. Palpatoriskt ska det inte finnas misstanke om fortgående graviditet. I tveksamma fall kontrolleras med ultraljud att graviditeten har stötts ut. Rekommendationen är att spiral sätts in så snart graviditeten med rimlig sannolikhet är avbruten oavsett graviditetslängd (evidensgrad II).

Vid både kirurgisk och medicinsk abort är det ingen skillnad vad gäller smärta, infektioner, perforationer eller blödning om spiralen satts in i anslutning till aborten eller senare (8, 24). Färre blödningsdagar med riklig blödning i anslutning till aborten kunde påvisas när en levonorgestrelinnehållande spiral insattes i anslutning till aborten jämfört med en kopparspiral (8).

Permanent antikonception

Remiss för sterilisering av man kan skrivas i samband med abortbesöket. Sterilisering av kvinnan kan planeras vid abortbesöket. Det är i dessa fall av yttersta vikt att paret får en adekvat preventivmetod att ha fram till steriliseringen.

Referenser

1. Justad-Berg RT, Eskild A, Strom-Roum EM. Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007-2011. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2015;94(11):1175-80.
2. Socialstyrelsen. Abortstatistik. 2015.
3. Makenzius M, Tyden T, Darj E, Larsson M. Repeat induced abortion - a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception*. 2011;16(5):369-77.
4. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*. 2008;78(2):149-54.
5. Helstrom L, Odland V, Zatterstrom 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(6):405-10.
6. Kero A, Hogberg U, Lalos A. Contraceptive risk-taking in women and men facing legal abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2001;6(4):205-18.
7. Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*. 2011;84(3):230-3.
8. Saav I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus Delayed Insertion of Intrauterine Contraception after Medical Abortion - A Randomized Controlled Trial. *PLoS One*. 2012;7(11):e48948.
9. Langston AM, Joslin-Rohr SL, Westhoff CL. Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception*. 2014;89(2):103-8.
10. Ferreira AL, Lemos A, Figueiroa JN, de Souza AI. Effectiveness of contraceptive counselling of women following an abortion: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009;14(1):1-9.

FAKTARUTA

Långverkande preventivmetoder (p-stav och spiral) minskar risken för en ny oönskad graviditet och har hög nöjdhet bland kvinnor. Dessa metoder skall rekommenderas i första hand efter en abort.

Kombinerad hormonell antikonception, minipiller och mellanpiller samt p-spruta påbörjas samma dag som kirurgisk abort eller samma dag som misoprostol ges vid medicinsk abort oavsett graviditetslängd.

P-stav sätts in redan då mifepriston ges vid abort till och med vecka 9+0 dagar. Vid medicinsk abort vid övriga graviditetslängder sätts p-staven in samma dag som misoprostol.

Spiral skall sättas in i samband med kirurgisk abort eller kirurgiskt ingrepp efter medicinsk abort oavsett graviditetslängd. Spiral sätts in inom 10 dagar efter medicinsk abort oavsett graviditetslängd.

11. Stewart H, McCall SJ, McPherson C, Towers LC, Lloyd B, Fletcher J, et al. Effectiveness of peri-abortion counselling in preventing subsequent unplanned pregnancy: a systematic review of randomised controlled trials. *The journal of family planning and reproductive health care / Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists.* 2015.
12. Schunmann C, Glasier A. Specialist contraceptive counselling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial. *Hum Reprod.* 2006;21(9):2296-303.
13. Rose SB, Lawton BA. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(1):37 e1-6.
14. Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, et al. Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2009;113(4):845-52.
15. Cameron ST, Glasier A, Chen ZE, Johnstone A, Dunlop C, Heller R. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG.* 2012;119(9):1074-80.
16. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1998-2007.
17. Madden T, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF. Comparison of contraceptive method chosen by women with and without a recent history of induced abortion. *Contraception.* 2011;84(6):571-7.
18. WHO Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2010.
19. Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception.* 2009;80(4):355-62.
20. 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;17(1):99-102.
21. Lahteenmaki P, Rasi V, Luukkainen T, Myllylä G. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion. *American journal of obstetrics and gynecology.* 1981;141(2):175-9.
22. Raymond EG, Weaver MA, Tan YL, Louie KS, Bousiequez M, Lugo-Hernandez EM, et al. Effect of Immediate Compared With Delayed Insertion of Etonogestrel Implants on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2016;127(2):306-12.
23. Hognert H, Kopp Kallner H, Cameron S, Nyrelli C, Jawad I, Heller R, et al. Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion – a randomized controlled equivalence trial. . *Accepted Human Reproduction.* 2016.
24. Steenland MW, Tepper NK, Curtis KM, Kapp N. Intrauterine contraceptive insertion postabortion: a systematic review. *Contraception.* 2011;84(5):447-64.
25. Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2014;7: CD001777.
26. Gillett PG, Lee NH, Yuzpe AA, Cerskus I. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertil Steril.* 1980;34(2):121-4.
27. Cremer M, Bullard KA, Mosley RM, Weisberg C, Molaei M, Lerner V, et al. Immediate vs. delayed post-abortion copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception.* 2011; 83(6):522-7

5. Kirurgisk abort

Jan Brynhildsen och Ingrid Sääv

Inledning

Kirurgisk abort var den dominerade abortmetoden fram till tidigt 1990-tal. Introduktionen av den effektiva medicinska aborten under nittiotalet har medfört att antalet kirurgiska aborter har minskat, och fortsätter att minska, avsevärt. I början av 1990-talet gjordes mellan 31 000 och 37 000 kirurgiska aborter årligen (figur 1). Motsvarande siffra 2012 var 6 153 och 2014 gjordes 4 315 kirurgiska aborter, motsvarande knappt tolv procent av alla aborter i Sverige (1). Antalet kirurgiska aborter fortsätter alltså att minska, under senare år framför allt genom introduktionen av medicinska metoder även vid graviditetslängd 9+0 till och med 12+0 (tabell 1).

Trots att volymen av kirurgiska aborter minskat är det ändå ett av de vanligaste ingreppen i gynekologisk vård och metoden kan idag betraktas som mycket säker med förhållandevis liten komplikationsrisk. Dock innebär den fortfarande relativt stora volymen av ingrepp att vi i den "gynekologiska vardagen" förhållandevis ofta stöter på patienter med olika

följdtillstånd efter såväl kirurgisk som medicinsk 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.

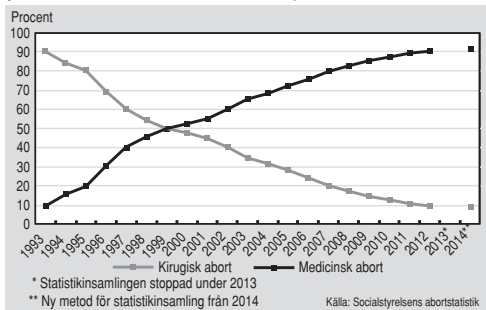
Kunskap om, och genomförande av kirurgisk abort ingår i målen för svensk specialistbehörighet i obstetrik och gynekologi och samtliga svenska gynekologer ska ha adekvata kunskaper inom området.

Mycket av det vetenskapliga underlaget när det gäller kirurgisk abort är gammalt och inte alltid helt aktuellt och uppdaterat. Mer allvarliga komplikationer såsom uterusperforation, stor blödning och sepsis är ovanligt och har i Storbritannien beräknats förekomma i ungefär 1-2 per 1000 kirurgiska aborter (2). I en stor finsk registerstudie inkluderande 42 000 aborter konkluderades att såväl kirurgisk som medicinsk abort är säkert och allvarliga komplikationer ovanligt. Risken för blödning och

Tabell 1. Procentuell fördelning av andel kirurgiska aborter efter graviditetslängd 2012 och 2016.

Graviditetslängd	Andel (%)		Andel kirurgisk abort (%)	
	2012	2016	2012	2016
≤ Vecka 7+0 dagar	41	53,1	3	1,9
> Vecka 7+0 dagar				
≤ vecka 9+0 dagar	38	30,3	17	12,2
> Vecka 9+0 dagar				
≤ vecka 12+0 dagar	14	10,3	60	35,7
> Vecka 12+0 dagar				
≤ vecka 18+0 dagar	6	5,4	1,7	
> Vecka 18+0 dagar	1	1		

Figur 1. Förändring över tid av användning av kirurgisk respektive medicinsk abort (Socialstyrelsen 2015. Diagrammet producerades inte för 2015 och 2016)



inkomplett abort var något högre bland dem som gjort medicinsk avbrytande medan de mycket ovanliga komplikationerna som krävde kirurgisk åtgärd var vanligare efter kirurgisk abort. Inga skillnader kunde ses i förekomst av infektioner eller annan morbiditet (3).

Utfall i relation till graviditetslängd

Starka belägg finns (4, 5, 6) för att ju tidigare under graviditeten aborten genomförs, desto mindre är komplikationsrisken med undantag för risken för inkomplett abort (evidensgrad II-III). Komplikationer, oavsett typ, är något vanligare vid aborter utförda vecka 9-12 jämfört med kortare gestationslängd. Risken ökar ytterligare för varje gestationsvecka härefter och är vid aborter utförda i vecka 17 tre till fyra gånger ökad (4, 5, 6)

I en genomgång över mortalitet i samband med legal abort i USA 1972-1987 (7) fann man 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. I Storbritannien hade man 2006-2008 två direkt abortrelaterade dödsfall bland över 600 000 aborter svarande mot 0,32/100 000 aborter (8). Det kan finnas skäl att tro att introduktionen av medicinska metoder har sänkt mortalitetssiffrorna ytterligare (9).

Kirurgiska metoder

Begreppet kirurgisk abort omfattar ett flertal olika metoder men innebär i västerländsk klinisk praxis idag att uterus kaviteten utryms med vacuumaspiration (VA) efter föregående dilatation av cervikalkanalen. Trubbig kuret skall endast användas i undantagsfall. Ögletång

finns ofta på operationsgallret men skall endast användas för att lirka ut abortmaterial som fastnat i cervix. Ett fåtal äldre studier har jämfört VA med "skrapning" med skarp curette (10). 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 II-III). Både elektriska och manuella vacuum-sugar finns tillgängliga och används i Sverige. Båda metoderna är effektiva, säkra och accepterade av såväl patienter som gynekologer (11-15) (evidensgrad 1). Den manuella vacuum-aspirationen är associerad med längre operationstid (11).

Vid vilka graviditetslängder kan kirurgisk abort rekommenderas?

Från att ha varit standardmetod för samtliga aborter före graviditetslängder upp till vecka 12+0 dagar har kirurgisk abort blivit ovanligt vid graviditetslängder kortare än 63 dagar (vecka 9+0 dagar). Vid graviditetslängd mellan 9 och 12 veckor har kirurgisk abort varit standardmetod men under senare år har det skett en snabb introduktion av medicinsk abort även vid vecka 9+0 dagar – vecka 12+0 dagar. Någon nedre tidsgräns för när kirurgisk abort kan/får utföras finns egentligen inte men utfallet blir avsevärt mer osäkert vid graviditetslängd mindre än sju veckor. Vid graviditetslängder mindre än sju fulla veckor har ca 1 procent fortsatt graviditet efter ingreppet (16, 17).

Att alla aborter inte lyckas/blir kompletta är ett välkänt faktum bland gynekologer men mindre känt i befolkningen i allmänhet. Inte sällan har detta förekommit som anmälningsärenden till HSN/IVO. Inkompleta aborter/fortsatt graviditet förekommer efter alla idag tillgängliga abortmetoder avseende tidig abort. Kaunitz (16) rapporterade 2.3/1000 inkompleta ingrepp efter vacuumaspiration med högst risk vid graviditetslängd kortare än 7 veckor. Risken för inkomplett abort är tre gånger ökad vid kirurgisk abort före 7 fulla graviditetsveckor jämfört med graviditetslängd

7 - 12 veckor (16, Evidensgrad II). Risken för fortsatt graviditet kan minskas genom att granska utbytet eller ännu hellre genom att undersöka med ultraljud. Det åligger operatören att förvissa sig om adekvat utbyte. Detta är särskilt viktigt vid kirurgisk abort vid graviditetslängder kortare än 49 dagar (vecka 7+0 dagar).

Vid graviditetslängder över 12 veckor är medicinsk abort att rekommendera och att betrakta som förstahandsval (se detta kapitel). Dock kan även primär kirurgisk abort utföras upp till vecka 15+0 dagar men är då i större utsträckning än tidiga ingrepp beroende av erfarenhet och skicklighet hos ansvarig operatör samt att adekvat utrustning finns att tillgå (evidensgrad III). 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 (18) 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.

Vid de mycket sällsynta fall där kirurgisk abort behöver genomföras efter vecka 15 + 0 skall detta göras genom dilatation och evakuering (engelska D&E), dvs att uterus-kaviteten efter föregående dilatation töms med tång och trubbig curette. Sectio parva skall inte göras.

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 iaktas (19, Evidensgrad II). Olika metoder för generell anestesi jämfördes av DeJonge et al (20) utan att man kunde finna några avgörande skillnader (evidensgrad III).

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 (21, 22, evidensgrad II) jämfört med ingrepp i lokal-anestesi. Lawson et al (7) rapporterade 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 (23) visade att 60 procent valde generell anestesi och att kvinnor i båda grupperna generellt sett var nöjda med sitt val av anestesimetod.

En liten kvalitativ amerikansk studie (24) visade att kvinnor som genomgick kirurgisk abort med PCB och tillägg av sedering (Midazolam eller fentanyl) skattade smärta lägre och var mer benägna att rekommendera metoden jämfört med kvinnor som enbart erhållit PCB. Materialet är litet och det är svårt att generalisera utifrån dessa data. Propofol i tillägg till PCB har fördelen att vara ultrakortverkande med minimal "hang-over". Royal College of Obstetricians and Gynaecologists anser att enheter som erbjuder kirurgisk abort ska kunna erbjuda detta utan tillgång till generell anestesi (25). Kontrollerade data från Sverige avseende effekt av olika anestesimetoder saknas.

PCB, gärna med möjlighet till sedering bör rekommenderas i första hand för att minimera risken för komplikationer men det är viktigt att tillhandahålla båda anestesimetoderna för att underlätta kvinnans möjlighet att hitta en för henne optimal metod.

Förbehandling av cervix ("cervikal förbehandling")

Förbehandling av cervix har länge använts för att förenkla dilatationen inför kirurgisk abort, och minskar risken för trauma mot cervix

och perforation av uterus (5, 26). De första metoderna var mekaniska, och sedan osmotiska, där Laminaria (en brunalg) och syntetiska osmotiska dilatatorer (som till exempel Dilapan) fortfarande används i vissa delar av världen. De medicinska metoderna (misoprostol och mifepriston) har dock flera fördelar, då de dels är enklare och mindre obehagliga för patienten att administrera, dels verkar snabbare (misoprostol) (27, 28). Osmotiska dilatatorer bör dock finnas till hands för de sällsynta fall patienten inte svarar på prostaglandinbehandling.

