

Er medikamentell hjemmeabort under svangerskapsuke 9 en effektiv og trygg metode?

med.stud Marita Moe kull 08.

Hovedveileder: Prof. Ganesh Acharya, IKM, UiT

Biveileder: Hege Dekkerhus, KK, UNN.

Innholdsfortegnelse

1.0 Resyme	side 3
2.0 Innledning og introduksjon.....	side 4
2.1 Abortloven	side 5
2.2 Historikk	side 6
2.3 Etiske aspekter	side 6
2.4 Medikamentene	side 7
2.4.1 mifepriston og misoprostol	side 7
2.4.2 Smertestillende medikamenter	side 7
2.5 Oppfølging etter medikamentell abort	side 8
2.5.1 Klinisk undersøkelse	side 8
2.5.2 Ultralyd	side 9
2.5.3 Blodprøve med måling av serum-hCG	side 9
2.5.4 Urinprøvetakning av hCG.	side 10
3.0 Material og metode	side 12
3.1 Studietype og henting av informasjon	side 12
3.2 Registrering av pasienter/rutiner for provosert abort ved UNN Tromsø	side 12
3.3 Seleksjonskriterier	side 13
3.4 Pasientkarakteristika	side 13
3.5 Gestasjonsalder	side 14
3.6 Komplikasjoner	side 14
3.7 Blødning	side 14
3.8 Bruk av antibiotika	side 15
3.9 Bruk av smertestillende.	side 15
3.10 Oppfølging	side 15
3.11 Artikkelsøk	side 16
3.12 Analysering av data	side 16
4.0 Resultat	side 17
Pasientkarakteristika	side 17
Behandlingsresultat	side 20
Komplikasjoner	side 20
Blødninger	side 20
Bruk av smertestillende medikamenter	side 21
hCG	side 21
5.0 Diskusjon.....	side 22
Pasientkarakteristika	side 23
Behandlingsresultat og komplikasjoner	side 25
Blødninger	side 27
Bruk av smertestillende	side 28
Oppfølgingen etter gjennomført medikamentell abort	side 29
6.0 Konklusjon og anbefalinger.....	side 34
7.0 Litteraturliste.....	side 33

Resyme:

Bakgrunn: At pasienter selv administrerer misoprostol til terminering av graviditet er relativt nytt, og kontroversielt i flere land. Fra 12. januar 2009 ble det ved Universitetssykehuset Nord-Norge avdeling Tromsø innført et tilbud om hjemmeabort blant abortsøkende kvinner med svangerskapsvarighet under 9 uker. Metoden benyttes også ved flere andre sykehus i Norge. Det finnes ingen publisert studie om hjemmeabort i Norge. Det har ikke vært gjort noen vurdering av hvordan metoden fungerer ved UNN Tromsø.

Formål: Dette er en kvalitetsstudie for å se om hjemmeabort er trygt og gjennomførbart.

Metode: All data i studien var registrert prospektivt av behandlende lege og sykepleier. Mifepriston 200 mg ble gitt på sykehus under oppsyn av sykepleier. Kvinnene selvadministrerte misoprostol 800 mikrogram vaginalt hjemme 48 timer senere. Kvinnene mottok rekvisisjon til taking av serum-hCG 28 dager etter inngrepet, men måtte selv ta ansvar for å møte til denne oppfølgingen. Det ble gått gjennom alle pasientjournalene til kvinner som hadde gjennomgått medikamentell abort, og plukket ut de kvinnene som valgte å gjøre dette hjemme. Ved legekonsultasjon ble det fylt ut standardisert skjema; «journal ved begjæring av svangerskapsavbrudd» hos alle kvinnene. Fra dette skjema ble informasjon om kvinnene og svangerskapsvarighet hentet fra. Sykepleiere og leger har journalført all kontakt de har hatt med pasienten, disse journalnotatene har vært brukt for å hente informasjon om inngrep, eventuelle komplikasjoner og oppfølgingsblodprøven. Tilgang til å gå gjennom dette ble søkt til, og innvilget av personvernombudet ved sykehuset.