De medicinska metoderna har även visats minska risken för inkomplett abort, infektioner, perforation och stora blödningar (29), och därför rekommenderas nu förbehandling till alla kvinnor oavsett paritet eller gestationslängd inför kirurgisk abort. Stora epidemiologiska studier antyder även att tidigare visad ökad risk för prematurbörd efter genomgången abort har minskat och ej kan påvisas efter införandet av medicinsk förbehandling (30).

Idag används framför allt förbehandling med 400 mikrogram misoprostol. Misoprostol verkar genom att påverka kollagenets struktur i cervix, där det orsakar disintegration och inflöde av vatten (31). Misoprostol kan administreras sublinguellt, vaginalt eller peroralt med likvärdig förbehandlingseffekt, men peroral och sublingual administration ger mer gastrointestinala biverkningar. Sublingual behandling ger snabbare effekt (32-34), som ses redan efter en timme medan vaginal behandling ger effekt efter två till tre timmar (33, 35, 36). När förbehandlingsintervallet reduceras till en timme vid sublingual administration minskar även andelen patienter som börjar blöda före operationen (35), och behandlingen underlättas av att misoprostol kan administreras vid ankomst till kliniken.

Även mifepriston 200 mg kan användas för förbehandling i särskilt utvalda fall med ännu bättre effekt än misoprostol, men är dyrare, verkar betydligt långsammare, och full effekt fås först efter 36-48 timmar (37, 38).

Komplikationer till kirurgisk abort

Uterusperforation i samband med kirurgisk abort

Uterusperforation är en ovanlig komplikation. I olika material varierar förekomsten mellan 1 och 4/1000 abortingrepp (39-43). I ett svenskt material från Stockholm (27) omfattande närmare 85000 aborter 1982-1992 fann man 1.7 perforationer per 1000 abortingrepp. I en liknande dansk uppföljning (43) av senare datum sågs liknande förekomst av perforation. Flertalet studier är retrospektiva långtidsuppföljningar med förhållandevis lågt bevisvärde (evidensgrad 3). Ökande gestationslängd innebär en ökad risk för perforation (5, evidensgrad 2-3).

Ett intressant fynd gjordes av Kaali et al (41) som studerade perforationer i ett material omfattande 6408 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 ytterligare skada. Misstanke om perforation skall dock alltid medföra ökad observation och förhöjd beredskap och patienten skall kvarstanna på sjukhus! Konklusionen 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 III) (39, 41, 43).

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, företrädesvis som medicinsk abort. Om detta av olika skäl inte skulle vara möjligt rekommenderas kirurgisk abort "under ögats kontroll" med samtidig laparoskopi. Ultraljudskontroll skulle

kunna vara ett möjligt alternativ till laparoskopi men evidens saknas.

Prevention av postoperativa infektioner

Genital infektion av varierande svårighetsgrad har tidigare rapporterats förekomma efter upp till 10 procent av legala aborter (44-46, evidensgrad III). Nyare, bättre kontrollerade studier har dock påvisat en avsevärt lägre förekomst; 0,9-1,7 procent (1, 45). Skillnaderna beror med all sannolikhet framför allt på olikheter i diagnoskriterier. Förekomst av C.trachomatis, N. Gonorrhoea eller bakteriell vaginos vid tidpunkten för aborten är associerat med en ökad risk (47-50).

I en meta-analys avseende profylaktisk antibiotikabehandling i samband med abort (51) fastslogs att profylaktisk antibiotika i samband med ingreppet halverade antalet postoperativa infektioner (evidensgrad I). Jämförelser mellan allmän antibiotikaprofylax och ett screeningprogram för klamydia och bakteriell vaginos har visat likvärdiga utfall men en dubbel kostnad för screeningprogrammet (52, evidensgrad II). Amerikanska och engelska guidelines rekommenderar därför profylaktisk antibiotikabehandling till alla kvinnor som genomgår kirurgisk abort (53).

Trots att kostnaden är högre är det ett mer adekvat förhållningssätt att vara noggrann med screening i samband med rådgivningstillfället. Allmän klamydiaprovtagning, riktad provtagning för gonorré i riskpopulationer, samt diagnostik av bakteriell vaginos (47) har visats kunna reducera antalet infektioner efter abort (evidensgrad II). 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 klamydiabehandling.

Ett flertal studier har undersökt olika former av baktericida medel för vaginaltvätt pre-

operativt. Det finns inga evidens för att vaginaltvätt minskar risken för infektion och detta bör därför inte göras (53)

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 ca 10 dagar efter kirurgisk abort (56). Blödningsmängderna är dock svåra att skatta. Nyare engelska data visar att blödning på mer än 500 ml inträffar i cirka 0,2 procent av fallen och transfusionskrävande blödning är än ovanligare, 0,88/1000 aborter (4). Något högre förekomst kunde ses i en finsk kohortstudie (3) men blödningarna var dåligt definierade och det är svårt att dra säkra slutsatser. Inga säkra skillnader i förekomst av riklig blödning har kunnat ses mellan aborter innan vecka 12 och aborter vecka 12-18. Däremot ökar risken för stor blödning markant vid graviditetslängder över 20 veckor (2).

På många håll används fortfarande rutinmässigt uteruskontraerande läkemedel i syfte att minska blödningsmängd. Av fyra små randomiserade studier (55-58), samtliga med låg styrka, kunde ingen påvisa någon signifikant reduktion av blödningsmängd med rutinmässig tillförsel av uteruskontraerande läkemedel (oxytocin, metylergometrine) jämfört med placebo. Idag rekommenderas förbehandling med misoprostol vilket också är uteruskontraerande. Användning av ytterligare uteruskontraerande läkemedel i syfte att minska blödning bör inte användas rutinmässigt.

Vid riklig blödning är det viktigaste att tillse att patienten är cirkulatoriskt stabil och utöver detta att kavitetien är tom.

Behövs Rh-profylax?

I SFOGs ARG-rapport nr 74 Graviditetsimmunisering 2015 finns riktlinjer för Rh-profylax vid abort. Vid kirurgisk abort skall Rh-profylax ges till Rh-negativa kvinnor oavsett graviditetslängd.

FAKTARUTA

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

Kirurgisk abort i första trimestern skall utföras som vacuumaspiration.

Vid gestationslängd < 49 dagar bör i första hand medicinsk abort rekommenderas.

Operatören ska alltid på adekvat sätt förvissa sig om utbyttet. Detta är speciellt viktigt vid tidiga kirurgiska aborter

Operatörens erfarenhet och skicklighet är av stor betydelse.

Lokalbedövning med paracervikalblockad, eventuellt kombinerat med sedering, bör vara förstahandsval men kirurgisk abort kan också genomföras under generell anestesi. Båda anestesimetoderna skall tillhandahållas för att den enskilda kvinnan skall kunna hitta en för henne acceptabel/optimal metod.

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 som medicinsk abort när annan komplikation utesluts.

Medicinsk förbehandling ska erbjudas alla kvinnor inför kirurgisk abort. Förbehandling med misoprostol minskar risken för cervixtrauma, uterusperforation, postoperativ infektion, stora blödningar och inkomplett abort. Misoprostol 400 mcg ges sublingvalt 1 timme eller vaginalt 3 timmar före dilatation. Mifepristone är ett alternativ för förbehandling, men behöver ges 36-48 timmar före dilatation.

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 analys svar bör profylaktisk behandling övervägas.

Vaginaltvätt bör inte föregå kirurgisk abort.

Risken för transfusionskrävande blödning är ytterst liten. Förbehandling med mifepristone eller prostaglandin kan ytterligare minska blödningsrisken.

Uteruskontraherande läkemedel bör inte användas rutinmässigt.

Rh-profylax (anti-D) skall ges inom 72 timmar till Rh-negativa kvinnor vid kirurgiska aborter.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Abortstatistik 2015. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19915/2015-9-4.pdf>
2. Department of Health. Abortion Statistics, England and Wales: 2009. Statistical Bulletin 2010/1. London: DH; 2010. http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publicationsPublicationsStatistics/DH_116039.
3. Niinimäki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009;114:795-804.
4. Ferris L, McMain-Klein, Colodrey N. Factors associated with immediate abortion complication. *Canadian Medical Association Journal* 1996;154:1677-1685
5. Grimes DA, Schulz KF, Cates WR Jr. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *JAMA* 1984;251:2108-11.
6. 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;153:14-19.

7. 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.
8. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving mothers' lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. *BJOG* 2011; 118 Suppl 1:1–203
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No 7. RCOG press, London, 2004.
10. Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4).
11. 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.
12. Hemlin J, Moller B. Manual vacuum aspiration, a safe and effective alternative in early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:563-7.
13. 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.
14. 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
15. 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.
16. Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA, Schulz KF,. Abortions that fail. *Obstet Gynecol* 1985;66:533-7.
17. Bygdeman M, Danielsson KG. Options for early therapeutic abortion. A comparative review. *Drugs* 2002;62:2459–70.
18. 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.
19. Glantz JC, Shomento S. Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *Int J Gynecol Obstet* 2001;72:171-8.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. Allen RH, Fortin J, Bartz D, Goldberg AB, Clark MA. Women's preferences for pain control during first-trimester surgical abortion: a qualitative study. *Contraception*. 2012 Apr;85(4):413-8.
25. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-Based Clinical Guideline Number 7. 23 nov 2011. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf
26. Schulz KF, Grimes DA, Cates W Jr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet*. 1983 May 28;1(8335):1182-5.
27. Krishna U, Gupta AN, Ma HK, Manuilova I, Hingorani V, Prasad RN, et al. Randomized comparison of different prostaglandin analogues and laminaria tent for preoperative cervical dilatation. World Health Organization Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction: Task Force on Prostaglandins for Fertility Regulation. *Contraception*. 1986 Sep;34(3):237-51.
28. Darwish AM, Ahmad AM, Mohammad AM. Cervical priming prior to operative hysteroscopy: a randomized comparison of laminaria versus misoprostol. *Hum Reprod*. 2004 Oct;19(10):2391-4.
29. Meirik O, My Huong NT, Piaggio G, Bergel E, von Hertzen H; WHO Research Group on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: a multicentre randomised trial. *Lancet*. 2012 May 12;379(9828):1817-24.
30. Oliver-Williams C, Fleming M, Monteath K, Wood AM, Smith GC. Changes in association between previous therapeutic abortion and preterm birth in Scotland, 1980 to 2008: a historical cohort study. *PLoS Med*. 2013;10(7):e1001481. doi: 10.1371/journal.pmed.1001481. Epub 2013 Jul 9.
31. el-Refaey H, Calder L, Wheatley DN, Templeton A. Cervical förbehandling with prostaglandin E1 analogues, misoprostol and gemeprost. *Lancet*. 1994 May 14;343(8907):1207-9. Erratum in: *Lancet* 1994 Jun 25;343(8913):1650.
32. Fiala C, Gemzell-Danielsson K, Tang OS, von Hertzen H. Cervical priming with misoprostol prior to transcervical procedures. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Dec;99 Suppl 2:S168-71

33. Sääv I, Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: a double-blinded RCT. *Hum Reprod.* 2015 Jun; 30(6):1314-22
34. 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.
35. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. A randomized controlled comparison of sublingual and vaginal administration of misoprostol for cervical priming before first-trimester surgical abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Jan;190(1):55-9.
36. Tang OS, Mok KH, Ho PC. A randomized study comparing the use of sublingual to vaginal misoprostol for pre-operative cervical priming prior to surgical termination of pregnancy in the first trimester. *Hum Reprod.* 2004 May;19(5):1101-4.
37. Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Mifepristone versus vaginally administered misoprostol for cervical priming before first-trimester termination of pregnancy: a randomized, controlled study. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Oct;183(4):998-1002.
38. Rådestad A, Christensen NJ, Strömberg L. Induced cervical ripening with Mifepristone in first trimester abortion. A double-blind randomized biomechanical study. *Contraception.* 1988 Sep;38(3):301-12.
39. Lindell G, Flam F. Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:373-5.
40. Hakim-Elahi E, Thm M, Burnhill MS. Complications after first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990;76:129-35.
41. 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.
42. Heisterberg L, Kringelbach M. Early complications after induced first-trimester abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987;66:201-4.
43. Zhou W, Nielsen GL, Møller M, Olsen J. Short-term complications after surgically induced abortions: a register-based study of 56 117 abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:331-6.
44. Sonne-Holm S, Heisterberg L, Hebjøorn 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.
45. 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.
46. Westrom L, Svensson L, Wolner-Hansen 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.
47. 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.
48. 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.
49. Westergaard L, Philipsen T, Schleibel J. Significance of cervical Chlamydia trachomatis infection rate in preabortal pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 1982;60:322-5.
50. Qvigstad E, Skaug K, Jerve F, Fylling P, Ullstorp JC. Pelvic inflammatory disease associated with Chlamydia trachomatis infection after therapeutic abortion. *Br J Veneral Dis* 1983;59:189-92.
51. 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.
52. 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.
53. Achilles SL, Reeves MF; Society of Family Planning. Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception.* 2011 Apr;83(4):295-309.
54. 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.
55. Ali PB, Smith G. The effect of syntocinon on blood loss during first trimester suction curettage. *Anaesthesia* 1996;51:483-5.
56. Nygaard IH, Valbø A, Heide HC, Kresovic M. Is oxytocin given during surgical termination of first trimester pregnancy useful? A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:174-8.
57. Beeby D, Morgan Hughes JO. Oxytocic drugs and anaesthesia. A controlled clinical trial of ergometrine, syntocinon and normal saline during evacuation of the uterus after spontaneous abortion. *Anaesthesia* 1984;39:764-7.
58. Cochrane GW, Moore CA, Swinhoe JR, Subramanian N, Chakrabarti P. Blood loss and side effects in day case abortion. *Br J Obstet Gynaecol* 1981;88:1120-3.
59. Jabara S, Bankhart KT. Is Rh immune globulin needed in early first-trimester abortion. A review. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:623-7.

6. Medicinsk abort

Kristina Gemzell Danielsson

Utveckling av metoden

Utvecklingen av medicinsk abort började på 70-talet efter syntesen av prostaglandinanaloger. Flera olika enskilda substanser testades för medicinsk abort men höga doser krävdes för effektivitet med en hög frekvens biverkningar till följd. Upptäckten av RU 486, mifepriston, av Etienne Baulieu och medarbetare, 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 beroende på graviditetslängd. En avgörande upptäckt gjordes 1985 då Bygdeman och Swahn kunde visa att mifepriston ökar uterus kontraktilitet och ökar myometriets känslighet för prostaglandin (1). 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 av prostaglandin reduceras. Den synergistiska effekten kunde visas efter 12 timmars förbehandling och nådde maximal effekt på myometriet och cervix då intervallet mellan mifepriston och prostaglandinadministrationen var 36-48 timmar och sågs fortfarande efter 72 timmar (2). Fortsatta kliniska studier ledde till godkännande av kombinationsbehandling av mifepriston och prostaglandin i Frankrike 1988, Storbritannien 1991 och Sverige 1992. Sedan några år tillbaka är ytterligare mifepristonpreparat registrerade i Europa.

Övre tillåtna graviditetslängden för medicinsk abort var initialt 49 dagar i de flesta

länder, förutom i Sverige, Norge och Storbritannien där gränsen var 63 dagar. 2009 godkände Europeiska Läkemedelsverket (EMA) medicinsk abort upp till 9 veckor. Andelen medicinska avbrytanden bland förstatrimester aborterna i Sverige har ökat från 7 procent, 1993 till ca 90 procent 2014(3). Flera studier bekräftar att det är av största vikt att kvinnan, om möjligheten finns beroende på medicinska faktorer inklusive graviditetslängden, själv får välja abortmetod (4, 5). Äldre data visar att när så är fallet, väljer ca 60-80 procent medicinsk abort (4).

Sedan medicinsk abort först blev godkänt i Sverige har forskning och utveckling av metoden fortsatt för att finna

- den optimala dosen av mifepriston,
- den optimala prostaglandinanalogen samt optimal dos, dosintervall och det bästa administrationssättet.
- hur acceptansen för behandlingen kan förbättras.
- hur behandlingen blir effektiv även vid graviditetslängd överstigande 63 dagar.

På grund av att metoden fortfarande utvecklas har den behandlingsregim som ursprungligen registrerades förändrats och en ändring av registreringen har skett vid flera tidpunkter liksom ändringar i socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter.

Mifepriston - behandlingsregim

Mifepriston är det enda antiprogesteronet eller progesteronreceptormodulerare som har använts på indikation abort i någon större utsträckning. Innan mifepriston blev tillgängligt

i USA och Kanada användes en kombination av methotrexat och prostaglandinanaloger för medicinsk abort. Det finns inga randomiserade, kontrollerade studier av kombinationen av methotrexat plus prostaglandin jämfört med mifepristone plus prostaglandin. Vid en jämförelse mellan olika studier leder kombinationer med methotrexat till sämre effekt med längre tid till komplett abort, fler fortsatta graviditeter och methotrexat är dessutom teratogent. Methotrexat är därför inte att rekommendera för medicinsk abort (4).

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. Flera studier tyder på att 200 mg mifepriston är lika effektivt som 400 eller 600 mg mifepriston kombinerat med gemeprost, eller misoprostol men om mifepristondosen sänks till 50 mg (med oförändrad dos prostaglandin analog) minskar effekten jämfört med 200 mg (4)

En svaghet med en av de ovan nämnda studierna är låg effektivitet (<90 procent). Detta beror på att peroralt misoprostol användes upp till 63 dagars amenorre (vilket är otillräckligt efter 49 dagar) men gällde dock båda grupperna, 200 och 600 mg mifepriston, vilket gör den statistiska jämförelsen mellan doserna valid. Någon direkt jämförelse i randomiserade kontrollerade studier har inte gjorts mellan den initialt registrerade behandlingsregimen (600 mg mifepriston plus 1 mg gemeprost) och 200 mg mifepriston följt av 800 mikrogram misoprostol vaginalt.

Mifepriston 200 mg följt 24-48 timmar senare av 800 mikrogram misoprostol vaginalt för medicinsk abort upp till 63 dagars graviditet registrerades 2012 och är den behandlingsregim som rekommenderas i flera internationella guidelines; bland annat WHO och RCOG (5, 6) (evidensgrad I)

Eftersom effektiviteten av medicinsk abort påverkas av dosen av mifepriston, typ av prostaglandin, dosen av prostaglandin analog (kan användas ensamt i tillräckligt höga doser, se ovan), administrationsätt för prostaglandin-

analog och intervallet mellan mifepriston och prostaglandin måste stor försiktighet iakttas när ovanstående studier används som evidensgrund om någon av dessa komponenter av behandlingen förändras. Olika behandlingsregimer har analyserats i en Cochrane rapport (7).

Prostaglandin

Typ av prostaglandin analog

I Sverige användes initialt gemeprost för medicinsk abort men gemeprost har ersatts av misoprostol. Misoprostol har flera fördelar jämfört med gemeprost eftersom det är billigt och relativt stabilt i rumstemperatur. Fram tills nyligen har misoprostol använts uteslutande off label i form av tabletter tillverkade för peroral användning. Sedan 2015 finns misoprostol 200 mikrogram tabletter registrerade för vaginal användning (men endast i kombiförpackning med mifepriston).

Misoprostol är en prostaglandin E1 analog som under 1980-talet registrerades för behandling eller förebyggande behandling av magsår. Misoprostol rekommenderas på flera indikationer inom obstetrik och gynekologi vilket kan öka tillgängligheten även för abortbehandling. Ett observandum är att substansen bryts ned om blisterförpackningar bryts (8). Det finns idag flera tillverkare och halten aktiv substans kan variera kraftigt i tabletter på den globala marknaden. Misoprostol finns inkluderat i "WHO's essential medicine list" på fem indikationer; tillsammans med mifepriston för inducerad abort där lagen tillåter detta, inkomplett abort, behandling och prevention av postpartumblödning (när oxytocin inte finns tillgängligt) och för förlossningsinduktion.

Administrationsväg vid behandling med misoprostol

En randomiserad jämförelse av peroral och vaginal administration av misoprostol (efter mifepristone) visar högre effektivitet (färre fortsatta graviditeter och inkompetta aborter) samt lägre frekvens gastrointestinala biverk-

ningar vid vaginal behandling. Den högre effektiviteten för vaginalt misoprostol har bekräftats i case-series rapporter och i en stor WHO multicenter studie som finns sammanfattade i en Cohranerapport (7) (evdiensgrad I).

Senare studier har visat att sublingual behandling med misoprostol är lika effektivt som vaginalbehandling i kombination med mifepristone för medicinsk abort (5). I framförallt studier från USA har buccal behandling blivit ett populärt alternativ (5).

Skillnaden i effekt mellan olika administrationsvägar med misoprostol kan förklaras genom resultat från studier av farmakokinetik och uteruskontraktilitet. Vaginal och sublingual administration resulterar i en större biotillgänglighet av misoprostol vilket leder till utveckling av regelbundna kontraktioner (9). Sublingual behandling resulterar i snabbt upptag, jämförbart med peroral behandling men med högre peak plasmanivåer. Vid buccal behandling påminner plasmanivåerna om de vid vaginal behandling. Rektal behandling ger dåligt upptag och har den minst uttalade effekten på uteruskontraktioner. Denna behandlingsväg rekommeneras därför inte på någon indikation (10). Vaginal absorption förefaller att variera med stora individuella variationer och kan påverkas negativt av högt pH som vid bakteriell vaginos och blödning (11,12). Försök har gjorts att öka absorptionen av misoprostol genom att tillsätta ättiksyra eller vatten vilket gett motstridiga resultat och ytterligare ökat variationen i plasmanivåer (10).

Behandling med enbart misoprostol

Eftersom misoprostol är lättillgängligt och billigt har det fått utbredd användning även i länder som saknar mifepriston (13) Trots upprepad administration av misoprostol vaginalt eller sublinguallt 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 12 timmar ses en signifikant ökad känslighet som ökat ytterligare och är maximal efter 36h - 48 timmar med bibehållen effekt upp till 72 timmar (4). Vid behov kan ett intervall på upp till 72 timmar användas. Ett längre intervall är associerat med mer biverkningar (blödning, smärta). Vid abort upp till 63 dagar är 24 timmars intervall tillräckligt men vid längre gången graviditet rekommenderas att intervallet ökas till 36-48 timmar.

Behandlingsrekommendation för medicinsk abort till och med vecka 9+0 dagar

- Mifepriston 200 mg följt 24-48 timmar senare av misoprostol 800 mikrogram vaginalt eller sublinguallt (Evidensgrad I)

Upprepade doser av misoprostol

Det saknas randomiserade studier av upprepad dos(er) av misoprostol efter mifepriston vid graviditet upp till 63 dagar. I en stor case-serie rapport behandlades de första ca 2000 kvinnorna med en dos misoprostol medan de därpå följande ca 2000 kvinnorna fick en upprepad dos misoprostol om blödning inte startat inom 4 timmar efter första dosen. Tillägget av en andra dos ledde till signifikant färre fortsatta graviditeter och eliminerade influensen av graviditetslängden på effektiviteten(14).

- Vid sparsam eller utebliven effekt kan en upprepad dos av misoprostol (400 mikrogram peroralt, vaginalt, eller sublinguallt) ges 3-4 timmar efter den initiala dosen. (Evidensgrad III)

Hemabort till och med vecka 9+0 dagar

Många kvinnor föredrar att inte vara på sjukhus. Enligt socialstyrelsens anvisningar ska abortbehandlingen utföras på klinik, dvs. mifepriston behandlingen måste ges på kliniken men socialstyrelsens föreskrifter tillåter

sedan den 1 september 2004 hemadministration av misoprostol. Idag görs cirka 70 procent av misoprostolbehandlingarna hemma (3). Tillräcklig evidens finns nu för att rekommendera hembehandling av misoprostol upp till v10+0 (15-17) (evidensgrad II).

Effektivitet av medicinsk abort till och med vecka 9+0 dagar

Blödningen startar hos 50 procent efter mifepriston och 2-3 procent aborterar innan prostaglandinet (4). Med medicinsk behandling kan man uppnå komplett abort i ca 96-99 procent av fallen. Medicinsk abort anses vara mer effektiv än kirurgisk abort upp till 7 graviditetsveckor även om randomiserade jämförande studier saknas (18). Cirka 1-3 procent av aborterna blir inkompleta (vg se kapitel om behandling av inkomplett abort). Hos ca 0.5 – 1 procent fortgår graviditeten som då kan avbrytas med vacuumaspiration eller en upprepad medicinsk abortbehandling. I en omfattande rapport som inkluderar cirka 4 000 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).

Acceptans av medicinsk abort till och med vecka 9+0

Kvinnor som själva väljer abortmetod är oftast nöjda med sitt val oavsett metod (20). De vanligaste skälen till att välja medicinsk abort 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.

Faktorer som påverkar acceptans är förutom att kunna påverka val av metod att kunna ha en partner, vän eller släkting närvarande, att vara välinformerad och känna sig trygg, och att behandlingen lyckats (21).

Effekter och biverkningar till behandlingen

Behandlingen med mifepriston tolereras oftast väl även om större blödning kan inträffa. Misoprostolbehandling innebär i de flesta fall förutom blödning, sammandragningar och smärtor, vilket gör att kvinnan, under några timmar, lämpligen bör vistas i en miljö där hon är trygg och kan få hjälp och stöd. Vanliga biverkningar till prostaglandinanaloger är gastrointestinala som illamående och diarre. Andra biverkningar (till misoprostol) inkluderar hudutslag och en viss övergående temperaturstegring. Frossbrytningar (så kallad shivering) förekommer ofta efter sublingual- och ibland efter vaginalbehandling och en domningskänsla i tungan eller gommen är en vanlig biverkan till sublinguallt misoprostol. Biverkningar till misoprostol är kortvariga. Feber i mer än 12 timmar efter misoprostol eller påverkat allmäntillstånd ska föranleda misstanke om infektion. Eftersom misoprostol dilaterar glatt muskulatur kan en övergående hypotoni ses i samband med behandlingen (22).

Komplikationer till behandlingen inkluderar endometrit (0.3 procent) salpingit (0.03 procent) och hypotoni. Behov av kirurgi på grund av blödning varierar mellan 0.35-2 procent (4). Blodtransfusion gavs i dessa äldre studier till 1-3 per 1000 fall.

Blödning vid och efter abort

Blödningen är oftast rikligast vid själva utstötningen av graviditeten. Riklig blödning är ingen garanti att aborten skett. En riklig blödning kan ibland uppträda flera dagar efter behandlingen. Patienten måste få noggranna instruktioner om vad som kan förväntas och när en blödning bör ge anledning att söka hjälp.

Den totala blodförlusten vid medicinsk abort är jämförbar med den vid vacuum aspiration och har uppmätts till i genomsnitt 75.5 ml vilket kan jämföras med att gränsen för riklig menstruation är 80 ml (23). En nackdel

med medicinsk abort kan vara långdragen blödning efter aborten. Blödningen pågår i genomsnitt 11-14 dagar och är mer långdragen än den efter vacuumaspiration, cirka 10 dagar (24). För närvarande finns ingen känd behandling som kan minska blödningens varaktighet efter medicinsk abort. Hormonspiral insatt efter medicinsk abort minskar riklig blödning jämfört med kopparspiral (25).

Säkerhet

Både mifepriston och prostaglandin har kontraindikationer som måste beaktas (se produktresumé).

Absoluta kontraindikationer är:

- Tidigare allergisk reaktion mot mifepriston eller misoprostol
- Kronisk binjurebarkssvikt eller långtidsbehandling med kortikosteroider
- Porfyri
- Ektopisk graviditet

Försiktighet bör iaktas vid koagulationsrubbingar och behandling med antikoagulantia, okontrollerad astma samt vid samtidig leverenzyminducerande medicinering. Vid spiralgraviditet ska spiralen avlägsnas innan behandlingen.

Mifepriston anses inte ha någon direkt teratogen effekt hos människa. 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 (26, 27).

Det anses inte indicerat att rekommendera abort i de fall då kvinnan efter en avbruten eller misslyckad behandling med fortsatt graviditet bestämmer sig för att behålla graviditeten.

Tidigare sectio utgör ingen ökad risk vid medicinsk abort till och med graviditetsvecka 9+0 dagar (28). Därefter saknas studier.

Blodgruppering och Rh-profylax

I SFOGs ARG-rapport nr 74 Graviditetsimmunisering 2015 finns riktlinjer för Rh-

profylax vid abort. Upp till vecka 12 skall Rh-profylax inte ges vid medicinsk abort medan profylax rekommenderas vid senare graviditetslängd och vid kirurgisk intervention.

Efterkontroll

Enligt socialstyrelsens föreskrifter 2009 ska vårdgivaren ansvara för att det finns rutiner för efterkontroll efter medicinsk abort (29) Traditionellt har ett återbesök gjorts hos läkare, barnmorska eller sjuksköterska 2-4 veckor efter aborten. Tidigare kontroll är att föredra för att undvika att behandlingen av en eventuell misslyckad abort fördröjs. Idag utblir alltfler kvinnor från återbesök. Syftet med ett återbesök är att utesluta en misslyckad abort och fortsatt graviditet.