Resultat: Av de 1482 pasienter som ble henvist til gynekologisk avdeling UNN Tromsø for gjennomføring av abort i studieperioden, valgte 605 pasienter å utføre medikamentell abort hjemme. Elleve pasienter hadde svangerskapslengde over 9 uker. Informasjon manglet på 12 pasienter. Totalt ble data fra 582 pasienter inkludert i analysen. Suksessraten var 99,3 %, og andelen komplikasjoner som følge var 8,9 %. Nitten pasienter behøvde revisio, 25 pasienter fikk ytterligere behandling med misoprostol grunnet intrauterine rester og elleve pasienter mottok antibiotikabehandling for mistanke om infeksjon. Seksti prosent møtte til oppfølgingsblodprøve med takning av serum-hCG. Det ble vist en sammenheng mellom pasienter med hCG over 140 IU/L etter 28 dager og komplikasjoner etter inngrepet.

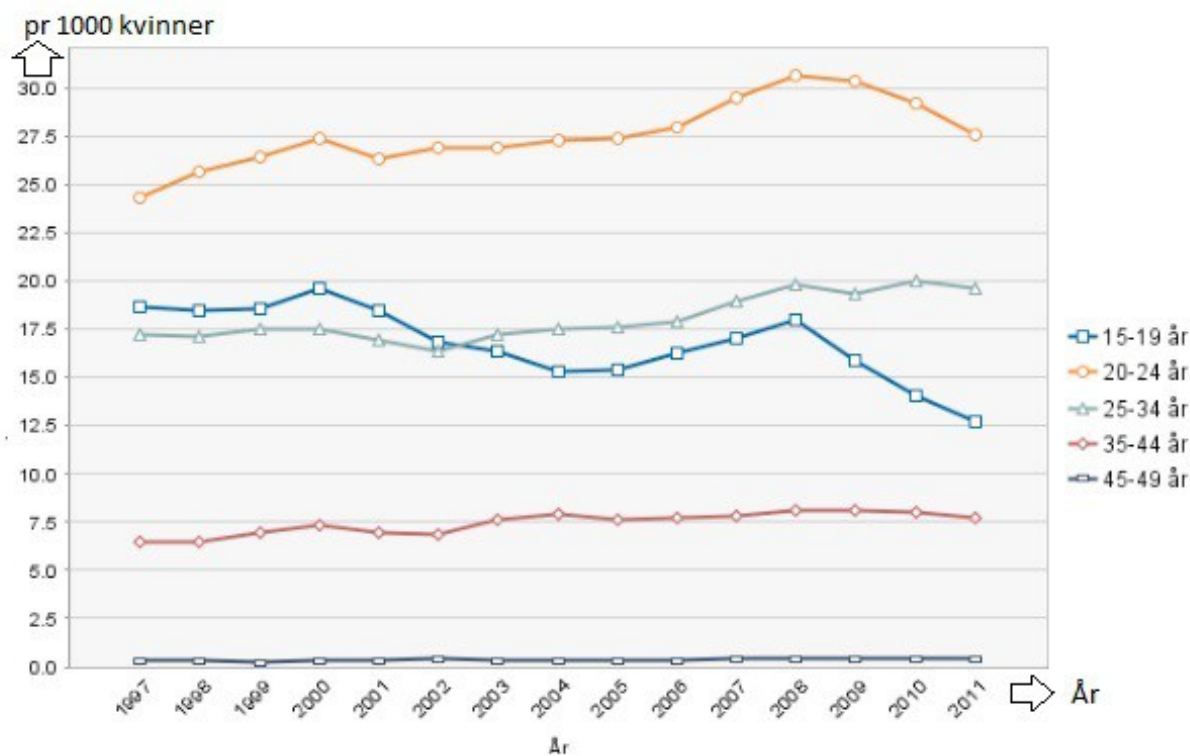
Konklusjon: Medikamentell abort med mifepriston etterfulgt av vaginal misoprostol som administreres hjemme er en trygg, effektiv og akseptabel metode for kvinner med svangerskapslengde under 9 uker.

2.0 Innledning og introduksjon

I Norge utføres det rundt 15000 aborter årlig. Dette utgjør ca 13 svangerskapsavbrudd per 100 kvinner. 95% av svangerskapsavbruddene er i første trimester (1). Etter at egen abortlov trådte i kraft i 1979, har antallet aborter gått ned. Nedgangen fortsatte fram mot 1982, deretter opplevde man en økning fram til nittitallet (2). Etter tusenårsskiftet har tilbakegangen fortsatt ytterligere (3). De fleste abortene utføres før uke 12. Bare 4,2% er nemndbehandlede svangerskapsavbrudd, som utføres etter 12. uke. Andelen nemndbehandlede svangerskapsavbrudd har hatt en lett økning siden tusenårsskiftet (4).