Preventivmedelsrådgivning och förskrivning ska ske redan vid det initiala besöket innan aborten påbörjas för att möjliggöra att en effektiv preventivmetod kan påbörjas utan fördröjning. Patienten ska få information om biverkningar och komplikationer som föranleder kontakt med sjukvården men detta ska inte fördröjas till ett planerat återbesök. Kontroll av serum-hCG före och efter aborten är den mest känsliga metoden men är invasiv, kostsam och kan kräva extrabesök. Urin-hCG korrelerar väl till serumnivåer. Urin-hCG med en lågkänslig metod med gränsvärde på 1000 enheter, noggrann information, och checklista angående graviditetssymptom gör att efterkontroll kan göras av kvinnan själv (30) (evidensgrad I). Det ska dock beaktas att ingen test eller uppföljningsmetod är helt pålitlig, vilket kvinnan ska informeras om. Vid behov kompletteras undersökningen med serum-hCG och/eller ultraljud. Vid ultraljudsundersökning efter medicinsk abort krävs att undersökaren har god vana att tolka fynden. Ultraljudsundersökningen skall göras på indikation och skall endast syfta till att utesluta fortsatt graviditet. Om man baserar kirurgisk intervention enbart på ultraljudsbilden, annat än fortgående graviditet, har man visat att detta leder till många onödiga ingrepp (31).

Medicinsk abort från och med vecka 9+0 dagar till och med vecka 12+0 dagar

Vakuumaspiration dominerar fortfarande vid abort i intervallet 9-12 veckors graviditetslängd men medicinsk behandling blir allt vanligare (3). Behandlingsregimen är densamma som för tidig medicinsk abort men med upprepade doser av 400 mikrogram (oralt/sublinguallt /vaginalt misoprostol, var tredje timme. Mediantiden till abort är 4,5 timmar och 96 procent aborterar inom 24 timmar och komplikationer är inte fler än vid kirurgisk abort i samma graviditetsintervall (32).

Vid utebliven behandlingseffekt efter 24 timmar bör kirurgi övervägas i samråd med kvinnan.

Medicinsk abort från och med vecka 12+1 dagar

Med ökande graviditetslängd blir det allt svårare att åstadkomma en tömning av uterus med vacuumaspiration utan speciella instrument. Efter vecka 12+0 dagar rekommenderas medicinsk abort.

Det finns flera äldre metoder att framkalla ett värkarbete i andra trimestern, såsom intraamniotisk tillförsel av hypertont koksaltlösning eller prostaglandin, extraamniotisk tillförsel av prostaglandin eller etakridinlaktat (Rivanol). Dessa metoder är, liksom sectio parva, utdömda av WHO pga av risken för komplikationer och ska inte användas (5).

1994 registrerades mifepriston kombinerat med gemeprost för sen medicinsk abort. 2003 ändrades registreringen i Sverige till att omfatta mifepriston (600 mg) följt av ”en lämplig prostaglandin analog”. Efter förbehandling med mifepriston återvänder patienten efter 36–48 timmar för tillförsel av misoprostol. Även vid medicinsk abort efter vecka 12+0 dagar finns evidens för att använda 200 mg mifepriston (33) följt av misoprostol.

Misoprostol ges vaginalt, sublinguallt eller peroralt var tredje timme. Behandlingsinter-

vallet kan inte glesas ut utan att effektiviteten sjunker. Vaginal behandling med misoprostol är mer effektivt än peroral behandling.

Behandlingsrekommendation för medicinsk abort från och med vecka 12+1.

- Mifepriston 200 mg följt 36-48 timmar senare av misoprostol 800 mikrogram vaginalt eller sublinguallt (Evidensgrad I) följt av 400 mikrogram peroralt, vaginalt eller sublinguallt var 3:e timme till maximalt 4 gånger (maxdos misoprostol 2400 mikrogram) (34).

Om blödning startar ska vaginal behandling undvikas pga sämre upptag av misoprostol

Om abort inte skett ges 200 mg mifepriston på kvällen och följs nästa morgon av en ny omgång misoprostol med 800 mikrogram vaginalt följt av 400 mikrogram sublinguallt eller vaginalt (ej peroralt, använd sublinguallt om blödning) var tredje timme enligt ovan. Om abort inte inträffat påbörjas en ny behandling med mifepriston.

För de kvinnor som inte aborterar trots ovanstående måste en individuell handläggning tillämpas och antibiotikaprofylax bör övervägas om amniotomi gjorts. Man får i dessa fall överväga att övergå till mekaniska dilatationsmetoder såsom ballongkateter, eller osmotiska dilatationsmetoder som laminaria eller dilapan. I sista hand skall kirurgisk ultraljudsledd evakuering utföras med aborttång (D&E). Syntocinonstimulering ska inte ges då cervix är sluten på grund av risk för uterusruptur.

Exeres av ofullständig placenta bör endast göras vid behov och inte som rutin. I en serie om 500 konsekutiva andratrimester aborter krävdes exeres i <10 procent av behandlingarna, induktionstiden var i genomsnitt 6.5 timmar. Av dessa kvinnor behövde 0,6-0,7 procent blodtransfusion och 72 procent kunde behandlas som dagpatienter (34). Kvinnor som tidigare fött barn har ett kortare och lindrigare förlopp medan yngre kvinnor, längre gestationslängd och upprepade misoprostol doser korrelerar till större behov av analgetika.

Efter graviditetsvecka 14+6 kan laktationshämmande behandling övervägas.

Överstimulering

Känsligheten hos myometriet för prostaglandin ökar med gestationslängden. Överstimulering och uterusruptur under andra trimestern hos patienter som genomgått tidigare kirurgi (sectio, myomenukleation) har beskrivits vid

prostaglandinbehandling (35) Försiktighet rekommenderas vid tidigare sectio eller uterus-kirurgi med observans på den kliniska bilden. Eventuellt kan en lägre initial dos misoprostol övervägas från graviditetsvecka 18 till kvinnor som genomgått tidigare uterus-kirurgi.

FAKTARUTA 1

Rekommendationer för medicinsk abort från vecka 12+0 (Evidensgrad I)

Mifepriston 200 mg följt 36-48 timmar senare av misoprostol 800 mikrogram vaginalt eller sublinguallt, därefter ges misoprostol 400 mikrogram peroralt, vaginalt eller sublinguallt var 3:e timme till maximalt 4 doser.

FAKTARUTA 2

Efterkontroll efter medicinsk abort utförs för att utesluta misslyckad behandling dvs. fortsatt graviditet.

Efterkontroll kan göras av sjukvårdspersonal eller av kvinnan själv med hjälp av checklista och lågkänsligt u hCG test.

(Evidensgrad I)

FAKTARUTA 3

Vid medicinsk abort från och med vecka 9+0 dagar rekommenderas:

Mifepristone 200 mg följt av 800 mikrogram misoprostol vaginalt eller sublinguallt 36-48 timmar senare och därefter 400 mikrogram (peroralt, vaginalt eller sublinguallt) var tredje timme till maximalt 4 doser.

(Evidensgrad I)

Kirurgisk intervention skall endast utföras på indikation.

Referenser

1. Bygdeman M, Swahn M. Progesterone receptor blockage. Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception*. 1985(32):45-51.
2. 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(2):126-34.
3. Socialstyrelsen. Abortstatistik. 2015.
4. Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception*. 2006;74(1):66-86.
5. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2012.
6. RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynecologists: The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7. 2011.
7. Kulier R, Kapp N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011(11):CD002855.
8. Berard V, Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Gemzell-Danielsson K. Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: a potential serious concern for clinical outcome in medical abortion. *PLoS One*. 2014;9(12):e112401.

9. Aronsson A, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effects of misoprostol on uterine contractility following different routes of administration. *Hum Reprod.* 2004;19(1):81-4.
10. Tang OS, Gemzell-Danielsson K, Ho PC. Misoprostol: pharmacokinetic profiles, effects on the uterus and side-effects. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99 Suppl 2:S160-7.
11. Sioutas A, Sandstrom A, Fiala C, Watzer B, Schweer H, Gemzell-Danielsson K. Effect of bacterial vaginosis on the pharmacokinetics of misoprostol in early pregnancy. *Hum Reprod.* 2012;27(2):388-93.
12. Tang OS, Schweer H, Lee SW, Ho PC. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Hum Reprod.* 2009 Aug;24(8):1862-9.
13. Blanchard K, Winikoff B, Ellertson C. Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy. A review of the evidence. *Contraception.* 1999;59(4):209-17.
14. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG.* 2002;109(11):1281-9.
15. Boersma AA, Meyboom-de Jong B, Kleiverda G. Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curacao. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011;16(2):61-6.
1. Bracken H, Dabash R, Tsertsvadze G, Posohova S, Shah M, Hajri S, et al. A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: a prospective comparative open-label trial. *Contraception.* 2014;89(3):181-6.
17. Winikoff B, Dzuba IG, Chong E, Goldberg AB, Lichtenberg ES, Ball C, et al. Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstet Gynecol.* 2012;120(5):1070-6.
18. Paul ME, Mitchell CM, Rogers AJ, Fox MC, Lackie EG. Early surgical abortion: efficacy and safety. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(2):407-11.
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;13(10):2962-5.
20. 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;104(7):829-33.
21. Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion. *Contraception.* 2012;85(4):394-7.
22. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gomez Ponce de Leon R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99 Suppl 2:S182-5.
23. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in first trimester termination of pregnancy. UK Multicentre Trial. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990;97(6):480-6.
24. Davis A, Westhoff C, De Nonno L. Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *J Am Med Womens Assoc.* 2000;55(3 Suppl):141-4.
25. Saav I, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Early versus Delayed Insertion of Intrauterine Contraception after Medical Abortion - A Randomized Controlled Trial. *PLoS One.* 2012;7(11):e48948.
26. Gonzalez CH, Marques-Dias MJ, Kim CA, Sugayama SM, Da Paz JA, Huson SM, et al. Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet.* 1998;351(9116):1624-7.
27. Pons JC, Imbert MC, Elefant E, Roux C, Herschkorn P, Papiernik E. Development after exposure to mifepristone in early pregnancy. *Lancet.* 1991;338(8769):763.
28. 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;72(3):245-51.
29. Socialstyrelsen. Föreskrifter om abort. 2009.
30. Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2015;385(9969):698-704.
31. 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.
32. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: a review of 1076 consecutive cases. *Contraception.* 2005;71(5):327-32.
33. 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;103(7):706-9.
34. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reprod Health Matters.* 2008;16(31 Suppl):162-72.
35. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception.* 2004;69(1):51-8.

7. Smärta och smärtbehandling vid medicinsk abort

Inga-Maj Andersson & Kristina Gemzell Danielsson

Inledning

Smärta är den vanligaste bieffekten vid medicinsk abort och orsakas av en förhöjd tonus i livmodern och sammandragningar (1, 2, 3). Smärtan kan pågå under kortare eller längre perioder under aborten och är vanligen starkast i samband med att fostret stöts ut (4, 5).

Att mäta smärta

Smärta är en subjektiv upplevelse med både emotionella och fysiska komponenter (6) och det kan vara svårt för vårdpersonal att göra en saklig bedömning av kvinnans smärtupplevelse i abortsituationen. Oro och illamående kan ingå i smärtupplevelsen även om fokus ofta är på den fysiska smärtan. För att visa kvinnan respekt genom att tro på hennes smärtupplevelse såväl som för att utvärdera effekten av given smärtlindring och upptäcka komplikationer på ett tidigt stadium bör någon form av utvärderingsinstrument användas i den totala smärtbedömningen av abortsmärta.

Visuell Analog Skala, VAS, är ett validerat och användbart instrument för att skatta akut smärta (7). Patienten skattar sin smärta på en analog skala och personalen läser av skattningen på en skala mellan noll och tio. För att inte förbise kvinnans smärtupplevelse är det lämpligt att systematiskt utvärdera hennes smärta. Innan misoprostol-behandlingen inleds, efter varje intervention samt före och efter smärtlindring är lämpliga tillfällen för smärtskattning. Att fråga kvinnan om hennes tidigare

erfarenheter och upplevelser av smärtlindringsmetoder och inte minst hennes förväntningar på smärta och smärtlindring ger värdefull information för att lyckas med smärtbehandlingen.

Rädsla och oro kan förstärka den fysiska smärtan (8) varför det är av största vikt att skapa lugn och trygghet för kvinnan i abortsituationen. En positiv attityd och ett vänligt bemötande har stor betydelse för hur kvinnan upplever den smärtlindring som hon får (9). Information och miljö vid abortbehandlingen, har i två amerikanska studier visats vara den faktor som i störst utsträckning påverkade analgetikabehovet (10, 11).

Smärtbehandling vid medicinsk abort

Det finns inte många studier angående smärtlindring vid medicinsk abort (14). Det saknas tydliga riktlinjer för att behandla smärta vid abort och det är stora variationer i smärtbehandling både internationellt och nationellt (15). Unga kvinnor och kvinnor som inte fött barn behöver ofta mer smärtlindring än äldre kvinnor och de kvinnor som fött barn. Även graviditetens längd spelar roll för behovet av smärtlindring; ju längre gången graviditeten är desto mer smärtlindring behövs (16). Närvaro av partner samt möjlighet till hemabort är faktorer som starkare påverkar kvinnans acceptans av medicinsk abort snarare än ålder, graviditetslängd och behov av smärtlindring

(13). I en kanadensisk studie sågs också ett samband med patientens ålder, dysmenorré och högt "anxiety score" (4).

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 (17,18) och har ingen negativ påverkan på effektiviteten (19). På många håll rekommenderas nu profylaktisk behandling med NSAID tillsammans med misoprostol. Jämfört med enbart paracetamol/kodein ledde profylax med NSAID till kortare abortintervall hos nullipara och minskade behovet av opiatinjektioner (19). I Sverige ges vanligen oral profylaktisk smärtbehandling med paracetamol i kombination med NSAID medan WHO inte rekommenderar enbart paracetamol som smärtlindring under abort i första trimestern (20).

Det finns mycket få studier om smärta och smärtlindring vid medicinsk abort efter graviditetsvecka 12. I början av 1990-talet gjordes två små studier om smärtlindring vid andratrimester abort (20 respektive 37 kvinnor) där kvinnorna fick morfin intravenöst via PCA – Patient Controlled Analgesia. Effekten av morfin jämfördes med effekten av morfin i kombination med metoclopramid. Man fann att de kvinnor som fick morfin och metoclopramid skattade smärtan lägre med hjälp av VAS jämfört med dem som endast fick morfin (21,22).

Effekten av paracervikalblockad, PCB, undersöktes i en annan studie där 20 kvinnor som genomgick andratrimester abort deltog. Hälften av kvinnorna fick PCB vid 3 centimeters dilatation av cervix och hälften fick petidinklorid givet intravenöst och butylscopolamin rektalt. Ingen skillnad sågs mellan grupperna när det gällde smärtintensiteten, däremot förkortades aborttidens längd hos de kvinnor som fick PCB (23). PCA har använts i Kanada och i en studie med 60 deltagare jämfördes fyra olika blandningar och admini-

streringsintervall. Resultatet visade att smärtlindring med fentanyl via PCA med 6 minuters intervallminimum var den bästa smärtlindringen (24).

Förebyggande smärtlindring med NSAID, given samtidigt som första dosen misoprostol, minskar behovet av morfin enligt en svensk studie (19). Däremot har inte PCB givet i förebyggande syfte visat sig minska varken smärtintensitet eller behov av analgetika jämfört med placebo vid andratrimester abort (25).

I undantagsfall används epiduralblockad vid andratrimester abort i Sverige medan kvinnor som genomgår medicinsk andratrimester abort i Frankrike mer rutinmässigt erbjuds denna smärtlindringsmetod (26). Kanske bör denna smärtlindringsmetod övervägas oftare även till svenska kvinnor.

Det finns ett stort behov av ytterligare forskning om abortsmärta och smärtlindringsmetoder för att kunna erbjuda kvinnor optimal smärtlindring vid abort.

De rekommendationer för smärtbehandling som hittills kan ges utifrån befintlig evidens är att i förebyggande syfte, oavsett graviditetens längd då misoprostolbehandlingen inleds ge:

- Tablett Ibuprofen 600 mg (level I) eller annat NSAID + Tablett/suppositorium paracetamol/kodein (level III).
- Vid kontraindikation mot NSAID (=överkänslighet mot salicylika) ges Tablett/Suppositorium paracetamol/kodein. Det bör observeras att metaboliseringen av kodein är individuell. Eventuellt kan annan opioid användas som alternativ.

Kompletterande smärtlindring med NSAID och/eller opioider bör ges vid behov. Vid svår smärta (VAS>6) eller vid längre gången graviditet bör användning av blockader (PCB, epidural) övervägas.

FAKTARUTA

Det finns ett stort behov av ytterligare forskning om abortsmärta.

Då misoprostolbehandlingen inleds ges:

- Tablett Ibuprofen 600 mg (level I) eller annat NSAID + Tablett/suppositorium paracetamol/kodein (level III).
- Vid kontraindikation mot NSAID (=överkänslighet mot salicylika) ges Tablett/Suppositorium paracetamol/ kodein. Eventuellt kan annan opioid användas som alternativ.

Referenser

1. Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C. Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion *Contraception* 2001;64:81-85
2. 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;111:996-1000
3. Akin A, Dabash R, Dilbaz B, Aktün H, Dursun P, Kiran S, Aksan G, Dogan B, Winikoff B. Increasing women's choices in medical abortion: A study of misoprostol 400 µg swallowed immediately or held sublingually following 200 µg mifepristone *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2009;14(3):169-175
4. Wiebe E. Pain control in medical abortion *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001;74(3):275-280
5. Mentula M, Kalso E, Heikinheimo O. Same-day and delayed reports of pain intensity in second-trimester medical termination of pregnancy: a brief report *Contraception* 2014;90:609-611
6. Fabbro F, Crescentini C. Facing the experience of pain: A neuropsychological perspective *Physics of Lives Reviews* 2014;11:540-552
7. Coll AM, Ameen JRM, Mead D. Postoperative pain assessment tools in day surgery: literature review *Journal of Advanced Nursing* 2004;46(2):124-133
8. Colloca L, Benedetti F. Nocebo hyperalgesia: how anxiety is turned into pain *Current opinion in anaesthesiology* 2007;20(5):435-439
9. Turner JA, Deyo RA, Loeser JD, von Korff M, Fordyce WE. The importance of placebo effects in pain treatment and research *JAMA* 1994;271(20):1609-1614
10. 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):225-229
11. 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):311-314
12. 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
13. Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion *Contraception* 2012;85:394-397
14. Fiala C, Cameron S, Bombas T, Parachini M, Saya L, Gemzell-Danielsson K. Pain during medical abortion, the impact of the regimen: A neglected issue? A review *The European Journal of Contraception and Reproductive Health* 2014;19:404-419
15. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review *Contraception* 2011;83: 116-126
16. Penney G. Treatment of pain during medical abortion *Contraception* 2006;74:45-47
17. 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):740-744
18. 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; 9:2167-2172
19. Fiala C, Swahn ML, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13-22 weeks gestation *Human Reproduction* 2005;11:3072-3077
20. World Health Organization 2012 Safe abortion: technical and policy guidance for health systems http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/

21. Rosenblatt WH, Cioffi AM, Sinatra R, Saberski LR, Silverman DG. Metoclopramide: An analgesic adjunct to patient-controlled-analgesia *Anesth Analg* 1991;73:553-555
22. Rosenblatt WH, Cioffi AM, Sinatra R, Silverman DG. Metoclopramide-enhanced analgesia for prostaglandin-induced termination of pregnancy *Anesth Analg* 1992;75:760-763
23. Winkler M, Wolters S, Funk A, Rath W. Does paracervical block offer additional advantages in abortion induction with gemeprost in the 2nd trimester? *Zentralbl Gynakol* 1997;119(12):621-624
24. Castro C, Tharmaratnam U, Brockhurst N, Tureanu L, Tam K, Windrim R. Patient-controlled analgesia with fentanyl provides effective analgesia for second trimester labour: a randomized controlled study *Canadian Journal of Anaesthesiology* 2003; 50(10):1039-1046
25. Andersson IM, Benson L, Christensson K, Gemzell-Danielsson (2015) Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: a RCT with bupivacaine versus sodium chloride *Human Reproduction* 2016;31(1):67-74
26. Maggiore ULR, Silanos R, Carlevaro S, Gratarola A, Venturini PL, Ferrero S, Pelosi P. Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for pain relief during termination of pregnancy: a prospective, double-blind, randomized trial *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2015 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijoa.2015.08.014>

8. Behandling av inkomplett eller utebliven abort

Kristina Gemzell Danielsson

Inkomplett abort

En inkomplett abort kan bero på ofullständig inducerad abort eller spontanabort (missfall), dvs. spontan utstötning eller avslutande av en graviditet innan 22 veckors graviditet med graviditetsrester kvar i uterus.

Uteblivet missfall

Uteblivet missfall kallas också för missed abortion. Detta kan innebära en ofostrig graviditet alternativt en graviditet som avstannat i utvecklingen och där embryot eller fostret inte är viabelt. Diagnos av uteblivet missfall ställs med hjälp av ultraljud. Ibland kan hela hinn-säcken vara kvar i uterus och kvinnan kan ha börjat få smärtor och blödning. I dessa fall kan det vara svårt att avgöra om det rör sig om ett pågående missfall. Ett uteblivet missfall kan vara helt utan symptom.

Symptom och fynd vid inkomplett abort

De vanligaste symptomen vid inkomplett abort är vaginal blödning och smärta eller efter abort- ett positivt graviditetstest vid efterkontroll. Observera att det är kvinnans symptom och inte ultraljudsfynd eller heterogent innehåll i kaviteten som föranleder en eventuell behandling.

Behandling och uppföljning

Vid inkomplett abort och missed abortion

finns tre behandlingsalternativ: Exspektans, medicinsk eller kirurgisk behandling

Exspektans vid inkomplett abort

Vid expektans vidtas ingen åtgärd. Kvinnan informeras om att söka vid riklig eller långvarig blödning eller vid tecken till infektion.

Expektans vid inkomplett abort ger komplett abort i ca 85 procent av fallen efter 2-3 veckor (1).

Medicinsk behandling av inkomplett abort

Medicinsk behandling påskyndar förloppet jämfört med exspektans både vid inkomplett abort och uteblivet missfall (evidensgrad I).

Olika behandlingsregimer med doser från 400 till 1200 mikrogram misoprostol har studerats (2). Upprepade perorala doser ledde inte till högre effektivitet jämfört med en singeldos. I en studie från Uganda var behandling med en engångsdos på 600 mikrogram peroralt mer effektivt (96,3 procent) än manuell vakumaspiration (91,5 procent) (3). Behandling med misoprostol vid inkomplett abort kan vara livräddande och kan skötas av barnmorskor (4).

Misoprostol (600 mikrogram peroralt eller 400 mikrogram sublingualt) som engångsdos är mycket effektivt för behandling av inkomplett abort. Vid kontroll efter 10 -14 dagar är aborten i de flesta fall komplett där vissa studier rapporterat upp till 99 procent effektivitet(1).

Medicinsk behandling av uteblivet missfall

Studier visar att misoprostolbehandling vid uteblivet missfall i första trimestern påskyndar tiden till komplett abort och minskar behovet av kirurgisk utrymning jämfört med placebo utan någon signifikant ökad risk för gastrointestinala biverkningar (5). Effektiviteten vid misoprostolbehandling varierar mellan 60-95 procent och beror på typ av uteblivet missfall och den behandlingsregim som använts. Vaginal behandling är mer effektiv än peroralt misoprostol. Lägre doser av misoprostol än 800 mikrogram var mindre effektiva men gav samma frekvens biverkningar. Sublingual behandling är jämförbar med vaginal behandling men associerat med något högre risk för biverkningar (1).

Behandlingsrekommendation vid uteblivet missfall

Misoprostol 800 mikrogram vaginalt eller 600 mikrogram sublinguallt. Behandlingen kan upprepas 2 gånger med 3 timmars intervall mellan doseringstillfällena så att man totalt ger 3 doser (6).

Det finns inga evidens för att förbehandling med mifepriston skulle påverka effektiviteten vid behandling i första trimestern (5). Tidigare sectio är ingen kontraindikation till misoprostolbehandling (5).

Uppföljning efter medicinsk behandling av inkomplett abort och uteblivet missfall

Uppföljning efter medicinsk behandling av inkomplett abort eller uteblivet missfall kan göras i form av en graviditetstest i hemmet utfört av kvinnan själv (7).

Kirurgisk behandling av inkomplett abort och uteblivet missfall

Kirurgi utförs som vakuumaspiration efter förbehandling av cervix som vid kirurgisk abort (se kapitel om kirurgisk abort). Vid inkomplett abort med akut behov av kirurgi ger förbehandlingen (sublinguallt misoprostol med

400 mikrogram) en adekvat uteruskontraktion efter ingreppet. Kirurgi är förstahandsalternativet vid riklig blödning, cirkulatorisk påverkan eller septisk abort. Vid septisk abort skall kvinnan erhålla preoperativ antibiotikabehandling. Vid lindrig infektion är inte kirurgisk utrymning nödvändig utan kvinnan kan behandlas medicinskt efter adekvat antibiotikabehandling. Misoprostolbehandling innebär ingen ökad risk för infektion jämfört med kirurgisk utrymning vid uteblivet missfall (6)

Blödning eller infektion (särskilt vid osäkert inducerade aborter) i samband med inkomplett abort kan vara livshotande och rutiner för akut omhändertagande måste finnas (Post abortion care, PAC).

Biverkningar

Biverkningar till medicinsk eller kirurgisk behandling är desamma som efter en inducerad abort med motsvarande metod.

FAKTARUTA

Behandling av inkomplett abort

- Misoprostol 400 mikrogram sublinguallt eller 600 mikrogram peroralt som engångsdos
- Vacuumaspiration, förbehandling med misoprostol 400 mikrogram sublinguallt (evidensgrad I)

Behandling av missed abortion

- Misoprostol 800 mikrogram vaginalt eller 600 mikrogram sublinguallt, (x3, 3 timmars intervall) eller
- Vacuumaspiration, förbehandling med misoprostol 400 mikrogram sublinguallt 1 timme preoperativt eller vaginalt 3 timmar preoperativt (evidensgrad I)

Referenser

1. Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peloggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;3:CD003518.
2. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. The Cochrane database of systematic reviews. 2013(3):CD007223.
3. Weeks A, Alia G, Blum J, Winikoff B, Ekwaru P, Durocher J, et al. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstet Gynecol.* 2005;106(3):540-7.
4. Klingberg-Allvin M, Cleeve A, Atuhairwe S, Tumwesigye NM, Faxelid E, Byamugisha J, et al. Comparison of treatment of incomplete abortion with misoprostol by physicians and midwives at district level in Uganda: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet.* 2015;385(9985):2392-8.
5. Neilson JP, Hickey M, Vazquez J. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). The Cochrane database of systematic reviews. 2006;3:CD002253.
6. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gomez Ponce de Leon R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;99 Suppl 2:S182-5.
7. Oppegaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2015;385(9969):698-704.

9. Kvinnors och mäns upplevelser av abort

Anneli Kero och Ann Lalos

Inledning

Trots att abort är ett vanligt fenomen uppmärksammas det sällan utifrån ett samhällsligt perspektiv som avspeglar kvinnors och mäns behov av planerat föräldraskap. Detta bidrar till att abort förblir mer eller mindre ett tabubelagt individuellt problem, vilket i sin tur leder till att kvinnors aborterfarenheter görs privata och dolda. Kvinnor som genomgår abort förblir därmed en relativt osynlig grupp.

Männens roll och erfarenheter vid oönskad graviditet och abort är än mer okända trots att en omfattande del av aborterna sker i stabila parrelationer [1-4]. Detta innebär att tiotusentals män årligen i Sverige är involverade i en abortprocess, och att abort är ett fenomen inom alla samhällsgrupper som avspeglar reproduktiva förväntningar i en samhällelig kontext.

Ett komplext beslut för en lyckad familjeplanering

Dagens abortmotiv skulle något förenklat kunna sägas handla om att kvinnor och män vill ha »rätt« antal barn vid »rätt« tidpunkt och med »rätt« partner [1, 4-7], vilket är i linje med de förutsättningar som kvinnor och män generellt uppger ska vara uppfyllda för att man ska vilja skaffa barn [8, 9].

Inför abort beskriver många kvinnor sina känslor inför graviditeten som förtvivlan, panik och skräck [1]. De kan uppleva att deras existens är hotad och att deras framtidsplaner

äventyras. Vid sidan om dessa känslor kan de samtidigt uppleva en förundran och glädje över sin fertilitet. Även många män upplever liknande positiva känslor inför graviditeten men önskar trots det ändå att aborten genomförs [10].

När kvinnan bokat tid för abortkonsultation är beslutet för det mesta redan genomarbetat och välgrundat. Aborten ses som en nödvändighet, ett ansvarstagande och en lösning på den problematiska situation som graviditeten utlöst. Detta behöver dock inte utesluta förekomst av motstridiga känslor. Många kvinnor känner parallellt en oro, sorg, skuld, ångest och tomhet inför aborten men få betecknar sina upplevelser i termer av kris [1]. I detta sammanhang är det viktigt att observera att positiva känslor inför graviditeten eller smärtsamma känslor inför aborten sällan är synonymt med beslutsambivalens eller att man ångrar abortbeslutet [1, 11, 12]. Denna komplexitet lyfts dock inte fram i den offentliga diskussionen.

Lättnad och ansvarstagande parallellt med sorg och mognad

Både svensk och internationell forskning visar att lättnad är den dominerande känslan efter abort. Få kvinnor ångrar sitt abortbeslut och det är sällsynt med traumatiserande upplevelser eller emotionella besvär efter aborten [4, 11, 13, 14]. Ett år senare upplevs aborten fortfarande av de flesta som ett ansvarstagande och en lättnad [11].