Flest aborter utføres av jenter i alderen 20-24 år, deretter faller antallet med alderen. Andelen tenåringsaborter er lavere i dag enn det var på åtti- og nittitallet (5). På åttitallet ble det i aldersgruppen 15-19 utført ca 22 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinne, i 2005 var dette tallet 15,4 per 1000. Høyeste andel av abort blant tenåringer finnes i Troms og Finnmark. Her ble det i 2005 utført 26,2 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner, mot 11,4 i Vest-Agder som har det laveste antallet. Finnmark har den høyeste andel provoserte aborter i forhold til folketall, med 18,8 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i aldersgruppen 15-49. De laveste tallene finner man i Sogn og Fjordane og Rogaland med 9,5 aborter per 1000 kvinner i alderen 15-49 (4).

Figur 1: Utførte svangerskapsavbrudd i Norge i perioden 1997-2011 fordelt på alder (6)



Tidligere ble de fleste selvbestemte aborter utført kirurgisk. Andelen medikamentelt terminerte aborter har økt på fra tusenårsskiftet. I 2006 utgjorde de medikamentelt behandlede svangerskapsavbruddene 45%. Etter dette har andelen økt kraftig, og i dag utføres to tredjedeler av alle selvbestemte aborter med medikamentell behandling alene (6). Medisinske aborter utføres som regel innen utgangen av niende svangerskapsuke(1, 7). 12. januar 2009 innførte Kvinneklinikken UNN medikamentell abort, uansett svangerskapslengde, som den primære behandling av kvinner som begjærer selvbestemt svangerskapsavbrudd. På samme tidspunkt innførte avdelingen også tilbud om hjemmeaborter for kvinner med svangerskapslengde under 9 uker. Ved UNN Tromsø er det i fra 12. januar 2009 til 31. desember 990 pasienter med svangerskapslengde under 9 uker, hvorav 605 av disse valgte medikamentell abort hvor siste del ble utført hjemme.

I denne oppgaven tar jeg for meg alle medisinske hjemmeaborter utført ved UNN Tromsø i perioden 12. januar 2009 til 31. desember 2011. Studien er gjort retrospektiv, men alle data er registrert prospektivt underveis som kvinnene hadde kontakt med helsevesenet. Dette er en kvalitetsstudie gjort for gynekologisk avdeling ved Unn Tromsø, hvor jeg så på hvilke pasienter som valgte å benytte seg av hjemmeabort, eventuelle komplikasjoner med prosedyren og hvor mange, og hvilke av pasientene som tok oppfølgingsblodprøven av hCG, samt om utfallet av denne testen har sammenheng med komplikasjoner. Det har hele perioden vært benyttet samme rutiner og typer medikamenter.

2.1 Abortloven

Før 1960 eksisterte det ingen egen lov for svangerskapsavbrudd i Norge. I 1975 kom loven om svangerskapsavbrudd. Fram til 1978 måtte kvinnen fylle ut en søknad som ble vurdert av en nemnd bestående av leger. I 1978 ble lov om selvbestemt abort innført. Denne trådte i kraft 1. januar 1979, og kvinner fikk fra da selv rett til å bestemme om de ønsket å avbryte svangerskapet. Retten gjelder fram til 12. svangerskapsuke, beregnet fra siste menstruasjons første dag (8). Lov om svangerskapsavbrudd gir kvinnen krav på informasjon og veiledning før hun treffer endelige valg. Det er bare leger som har lov til å utføre svangerskapsavbrudd (8).

Ønskes abort ut over 12. svangerskapsuke må kvinnen søke om dette. Avgjørelsen tas da av en nemnd bestående av to leger., en ved den avdelingen inngrepet skal gjøres, og en annen lege som oppnevnes av fylkeslegen (9). Legene er knyttet til det sykehuset hvor svangerskapsavbrudd utføres. Disse legene skal i samråd med kvinnen treffe vedtak om svangerskapsavbrudd. Ved avslag på søknad til nemnd sendes det automatisk søknad til klagenemnd. Ved avgjørelse om svangerskapsavbrudd i nemnd legges det vekt på om svangerskapet, fødselen eller omsorgen for

barnet kan føre til en urimelig belastning for kvinnen, psykisk eller fysisk, og om barnet har stor fare for å få en alvorlig sykdom. Det tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, i henhold til § 2. i Lov om svangerskapsavbrudd (8).