De flesta hävdar att barn inte bara har rätt att få god omvårdnad utan också har en rätt att vara önskade [1, 4, 12]. Samtidigt som abort därmed kan ses som ett ansvarstagande legitimerat utifrån rådande samhällsvärderingar om när det är lämpligt att skaffa barn, kan abort också upplevas som etiskt problematiskt. Studier visar emellertid att både kvinnor och män involverade i abort kan bejaka aborträtten utan att för den skull utesluta etiska reflektioner [1, 12, 15, 16]. Att inte förneka eller förtränga sidor hos sig själv som väcks i samband med graviditet och abort – känslor som glädje, sorg, tomhet, skuld, lättnad och befrielse – kan sannolikt bidra till den fördjupade självkännedom och mognad som många kvinnor och män beskriver som en följd av abortprocessen [12, 13, 15].

Att vara ”vid sidan om”

Mannen och kvinnan har skilda utgångslägen inom reproduktionen. Befruktningen sker i kvinnans kropp, om inte assisterad befruktning varit aktuellt, hon är den som är gravid och den som föder. När det gäller mannens position i förhållande till en graviditet präglas den mycket av att vara ”vid sidan om” [17]. 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 om beslutet. Mannen har inte någon formell rätt eller makt att vara med och bestämma huruvida graviditeten skall avbrytas eller inte. Å andra sidan, kan mannen på ett mer eller mindre direkt eller indirekt sätt försöka påverka den gravida kvinnan.

Generellt sett är det relativt sällsynt att män följer med till en abortmottagning [1, 18]. I de få studier som finns har ofta kvinnan tillfrågat mannen om att vara med i studien. I dessa studier uttrycker flera män kritik avseende det bemötande de fått [3, 10]. Även om männen som kommer till abortmottagningarna inte är patienter bör de självfallet uppmärksammas och få ett adekvat bemötande.

Möjligheten till medicinsk abort i hemmet har inneburit att partnern kan vara delaktig även under själva aborten och dela händelsen med kvinnan. Studier har visat att män upplever det positivt att få denna möjlighet att stötta kvinnan på plats i hemmet [19, 20]. På motsvarande sätt upplever kvinnor partners närvaro och stöd som något positivt [2-4, 21]. En utmaning inför framtiden är att i större omfattning synliggöra och integrera män när det gäller att värna om den sexuella och reproduktiva hälsan. I detta sammanhang är det angeläget att betona att bemötandet av såväl kvinnor som män kräver en öppenhet för etiska dilemman och till synes paradoxala känslor.

FAKTARUTA

- Abortmotiv avspeglar reproduktiva förväntningar i en samhällelig kontext där målet är ”rätt” antal barn vid ”rätt” tidpunkt och med ”rätt” partner
- Motstridiga känslor inför abort är sällan synonymt med beslutsambivalens
- Få ångrar sitt abortbeslut och emotionella besvär efter abort är sällsynta
- Känslor av lättnad och ansvarstagande parallellt med sorg och fördjupad självkännedom är vanligt i samband med abort
- Män bör synliggöras och integreras i det förebyggande arbetet
- Bemötandet av kvinnor och män kräver en öppenhet för etiska dilemman och paradoxala känslor

Referenser

1. Kero A, Högberg U, Jacobsson L, Lalos A. Legal abortion: a painful necessity. *Soc Sci Med*. 2001 Dec;53(11):1481-90.
2. Jones RK, Moore AM, Frohwirth LF. Perceptions of male knowledge and support among U.S. women obtaining abortions. *Womens Health Issues*. 2011 Mar-Apr;21(2):117-23.
3. Makenzius M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2012 Aug;17(4):260-9.
4. Kero A, Wulff M, Lalos A. Home abortion implies radical changes for women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009 Oct;14(5):324-33.
5. Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005 Sep;37(3):110-8.
6. Kirkman M, Rowe H, Hardiman A, Mallett S, Rosenthal D. Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health*. 2009 Dec;12(6):365-78.
7. Rasch V, Wielandt H, Knudsen LB. Living conditions, contraceptive use and the choice of induced abortion among pregnant women in Denmark. *Scand J Public Health*. 2002;30:293-9.
8. Willén H, Montgomery H. The impact of wish for children and having children on attainment and importance of life values. *J Comp Fam Stud*. 1996; 3:499-518.
9. Eriksson C, Larsson M, Tydén T. Reflections on having children in the future--interviews with highly educated women and men without children. *Ups J Med Sci*. 2012 Aug;117(3):328-35.
10. Kero A, Lalos A, Högberg U, Jacobsson L. The male partner involved in legal abortion. *Hum Reprod*. 1999 Oct;14(10):2669-75.
11. Kero A, Högberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth-long-term effects of legal abortion. *Soc Sci Med*. 2004 Jun;58(12):2559-69.
12. Kero A, Lalos A. Ambivalence - a logical response to legal abortion: a prospective study among women and men. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000 Jun;21(2):81-91.
13. 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 Aug;57(8): 777-84.
14. Wallin Lundell I, Georgsson Öhman S, Frans Ö, Helström L, Högberg U, Nyberg S, Sundström Poromaa I, Sydsjö G, Östlund I, Skoog Svanberg A. Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study. *BMC Womens Health*. 2013 Dec 23;13:52.
15. Kero A, Lalos A. Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004 Jun;25(2):135-43.
16. Stålhandske ML, Makenzius M, Tydén T, Larsson M. Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2012 Jun;33(2):53-61.
17. Kero A, Lalos A. Förhindra och avbryta graviditet-kvinnors och mäns villkor och val. I *Kropp och genus i medicinen* (red. Hovelius B, Johansson E), Studentlitteratur, Lund 2004.
18. 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.
19. Kero A, Lalos A, Wulff M. Home abortion - experiences of male involvement. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010 Aug;15(4):264-70.
20. Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum Reprod*. 2010 May;25(5):1153-7.
21. Kimport K, Foster K, Weitz TA. Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspect Sex Reprod Health*. 2011 Jun;43(2):103-9.

10. Upplevelser och behov hos personal i abortvård

Inga-Maj Andersson & Ann Lalos

Vikten av empati och en icke-fördömande attityd kan inte nog betonas i mötet med kvinnor som genomgår abort. Bemötandet har stor betydelse för kvinnans upplevelse av abortsituationen men även det professionella kunskapsområdet är av central betydelse för kvinnors känsla av trygghet och säkerhet under aborten (1). En god omvårdnad kräver därför både engagemang och hög kompetens hos personalen för att patienten/kvinnan ska känna sig trygg. Relationen mellan kvinnan och den som möter henne måste bygga på interaktion mellan dem – både saklig information och möjlighet till frågor måste finnas med för att det ska bli ett lyckat möte i olika vård-situationer (2).

I diskussioner i media om abort hamnar ofta fokus på de sena aborterna och fostrets utveckling trots att den övervägande andelen aborter i Sverige sker före graviditetsvecka 7. Andelen aborter efter graviditetsvecka 12 har legat relativt konstant, färre än 10 procent, sedan abortlagen infördes 1975. Kvinnor som genomgår abort efter graviditetsvecka 12 på social indikation har ofta flera anledningar till varför de dröjt med beslutet. Vanligast är att de upplever ambivalens inför graviditeten men även andra orsaker som exempelvis problem i relationen eller oregelbundna menstruationsintervall kan bidra till att aborten fördröjs (3).

Idag är fetal indikation den vanligaste anledningen till abort efter graviditetsvecka 18 medan social indikation utgjorde huvudorsaken (cirka 70 procent) under 1980-talet (4).

Både gynekologer och barnmorskor som möter och vårdar abortsökande kvinnor anser att det är helt rätt att kvinnor i Sverige har lagstadgad rätt till abort och att lagen ska användas enligt intentionerna. Dock angav varannan deltagare i en enkätstudie bland svenska gynekologer och barnmorskor som slutfördes 2000 att de vid något tillfälle hade känt samvetsbänkligheter vid abort efter 18:e graviditetsveckan (5).

Det som påtagligt skiljer abort efter graviditetsvecka 12 från abort i tidigare graviditet är:

- 1) indikationen - fler aborter sker på grund av fetal skada eller kromosomavvikelse
 - 2) att risken för komplikationer ökar med gestationslängden (6)
 - 3) att fostret är synligt och möjligt att hålla i
- Sammantaget innebär detta att kraven på de som vårdar kvinnor som genomgår abort efter vecka 12 är höga.

Graviditetslängden för extremt prematurt födda barn som kan överleva med neonatal intensivvård har idag kommit allt närmare den övre gränsen för abort i Sverige, vilket kan ge upphov till rädsla och osäkerhet hos personalen och även väcka tankar kring etiska spörsmål. Att handha fostret är en av de svåraste uppgifterna för sjuksköterskor och barnmorskor enligt en svensk intervjustudie (7). De vill hantera fostret med värdighet men upplever ibland skrämmande tankar om att fostret ska visa livstecken. Sjuksköterskor med liten erfarenhet från abortvård visar mer oro än de mer

erfarna som har hittat vägar att hantera sina känslor och tankar.

För många kvinnor som genomgår medicinsk abort kan det vara känslomässigt svårt att svälja mifepristontabletten. I en studie om abort efter graviditetsvecka 13 uttryckte kvinnor tankar om hur tabletten skulle påverka fostret och om den kunde orsaka ett lidande för fostret. Flera uttryckte också att det var svårt att hantera ovissheten om när den exakta tidpunkten för fostrets död skulle inträda. En del kvinnor beskrev oro och skuld över att orsaka fostret lidande och död och uttryckte önskemål om att få mer detaljerad information om vad som skulle hända med fostret under aborten (8). Utbildning av personalen om fosterutveckling, fostrets förmåga att förnimma smärta och omöjligheten för fostret att överleva utanför livmodern skulle göra det mindre svårt för dem att svara på kvinnornas frågor och därmed minska deras oro. Om ett foster visar reflexmässiga livstecken såsom så kallad "gaspning" och rörelser ska det finnas tydliga riktlinjer för omhändertagandet. Vid behov tillkallas gynekolog. Neonatolog skall aldrig tillkallas vid abort.

Kunskap om abortmetoder, smärta och smärtbehandling är grundläggande för att kunna erbjuda god omvårdnad (9). I en intervjustudie med sjuksköterskor och barnmorskor uttryckte de flesta av deltagarna att det var svårt att möta smärtan hos kvinnorna, både den fysiska och den emotionella smärtan. En del uttryckte en maktlöshet inför att inte kunna erbjuda optimal smärtlindring och önskade att det skulle finnas tillgång till effektivare smärtlindringsmetoder (7). Utbildning inom smärta och smärtbehandling borde vara högprioriterat med tanke på att andelen medicinska aborter ökar och att den vanligaste biverkan av misoprostol är smärta av varierande grad.

Den som arbetar inom abortvård bör ha klargjort för sig själv sin inställning till abort och måste följa den svenska abortlagstiftning-

en även om den strider mot den egna uppfattningen. Att bära på obearbetade inre etiska konflikter kan omedvetet påverka attityden till den abortsökande kvinnan på ett negativt sätt. I situationer där etiska dilemman uppstår är det därför viktigt att det finns möjlighet till diskussion på arbetsplatsen. Den svenska abortvården kan upplevas vara "klinisk" utan att se till existentiella frågor hos kvinnor som önskar abort, och att när sådana frågor dyker upp kan de upplevas som obekväma och/eller svårhanterliga av personalen (10). Schemalagd tid för reflektion och etisk diskussion bör därför ingå i det vardagliga arbetet för att stärka personalens möjlighet till professionell kompetens. Diskussioner med kollegor om värderingar och upplevelser kring abort har visat sig minska rädsla och oro hos personalen samtidigt som det får en positiv betydelse för kvinnors upplevelser av aborten (11). Tid för eftertanke genom intra- och tvärprofessionella diskussioner om etiskt svåra situationer kan även få en positiv inverkan på förhållandet mellan vårdgivaren och kvinnan (12).

FAKTARUTA

- Personal inom svensk abortvård stöder den svenska abortlagstiftningen och tvekar inte att medverka vid abort, trots att de kan uppleva komplexa och svåra arbetssituationer.
- Vidareutbildning inom smärta och smärtbehandling bör prioriteras.
- Personalgruppers behov av etiska diskussioner och kontinuerlig handledning bör tillmötesgåas.
- Abort efter vecka 12 ställer höga krav på medicinsk kompetens och lyhördhet.

Referenser

1. Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. Termination of pregnancy: Patients' perceptions of care *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2001;27(2):72-77
2. Gustafsson LK, Snellma I, Gustafsson C. The meaningful encounter: patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in health-care *Nursing Inquiry* 2013;20(4):363-371
3. Lee E, Ed C, Ingham R. Why women present late for induced abortion? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010;24:479-489
4. Socialstyrelsen Abortstatistik 2014 2015 Artikelnummer 2015-9-4
5. Hammarstedt M, Lalos A, Wulff M. A population-based study of Swedish gynecologists' experiences of working in abortion care *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(2):229-235
6. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristone-misoprostol and misoprostol alone: A review of methods and managements *Reproductive Health Matters* 2008;16(31 suppl.):162-172
7. Andersson IM, Gemzell-Danielsson K, Christensson K. Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy *Contraception* 2014;89:460-465
8. Andersson IM, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy *PloS One* 2014;Dec 29;9(12): e115957. doi: 10.1371/journal.pone. 0115957
9. Murphy F, Jordan S, Jones L. Care of women having termination of first-trimester pregnancy *British Journal of Nursing* 2000;9(21):2235-40
10. Liljas Stålhandske, M., Makenzius, M., Tydén, T. & Larsson, M. Existential experiences and needs related to induced abortion in a group of Swedish women: a quantitative investigation *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2012; 33(2):53-61
11. Huntington AD. Working with women experiencing mid-trimester termination of pregnancy: The integration of nursing and feminist knowledge in gynaecological setting *Journal of Clinical Nursing* 2002;11:273-279
12. Lütznén K, Ewalds Kvist B. Moral distress: A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts *HEC Forum* 2012;24:13-25

11. Abort i ett globalt perspektiv

Annette Aronsson

Inledning

Rätten att själv bestämma när man vill skaffa barn är avgörande för människors egenmakt och inflytande. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) är grundläggande för mänskliga rättigheter vilket har fastslagits vid Förenta Nationernas (FN) världskonferenser i Kairo 1994 (1) och Peking 1995 (2). SRHR innebär bland annat tillgång till preventivmedel samt tillgång till säkra aborter och vård efter osäkra aborter.

Globalt genomgick årligen cirka 56 miljoner kvinnor en abort mellan 2010 och 2014. Under samma period sjönk antalet aborter i höginkomstländer (HIC) signifikant från 46 till 27 per 1000 fertila kvinnor i åldern 15–44 år. I låg- eller medelinkomstländer (LIC- eller MIC) är däremot abortantalen oförändrade (3). 2008 beräknades 86 procent av alla aborter ske i LIC- eller MIC. Nästan hälften av alla aborter utfördes osäkert 2008 och cirka 98 procent av dessa gjordes i LIC- eller MIC (4). Dödsfall efter osäkra aborter uppskattas bidra globalt till 7,9 procent av mödramortaliteten (5) men andelen kan vara så stor som 15 procent (6).

Det finns säkra, enkla och effektiva metoder för att avbryta graviditet (7) men ändå dör globalt cirka 47 000 kvinnor årligen till följd av osäkra aborter (8) och uppskattningsvis behandlas årligen närmare sju miljoner kvinnor för komplikationer efter osäkra aborter (6). Komplikationer till följd av osäkra aborter står således för en betydande morbiditet hos kvinnor i LIC och MIC (6). I LIC och

MIC är det tonåringarna och de fattigaste kvinnorna samt kvinnor med låg eller ingen utbildning som löper störst risk att genomgå en osäker abort (9).

Så mycket som 15 procent av alla osäkra aborter i LIC och MIC sker bland 15–19-åringar och uppskattningsvis genomgick 3.2 miljoner tonåringar en osäker abort 2008 (10). Tonåringar riskerar i större utsträckning både att få allvarigare komplikationer och att mista livet jämfört med vuxna (10).

Komplikationer efter graviditet och förlossning är globalt den näst största orsaken till mortalitet bland 15–19-åringar (11). Barn som är 15 år eller yngre som föder barn, har i Latinamerika en fyra gånger så hög risk att dö under graviditet eller förlossning jämfört med gravida kvinnor mellan 20 och 29 år (11,12).

Säker och osäker abort

Definitionen av en säker abort bör vara en abort som utförs i enlighet med Världshälsoorganisationens (WHO) aktuella medicinska guidelines (WHO 2012).

WHO definierade 1992 en osäker abort som en procedur att avsluta en graviditet på, utförd antingen av en person som saknar nödvändiga medicinska kunskaper eller i omgivning som saknar minimal medicinsk standard eller en kombination av båda (7). I senare riktlinjer har det specificerats hur olika yrkesgrupper kan handlägga inducerad abort och preventivmedelsförskrivning (WHO 2015, 22).

Komplikationer vid osäkra aborter

De vanligaste komplikationerna vid osäkra aborter är inkomplett abort, infektion och blödning. Mindre vanliga men allvarligare komplikationer är skada på cervix, uterus eller andra abdominella organ (7), sepsis, chock och slutligen organsvikt samt död (18) om inte adekvat behandling sätts in. Långtidseffekter kan vara sekundär infertilitet, ektopisk graviditet och kroniska inflammationer. En av fyra kvinnor som genomgår en osäker abort får komplikationer som kräver tillfällig eller livslång medicinsk behandling (25).

Exempel på konsekvenser av restriktiv lagstiftning och dålig tillgänglighet till abort

Data från Rumänien är ett tydligt exempel på att restriktiv lagstiftning inte ökar födelsetalen och inte minskar abortfrekvensen utan i stället resulterar i en ökning av illegala, osäkra aborter. Rumänien hade en liberal abortlag enligt sovjetisk modell fram till 1966, ett år efter att Ceausescu kom till makten, då aborter endast blev tillåtna på stränga indikationer. Som ett resultat minskade förlossningsantalet efter en initial kort uppgång. Den abortrelaterade mödradödligheten ökade 10 gånger jämfört med övriga europeiska länder (27). Under de 22 år som abortförbudet gällde ökade mödradödligheten per 100 000 levande födda barn (MMR) från 85 år 1965 till 169 år 1989 varav direkt abortrelaterad mödradödlighet var 147. Inom ett år efter liberalisering av abortlagen föll MMR till 84 (27) (Figur 1). 150 000 – 200 000 barn, som familjerna inte ansåg sig kunna ta hand om, lämnades på barnhem och barnadödligheten ökade signifikant (27).

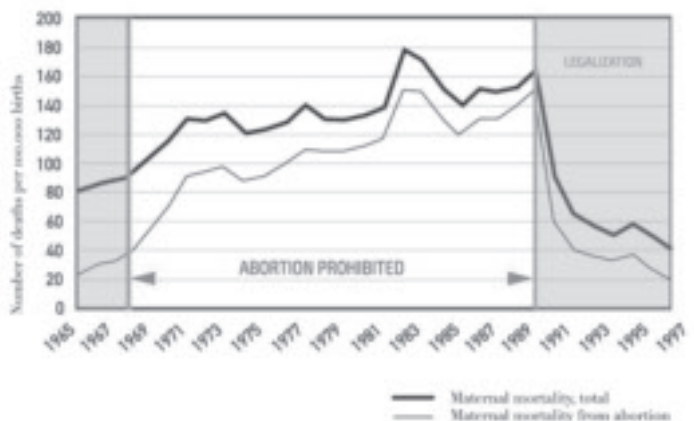
En studie från Bangladesh visar att önskade barn riskerar att få en sämre uppväxt med risk för undernäring och kortväxthet (29). Kvinnor kan även i sin desperation

överge eller döda sina nyfödda barn (30), (31) (33). På flera håll i Europa har man för att förebygga att barn överges eller dödas infört så kallade babyluckor där barnen kan lämnas, eller anonym förlossning (för att även kunna ta hand om kvinnan). Barn till kvinnor som dör får mindre omsorg och hälsovård, mindre mat och mindre skolgång och barnen dör i högre utsträckning än barn som har två föräldrar. 2003 dog uppskattningsvis 220 000 barn som följd av deras mödrars abortrelaterade dödsfall (18, 35).

Restriktiv lagstiftning och dålig tillgänglighet till säkra aborter gör att kvinnor kan se sig tvingade till en abort under andra trimestern med högre risker för allvarligare komplikationer som följd (18). I länder där aborter är både illegala och fördömda av samhället och religionen, gör de flesta kvinnor vad de kan för att dölja sin abort. Detta är en stor anledning till att kvinnor söker abort sent samt söker sent för att få vård vid komplikationer (41).

WHO har genomfört en kartläggning av globala abortlagar och regler. Det är klart att en specifik lagtext i praktiken kan tolkas eller hanteras väldigt olika. Andra exempel på barriärer till säker abortvård är ekonomiska hinder, obligatoriska väntetider, stigma, och krav på obligatorisk rådgivning och signatur av flera läkare. Tolkning av abortlagen kan också tvinga kvinnor att återkomma till kliniken för misoprostolbehandling som i Storbritannien.

Figur 1. Mödradödlighet i Rumänien från 1965 till 1997.



Abortstatistik och lagstiftning

Globalt gjorde 35 kvinnor per 1000 fertila kvinnor åren 2010 – 2014 en abort, vilket är en minskning från 40 per 1000 mellan 1990 – 1994. (3). I höginkomstländer har det totala antalet aborter minskat med 5.1 miljoner medan de har ökat med 11 miljoner i LIC och MIC (3).

Nästan alla länder utom Kanada har en abortlag som reglerar kvinnans tillgång till abort. Kanada avskaffade sin abortlag 1988 och abort regleras nu som annan hälso- och sjukvård. Tillämpning av samvetsklausul gör dock tillgång till säker abort begränsad. (65).

Av alla världens kvinnor har endast 39,5 procent tillgång till fri abort medan 99 procent har tillgång till abort för att rädda kvinnans liv. I 32 länder (5 procent) är det under inga omständigheter tillåtet att avbryta en graviditet och således inte heller för att rädda kvinnans liv. I dessa länder sker 29 procent av alla aborter (3). Alla kvinnor har dock rätt till post abortion care (6).

Lagarna kan beroende på utformningen mer eller mindre försvåra för kvinnan att få tillgång till abort. Ett exempel är Zambia som har en av de mest liberala abortlagarna i Afrika då den ger kvinnan rätt att få en abort på socioekonomiska indikationer. Det krävs dock intyg från tre läkare varav en måste vara specialist. Läkarna i tjänst kan vägra att skriva på av religiös eller personlig övertygelse. Utanför huvudstaden är det oerhört svårt att hitta tre läkare på ett och samma sjukhus (50). I Italien åberopar 90procent av alla gynekologer samvetsklausul för att slippa utföra aborter.

Europa har både bland de högsta och de lägsta antalet aborter per 1000 kvinnor. Aborttalet var 42 i Östeuropa och 18 i övriga Europa under perioden 2010 till 2014 (3). Irland, Malta, Polen, Lichtenstein och Färöarna har Europas mest restriktiva abortlagar. I övriga Europa kan kvinnan själv avgöra om hon vill göra abort upp till varierande graviditetslängd på socioekonomisk indikation (58).

Ökat preventivmedelsanvändning i Östeuropa har bidragit till nedgången i aborttalen

(42). Komplikationer efter aborter är fortfarande en av de största orsakerna till mödradödlighet i Östeuropa samt Centralasien (43). I Sydamerika var abortfrekvensen 47 kvinnor per 1000 fertila kvinnor mellan 2010 till 2014, i Centralamerika var motsvarande siffra 33 (3). Mer än 97 procent av fertila kvinnor i Latinamerika och Karibien bor i länder där abort är i princip helt förbjudet.

Aborterna har minskat i USA sedan 1982 då siffran var 29,3 aborter per 1000 fertila kvinnor. År 2011 genomgick 16,9 fertila kvinnor en abort vilket är bland världens lägsta aborttal (59). I USA är abort tillåtet på kvinnans begäran sedan 1973, men olika delstater konstruerar egna lagar som begränsar kvinnors möjligheter till att få en abort (60). Restriktionerna inkluderar samvetsklausul, obligatorisk rådgivning (icke evidensbaserad), krav på vem som kan utföra aborten, och ekonomiska restriktioner. Sedan år 2000 har 14 delstater ökat sina restriktioner och andelen delstater vilka är för aborter sjönk från 17 till 12 under tiden 2000 - 2015 (61).

Antalet aborter per 1000 kvinnor har varit relativt konstant i Asien från 1990 – 1994 till 2010 – 2014. De flesta aborterna, 16 miljoner, sker i södra och centrala Asien vilket inkluderar Indien, 13 miljoner sker i Ostasien där Kina ingår (3). Uppskattningsvis behandlas 4.6 miljoner kvinnor för komplikationer efter en osäker abort (6). Den abortrelaterade mödradödligheten är cirka 5 400 och uppgår till 6 procent av den totala. I Asien tillåter 17 länder aborter utan restriktioner. Kambodja, Indien och Nepal har liberala abortlagar men det kan vara svårt att hitta personal som är villig att utföra aborter. Kvinnorna själva kan ha dåliga omkunskaper om abortlagstiftningen och tillgången till ett bra omhändertagande är begränsat. Abort är helt förbjudet i Irak, Laos, Oman och Filipinerna (56).

Bangladesh har en mycket restriktiv och speciell abortlagstiftning. Sedan 1979 är det i Bangladesh tillåtet med menstrual regulation (MR). Kvinnorna kan efter 8 veckors utebliven menstruation få en vacuumaspiration eller misoprostolbehandling utförd utan att gravi-

ditetstest utförs (62). Många kvinnor har dock ej tillgång till MR och hänvisas till osäkra aborter. 2010 utfördes 653 000 MR och 647 000 aborter varav de flesta var osäkra. Cirka 231 000 kvinnor behandlas för komplikationer efter inducerad abort men 60 procent har ej tillgång till post abortion care (PAC) (65).

Abort och politik

Att abort är storpolitik framgår med största tydlighet när USA tillsätter sina presidenter. President Reagan myntade på befolkningskonferensen i Mexico City 1984 regeln ”Mexico City Policy”, som också kallas ”the Global Gag Rule” eller ”munkaviregeln”, vilken innebär att utländska organisationer inte kan få ekonomiskt stöd av USA om de använder pengar till abortinformation som inte rör våldtäkt, hot mot kvinnans liv eller incest (68). Konsekvenserna av införandet av the Global Gag Rule var att kvinnor i LIC och MIC fick försämrade tillgång till aborter, till vanlig mödra- och förlossningsvård och en större risk att dö av sin förlossning (67). President George H.W. Bush fortsatte ”the Gag Rule” 1989, president Clinton tog omedelbart bort densamma 1993 och president George W. Bush återinförde den 2001 för att ”minska antalet aborter”. President Obama tog bort den 2009 och Trump återinförde den omedelbart och utökade den. Dessa fem presidenter fattade dessa beslut inom tre dagar efter sin installation som president (66).

Varför osäker abort

Trots att kvinnor är medvetna om att de gör osäker abort med livet som insats går de till traditionella utövare för att avbryta sin graviditet (41). Kvinnor kan även när de söker vård för komplikationer efter en osäker abort mötas av en vägran om vård om hälsopersonalen inte anser att det är förenligt med deras egen tro (27). Samvetsklausul, att åberopa rätten till vägran att tillgodose kvinnors lagliga rätt avseende reproduktiv hälsa, är vanligt i 21 av Europas länder (69). Oftast är det rätten att

vägra att utföra en abort eller behandla en kvinna efter en osäker abort som samvetsklausulen handlar om (27).

Det är dock ingen mänsklig rättighet att vägra att utföra en uppgift i enlighet med den egna tron. Däremot har patienterna en mänsklig rättighet att få den vård de behöver. Samvetsklausul kan troligen härledas från rätten till tanke- och religionsfrihet, vilket skyddas av de mänskliga rättigheterna. Denna tolkning har dock huvudsakligen använts av vapenvägrare då man är tvingad att utföra en handling inom ramen för värnplikt. Att utöva hälso- och sjukvård och att välja ett särskilt yrke eller en viss specialitet kan dock inte ses som något tvingande. Vårdgivare som åberopar samvetsklausul i länder där detta är tillåtet ska hänvisa kvinnan till en alternativ sjukvårdsenhet (27). Sverige, Island och Finland har hittills inte gett generell tillåtelse till att vägra en viss behandling (69).

Women on Web

Women on Web är en websida och har på ett mycket innovativt vis gett kvinnor en möjlighet till att få en medicinsk abort på nätet upp till 12 graviditetsveckor även i länder där det inte finns tillgång till säkra aborter. Kvinnorna uppmanas att ta ett graviditetstest och om möjligt få ett ultraljud utfört. Efter en onlinekonsultation med kvinnan får hon information om hur tablettorna ska tas och information om preventivmedel. Kvinnan kan under tiden kontakta Women on web vid eventuella frågor (70).

FIGO

Det Internationella Förbundet för Gynekologi och Obstetrik (FIGO) tillsatte 2007 en arbetsgrupp, ”Prevention of Unsafe Abortion Initiative”, för att förebygga konsekvenserna av osäkra aborter. (71). Till programmets framgångar hör avskaffandet av dilation och curettag i riktlinjer och införandet av Manual Vacuum Aspiration (MVA) och medicinska aborter på sjukhus i olika länder i Sydostasien.

Barnmorskor och sjuksköterskor har utbildats i att utföra och initiera abort med MVA respektive mifepriston och misoprostol (75).

Millenium Development Goals och Sustainable Development Goals

De åtta mätbara milleniemalet beslutades av världens ledare 2000. Mödradödligheten har nästan halverats sedan 1990 men det femte milleniemalet, att minska mödradödligheten med tre fjärdedelar till 2015 jämfört med 1990 års siffror, uppnåddes inte. Fortfarande dör drygt 800 kvinnor om dagen varav de flesta i LIC och MIC.