2.2 Historikk

Fra 1960-årene har kirurgi med vakumaspirasjon vært metoden for å utføre aborter, også i tidlig fase av graviditeten. Medisinsk abort med bruk av prostaglandiner ble en alternativ metode for terminering av tidlige svangerskap tidlig på syttitallet. (7) Det ble etter hvert oppdaget at anti-progesteron kunne fremkalle aborter. Effekten av dette medikamentet var ikke god nok alene, men i kombinasjon med små doser av prostaglandinanalogue førte det til nærmest 100% suksess, med akseptable bivirkninger (10, 11). Kombinasjonsterapi med Mifepriston og Misoprostol ble tatt i bruk av Frankrike i 1988, da som første land i verden. I Norge begynte man å bruke denne metoden rutinemessig i 1999 (11).

Det er muligheter for bruk av flere ulike medikamenter ved medisinsk abort; prostaglandiner og/eller mifepristone, og/eller metothrexate. Men flere forsøk (7, 12) har vist at kombinasjonen av mifepriston og misoprostol gir best effekt, samt akseptable bivirkninger. Det er disse medikamentene som er i bruk ved UNN Tromsø i dag.

2.3 Etiske aspekter

Retten til selvbestemt abort har gjennom tiden vært hyppig offentlig debattert i Norge. Årsaken til dette er at retten til selvbestemt abort står i konflikt med enkeltes etiske og religiøse verdier. Kvinner har brukt retten til selvbestemt abort som en kampsak i forbindelse med kvinnefrigjøring og likestilling. Tilhengerne mener at kvinner har rett til å bestemme over egen kropp, da det er de som har påkjenningen ved en graviditet og et barn. En graviditet kan være en risiko for kvinnens helse, og det er de selv som vet best hvorvidt de klarer å ta vare på et barn. Det er uetisk å ta liv, og motstanderne definerer abort som å ta liv. Dermed frarøver abortloven det ufødte barnets rett til å leve. Et av de sentrale punktene i konflikten er hvor grensen for når man velger å definere fosteret som et menneske går, heller enn potensiale for å bli et menneske. Hvor den enkelte velger å sette denne grensen, ved befruktningen eller senere, er avhengig av ens kultur og religiøse synspunkt.

2.4 Medikamentene og virkningen deres

2.4.1 mifepriston og misoprostol

Ved utførelse av medikamentell abort ved UNN Tromsø brukes medikamentene mifepriston og misoprostol. Mifepriston er et antiprogesteron. Medikamentet virker ved å blokkere reseptorene for progesteron og glukokortikosteroid, og dermed øke sensitiviteten uterus har for prostaglandiner (13). Blokkering av disse kanalene fører til nedbrytning av maternelle kapillærer i decidua, produksjon av prostaglandiner i epitelium til deciduakjertler og inhibering av prostaglandin dehydrogenase (7). Effekten av dette er manglende implantasjon av et befruktet egg, hemming av vidreutviklingen av allerede implantert embryo, samt økt konsentrasjon av prostaglandiner i uterus. Pasienten får 200 mg Mifepristone oralt på poliklinikken.

Misoprostol er en prostaglandinanalogue. Prostaglandiner mykgjør cervix og gir uteruskontraksjoner. Misoprostol kan administreres enten vaginalt eller oralt(7). Ved UNN gis kvinnene 800 µg misoprostol til å sette vaginalt, 48 timer etter adimistreringen av mifepriston. Misoprostol kan brukes alene for å oppnå abort, men har vist seg mer effektivt i kombinasjon med mifepristone (12).

Vanlige bivirkninger av mifepristone er magesmerter, kvalme, oppkast og diarre. Bekkensmerter, besvimelse og hodepine, er sjeldnere bivirkninger(14). Misoprostol kan gi kvalme, oppkast, diare, hodepine og svimmelhet (15).