2015 röstade Förenta Nationernas (FN) 193 medlemsländer ja till de nya globala utvecklingsmålen. Dessa mål är universella och ska gälla alla länder. Mödradödligheten ska minskas till mindre än 70 per 100 000 föds- lar år 2030. Alla ska ha tillgång till sexuella och reproduktiva hälsojourer, inklusive familjeplanering. Målen gäller alla människor och ”nobody will be left behind”. Om detta även skall komma att gälla kvinnor som söker abort återstå att se.

FAKTARUTA

En liberal lagstiftning är en förutsättning, men inte tillräckligt, för att undvika osäkra aborter och abortrelaterad dödlighet.

Aborterna måste även vara säkra och tillgängliga utan hinder eller krav på ålder, civilstånd, väntetid eller föräldrars tillåtelse (18).

Referenser

1. ICPD Programme of Action 1994. www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html
2. Fourth World Conference on Women, Beijing 1995. www.un.org/womenwatch/daw/beijing
3. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016;16(388):258-67.
4. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Shah IH, Åhman E, Henshaw SK, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; (379): 625-32.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014;2(6):323-33.
6. Singh S and Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG*. 2016;123(9):1489-98.
7. WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition 2012. WHO, Geneva, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf
8. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva. WHO. 2010. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/>
9. The Alan Guttmacher Institute. Unintended Pregnancy And induced Abortion in Uganda.: Causes and Consequences. 2006. <https://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/.../ UgandaUPIA.pdf>
10. Shah I and Åhman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reprod Health Matters*. 2012;20(39):169-73.
11. WHO. Adolescent Pregnancy. Fact sheet No. 364. September 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>.
12. Morris JL and Rushwan H. Adolescent sexual reproductive health: The Global challenges. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(1):S40-S42.
13. Jewkes R, Rees H, Dickson K, Brown H, Levin J. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *BJOG*. 2005;112(3):355-9.
14. Socialstyrelsen 2015. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefterranne/aborter>
15. Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets och referensgrupp för familjeplanering Inducerad abort SFOG ARG-rapport. Nr 54 2006.

16. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Ganatra B, Tuncalp Ö, Johnston HB, Johnson BR jr, Gülmezglua AM and Temmermana M. *Bull World Health Organ*. 2014;92(3):155.
17. WHO. Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 6th ed. www.who.int/reproductivehealth
18. Grimes DA, Benson J, Singh S, Ganatra B, Romero M, Okonofua FE et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006;(368): 9550-1908-19.
19. Bygdeman M and Swahn M-L. Progesterone receptor blockage: Effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception*.1985;32(1): 45-51.
20. Winikoff B and Sheldon W. Use of medicines changing the face of abortion. *Int Perspect Sex Reprod Health*, 2012;38(3):164-6.
21. WHO 2015. Health worker roles in providing safe abortion care and postabortion contraception. [www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/ -35k](http://www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/-35k).
22. Klingberg-Allvin M, Cleeve A, Atuhairwe S, Tumwesigye NM, Byamugisha Comparison of treatment of incomplete abortion with misoprostol by physicians and midwives at district level in Uganda: a randomised controlled equivalence trial Klingberg-Allvin et al. *Lancet* 2015;385(9985):2392-8.
23. The Alan Guttmacher Institute. 2005. Abortion and postabortion care in Uganda: a report from health care professionals and health facilities Occasional report, New York. www.guttmacher.org/pubs/2005/05/28/or17.pdf.
24. The Alan Guttmacher Institute . The Incidence of Induced Abortion in Uganda. 2005. www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3118305.pdf
25. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*. 2006;368(9550):1887-92.
26. Horga M, Gerdts C, Potts M. The remarkable story of Romanian women's struggle to manage their fertility. *J Fam Reprod Health Care* 2013;39(1): 2-4.
27. Shaw D. Abortion and Human Rights. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010;24(5):633-46.
28. Medoff MH. The relationship between restrictive state abortion laws and postpartum depression. *Soc Work Public Health*. 2014;29(5):481-90.
29. Rahman MM. Is Unwanted Birth Associated with Child Malnutrition in Bangladesh? *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015;41(2):80-8.
30. Friedman SH and Resnick PJ. Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32(1):43-7.
31. Outwater AH, Mgaya E, Campbell JC, Becker S, Kinabo L and Menick DM Homicide of children in Dar es Salaam, Tanzania, *East Afr J Public Health*. 2010;7(4):345-9.
32. Walakira EJ, Ochen EA och Bukuluki P. Residential care for abandoned children and their integration into family-based setting in Uganda: lessons for policy and programming. *Infant Ment Health J*.2014; 35(2):144-50.
33. Brink P. Child abandonment in South African Hospitals. 2000 Health Systems Trust. <http://www.hst.org.za/sites/default/files/child.pdf>
34. The Alan Guttmacher Institute. Assessing Costs and Benefits Of Sexual and Reproductive Health Interventions Occasional Report No. 2004. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.452.5943&rep=rep1&type=pdf>
35. Sundaram A, Vlassoff M, Mugisha F, Bankole A, Singh S, Amanya L och Onda T. Documenting the Individual- and Household-Level Cost of Unsafe Abortion in Uganda. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2013;39(4):174-84.
36. The Alan Guttmacher Institute. Abortion in India: A Literature Review. 2014. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.680.7684&rep=rep1&type=pdf>
37. Dahlback E, Maimbolwa , Kasonka L, Bergström S, Ransjö-Arvidson AB. Unsafe induced abortions among adolescent girls in Lusaka. *Health Care Women Int*. 2007;28(7):654-76.
38. Prada E, Maddow-Zimet I, Juarez F. The cost of postabortion care and legal abortion in Columbia. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2013;39(3):114-23.
39. de Costa C and Douglas H. Explainer: is abortion legal in Australia? *The Conversation*. 2015. <http://theconversation.com/explainer-is-abortion-legal-in-australia-48321>.
40. Baird B. Medical abortion in Australia: a short story. *Reprod Health Matters* 2015;23(46):169-76.
41. The Alan Guttmacher Institute . Abortion Morbidity in Uganda: Evidence from Two Communities. 2006. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/or26.pdf
42. Leone T, Coast E, Parmar D, Vwalika B. The individual level cost of pregnancy termination in Zambia: a comparison of safe and unsafe abortion. *Health Policy Plan* 2016;31(7):825-33.
43. Hodorooga S and Comendant R. Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *Int J Gynaecol Obstet* . 2010;110: S34-S37.
44. Benson J, Okoh M, KrennHrubic K, Lazzarino MA, Johnston HB. Public hospital costs of treatment of abortion complications in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;118(2):S134- S140.
45. Vlassoff M, Musange SF, Kalisa IR, Ngabo F, Sayinzoga F, Singh S, Bankole A. The health system cost of post-abortion care in Rwanda. *Health Policy Plan*. 2015; 30:223-33

46. Johnston HB, Gallo MF, Benson JJ. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Fam Plan Reprod Health care* 2007;33(4): 250-7.
47. Abortion-related complications in Cambodia. Feters T, Vonthanak S, Picardo C, Rathavy T. *BJOG* 2008;115(8): 957-68.
48. Rehnström U, Gemzell-Danielsson K, Faxelid E and Klingberg-Allvin M. Health providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in Sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health* 2015;15:139
49. WHO. Sexual health, Human Rights and the Law. WHO Geneva 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1
50. Termination of Pregnancy Act, Laws of Zambia, Ch. 304, 1972. <http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Terminationprocent20ofprocent20Pregnancyprocent20Act.pdf>
51. Landslägeembedet og Grönlands statistik 2012.
52. Rominski SD, Lori JR. Abortion in Ghana: A Critical Review of the Literature. *Afr J Reprod Health*. 2014;18(3):17–35.
53. Mswia R, Lewanga M, Moshiro C, Whiting D, Wolfson L, Hemed Y et al. Community-based monitoring of safe motherhood in the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*. 2003; 81(2):87–94.
54. Sorensen BL, Eisass P, Nielsen BB, Massawe S, Nyankina J, Rasch V. Substandard emergency obstetric care - a confidential enquiry into maternal deaths at a regional hospital in Tanzania. *Trop Med Int Health*. 2010;15(8):894–900.
55. Adamowski J. Protests mount in Poland over governments plans to criminalise all abortions. *BMJ*. 2016;353
56. Center for Reproductive Rights 2006. <http://www.reproductiverights.org/press-room/center-for-reproductive-rights-condemns-passage-of-nicaragua's-abortion-ban>
57. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Stud Fam Plann*. 2011;42(3):199-220.
58. Guttmacher Institute, Making Abortion Services Accessible in the Wake of Legal Reforms: A Framework and Six Case Studies, New York: Guttmacher Institute, 2012
59. Jones RK and Jerman J, Abortion incidence and service availability in the United States, 2011. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014;46(1):3–14.
60. The Alan Guttmacher Institute. An Overview of Abortion Laws. 2016. <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/overview-abortion-laws>
61. Induced abortion in the United States. September 2016. Guttmacher Institute 2016. <https://www.guttmacher.org>
62. Singh S, Hossain A, Maddow-Zimet I, Ullah BH, Vlassoff M, Hussain R. The incidence of menstrual regulation procedures and abortion in Bangladesh, 2010. *Int Perspect Sexl Reprod Health*. 2012; 38(3):122–32.
63. The Alan Guttmacher Institute. Menstrual Regulation and Postabortion Care in Bangladesh: Factors associated with Access to quality of Services. Guttmacher Institute 2012. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Bangladesh-MR.pdf>
64. Department of Parliamentary Services Australia 2005. How many abortions are there in Australia? A discussion of abortion statistics, their limitations, and options for improved statistical collection. http://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/library/prspub/CF7F6/upload_binary/cf7f66.pdf;fileType=applicationprocent2Fpdf#search=procent22library/prspub/CF7F6procent22
65. List of abortion clinics in Canada. 2016. www.arcccdac.ca/list-abortion-clinics-canada
66. The Alan Guttmacher Institute. Global Gag Rule: Exporting Antiabortion Ideology at the Expense of the Americans values. 2001. <https://www.guttmacher.org/about/gpr/2001/06/global-gag-rule-exporting-antiabortion-ideology-expense-american-values>
67. Sundström K. Obama tillåter bistånd till kvinnors reproduktiva hälsa. *Läkartidningen*. 2009;106(8): 488-9.
68. Faundes A Unsafe abortion – the current global scenario. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010;24(4):467-77.
69. Fiala C, Gemzell Danielsson K, Heikinheimo O, Gudmundsson JA, Arthur J. Yes we can! Successful examples of disallowing `conscientious objection` in reproductive health care. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(3):201-6.
70. Gomperts R, Jelinska K, Davies S, Gemzell-Danielsson K, Kleiverda G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG*. 2008;115(9):1171-5.
71. Shaw D. The FIGO initiative for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 110:S17-S19.
72. Zaidi S, Begum F, Tank J, Chaudhury P, Yasmin H, Dissanayake M. Achievements of the FIGO Initiative for the Prevention of Unsafe Abortion and its Consequences in South-Southeast Asia. *Int J Gynaecol Obstet* 2014;126:S20-3.
73. UNICEF. De nya globala utvecklingsmålen. <https://unicef.se/vad-vi-gor/de-nya-globala-utvecklingsmalen>

Svensk förening för Obstetrik & Gynekologi

Arbets- & Referensgrupper (ARG) rapportserie

Följande publikationer i serien har utgivits:

- Nr 1* **Perinatologi. Problem vid underburenhet: IRDS prenatal risk-bedomning, 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* **Hälsoövervakning vid normal graviditet** (ARG för Mödrahälsövård 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)
- 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)

Svensk förening för Obstetrik & Gynekologi

Arbets- & Referensgrupper (ARG) rapportserie

Fortsättning från föregående sida.

- 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* **Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi**
(ARG för Hemostasrubbnings 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 **Bröstet**
(ARG för Bröstet 2005)
- Nr 54 **Inducerad abort**
(FARG för Familjeplanering 2006)
- Nr 55 **Obstetriskt ultraljud**
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 2007)
- Nr 56 **Endometrios**
(ARG för Endometrios 2008)
- Nr 57 **Asfyxi och neonatal HLR**
(ARG för Perinatologi i samarbete med Sektionen för Neonatologi, Svenska Barnläkarföreningen och Svensk Förening för Perinatalmedicin 2008)
- Nr 58 **Polycystiskt ovarialsyndrom (PCOS)**
(ARG för Endokrinologi 2008)
- Nr 59 **Mödrhälsövård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa**
(Intressegruppen för Mödrhälsövård inom SFOG och Samordningsbarnmorskorna inom SBFi samarbete med MödraBarnhälsovårdspyskologernas Förening 2008)
- Nr 60 **Prolaps**
(ARG för Urogynekologi och Vaginal Kirurgi 2008)
- Nr 61 **Hysterektomi vid icke-maligna tillstånd**
(Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi 2009)
- Nr 62 **Barnafödande och psykisk sjukdom**
(ARG för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi samt Sexologi 2009)
- Nr 63 **Cervixcancerprevention**
(ARG för Cervixcancerprevention 2010)
- Nr 64 **Ofrivillig barnlöshet**
(ARG för Ofrivillig Barnlöshet 2010)
- Nr 65 **Kejsarsnitt**
(ARG för Perinatologi 2010)
- Nr 66 **Hysteroskopi**
(ARG för Minimalinvasiv Gynekologi 2010)
- Nr 67 **Hormonbehandling i klimakteriet**
(ARG för Endokrinologi 2010)
- Nr 68 **Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi**
(ARG för Hemostasrubbnings 2012)
- Nr 69 **Sexuell och reproduktiv hälsa hos ungdomar**
(ARG för Tonårsgynekologi 2013)
- Nr 70 **Asfyxi och neonatal HLR**
(ARG för Perinatalmedicin 2013)
- Nr 71 **Vulvovaginala sjukdomar**
(ARG för Vulvasjukdomar 2013)
- Nr 72 **Preeklampsi**
(ARG för Perinatologi 2014)
- Nr 73 **Obstetriskt ultraljud**
(ARG för Ultraljudsdiagnostik 2014)
- Nr 74 **Graviditetsimmunisering**
(ARG för Perinatologi 2015)
- Nr 75 **Endometrios**
(ARG för Endometrios 2016)
- Nr 76 **Mödrhälsövård, Sexuell och Reproduktiv Hälsa**
(Intressegruppen för Mödrhälsövård inom SFOG och Samordningsbarnmorskorna inom SBFi samarbete med MödraBarnhälsovårdspyskologernas Förening 2008)
- Nr 77 **Förlossningsrädsla**
(ARG för Psykosocial Obstetrik och Gynekologi 2017)
- Nr 78 **Inducerad abort**
(ARG för Familjeplanering 2018)
- Nr 78 **Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi**
(ARG för Hemostasrubbnings 2018)

Publikationerna kan beställas via hemsidan:
www.sfog.se/start/arg-rapporter
SFOG-kansliet, Drottninggatan 55, 2 tr, 111 21 Stockholm