2.4.2 Smertestillende

Prostaglandinanalogue gir uteruskontraksjoner. Dette er smertefullt for pasienten, og behovet for smertestillende er tilstede. Westhoff et al har gjort to studier fra USA hvor bruk av narkotiske medikamenter hos pasienter etter abortinngrep ble kartlagt. I den første studien er det rapportert at 29% av kvinnene fikk narkotiske smertestillende, i den neste var andelen opp i 79%. Over 70% av kvinnene som skulle ta smertestillende utelukkende ved behov, valgte å benytte seg av det (16, 17). Dette støtter opp om behovet for å smertestille disse pasientene .

Alle pasientene i min studie fikk tre tabletter Diclofenac 50 mg og seks tabletter Pinex Forte med seg hjem. Alle rådes til å ta to tabletter Diclofenac og to tabletter Pinex Forte samtidig som de setter misoprostol. Dersom de føler behov, kan de etter tre til fire timer ta en ny tablett Diclofenac og to nye tabletter Pinex Forte.

Diclofenac er klassifisert som et ikke-steroid antiinflammatorisk legemiddel (NSAID). Virkningen av dette medikamentet er antipyretisk, antiinflammatorisk og analgetisk. Virkningsmekanismen er ikke klarlagt, men medikamentet hemmer prostaglandinsyntesen. Dette

medfører mindre sensitivisering av nociceptorer fra inflammatoriske mediatorer i inflammet vev, og gir en uttalt smertestillende effekt ved moderat og sterk smerte. NSAIDs har en rekke bivirkninger, spesielt gastrointestinale. Kvalme, magesmerter, dyspepsi, diare, kvalme og oppkast er vanlige, mens GI-blødninger og ulcus er mindre vanlige, men mer alvorlige bivirkninger. NSAIDs kan også forårsake hudutslett og bør ikke brukes hos pasienter med nyresvikt, da det kan forverre denne (18, 13).

Paracetamol er et av de mest brukte ikke-narkotiske analgetiske og antipyretiske medikamentene. Det kan kjøpes reseptfritt over disk. Paracetamol virker analgetisk både sentralt og perifert, og antipyretisk over varmereguleringssentert i hypothalamus. Indikasjonen for bruk er lette til moderate og kortvarige smerter, samt ubehag ved feber. Paracetamol påvirker ikke gastrointestinalslihinnen, slik som andre NSAIDs, og har få og sjeldne bivirkninger. Ved høye doser er Paracetamol levertoksisk (19, 13).

Pinex Forte er et blandingsmedikament med paracetamol og kodein; et opioidanalgetikum. Kodein har en sentral analgetisk effekt. Kodein absorberes bedre enn morfin oralt, men har 20% mindre analgetisk potensitet. Da de analgetiske effektene av kodein ikke øker med dosen, er medikamentet best egnet mot milde til moderate smerter. I motsetning til morfin, gir kodein lite eller ingen eufori, og er mindre avhengighetsdannende. Bivirkningene til Pinex Forte er i hovedsak gastrointestinale; kvalme og forstoppelse, men kodeinet medfører også respiratorisk depresjon og trøtthet (13, 20).

Ketogan er et kombinasjonspreparat med et narkotisk virkende opioidanalgetikum og et spasmolytikum. Virkningsmekanismen er analgetisk, respirasjonshemmende, sederende, sentralnervøse og spasmolytiske effekter. Vanlige bivirkninger er gastrointestinale, svimmelhet, eufori, respirasjonsdempning og sentralnervøse. Ketogan gis mot sterke smerter, det er vanedannende og bør dermed brukes med forsiktighet (21).

2.5 Oppfølging av medikamentelle aborter

2.5.1 Klinisk undersøkelse

I flere land, deriblant USA, er det rutine at kvinnene møter til en klinisk oppfølging etter gjennomgått svangerskapsavbrudd. Denne oppfølgingen innebærer en gynekologisk undersøkelse kombinert med graviditetstest og/eller ultralydundersøkelse (22). Pymar et al. har i en studie vurdert bruken av anamnese som prediktor for fullstendig abort. Det viste seg at klinikerne korrekt

diagnostiserte vellykkede svangerskap i 95% av tilfellene. Funnene ble bekreftet ved bruk av ultralyd (23). Dette betyr at anamnese alene er mer sikkert enn urintester for å fastslå en komplett abort (24), da sensitiviteten for urintesting av hCG er 97% (22). En studie fra USA (24) tok for seg gjennomførbarhet av telefonoppfølging for pasienter som har gjennomgått medikamentell abort. I denne studien ble det brukt et standardisert spørreskjema hvor kvinnene beskrev opplevelsen sin og svarte på spørsmål om kvittering, blødningsmengde, kramper, og graviditetsfølelse. Perriera et al. fant at både sensitiviteten og positiv prediktiv verdi av dette standardiserte spørreskjemaet var tilstrekkelig til å avgjøre om aborten var komplett. Dermed kunne de konkludere med at i de tilfellene både kliniker og pasient trodde svangerskapsavbruddet var komplett, hadde de nesten alltid rett (24).

Ved en gynekologisk undersøkelse vil klinikerens ved bimanuell palpasjon kjenne på størrelse og form på uterus. Undersøkelsen suppleres ofte med ultralydundersøkelse. Dette vil kunne bekrefte om uterus er tom og ingen annen behandling er nødvendig.

2.5.2 Ultralyd

Ved vaginal undersøkelse med ultralyd brukes en stavformet probe som føres inn i skjeden. Ved hjelp av ultralyd kan tykkelsen på slimhinnen måles, lokalisere og måle tykkelsen på eventuelle muskelknuter, visualisere eggstokkene, måle størrelse av uterus og se på innholdet der (25).

Ultralyd gir et umiddelbart resultat og er billig i de tilfeller hvor en ultralydmaskin er tilgjengelig. På den andre siden er det nødvendig med tilstrekkelig kunnskap om ultralydfunn etter medisinske abroter hos klinikerens. Da ultralydfunn kan være vanskelig å tyde, kan det hende at bruk av det som oppfølging vil kunne føre til økt andel av kirurgiske intervensjoner. En studie fra 2004 tok for seg 871 kvinner som hadde gjennomført medikamentell abort og så på de prognostiske verdiene av hCG og ultralyds evne til å forutse mislykkede aborter. Oppfølgingen med ultralyd ble gjort 14 til 16 dager etter aborten. Studien fant at median tykkelse på endometriet var større blant de med innkomplett abort enn blant dem med suksessfullt svangerskapsavbrudd. Ultralyd viste seg å ha en lav positiv prediktiv verdi på 0,07 til 0,30. De konkluderer dermed med at det ikke kan brukes som diagnostisk test (26).

2.5.3 Blodprøve med måling av serum-hCG:

Humant chorionic gonadotropin (hCG) har en viktig rolle i tidlig svangerskap. HCG produseres i, og sekreteres fra celler i det befruktete egget. Funksjonen til hCG er å opprettholde corpus luteum, slik at produksjonen av progesteron fortsetter. Progesteron er viktig for å opprettholde endometrieveggen slik at embryoet implanteres. Etter 8 dager kan man detektere hCG i maternelt

blod (27). Nivåene av hCG i maternelt blod øker gradvis, til det når en topp rundt 7-9 uker, før det synker frem til stabilt lavt i uke 18-20 (27).

Måling av hCG i blod brukes som graviditetstest. Den høye sensitiviteten til hCG gjør det mulig å detektere en graviditet allerede før bortfall av første menstruasjonsperiode. Allerede 8-10 dager etter ovulasjonen er hormonet detekterbart i maternelt blod (27).

Etter inntak av mifepriston fortsetter nivåene av hCG å øke de to dagene fram til inntak av misoprosol. Noen timer etter administrasjonen av misoprosol skjer det et fall i hCG (28). Studier har vist at konsentrasjonene av serum-hCG har falt med ca 99% ved dag 14 etter administrasjon av misoprosol. Studien viste også at fallet i hCG var uavhengig av om medikamentene ble administrert oralt eller vaginalt (28).

Det tar fra 23 - 44 dager før hCG forsvinner fra maternelt blod etter en kirurgisk abort (29). En medisinsk abort minner tett om en spontanabort, og hCG-nivåene faller mye raskere. Studier har vist at s-hCG-nivåene faller relativt fort etter indusering med mifepriston og misoprostol. Fiala et al (30). Fant i sin studie med 217 kvinner at hCG-nivåene droppet til 3% av verdien før aborten i tilfellene med suksessfull abort. Bare tre kvinner med komplett abort hadde hCG-nivåer over 17%. To av kvinnene i studien hadde fortsatte graviditeter, den ene hadde et hCG-nivå på 159% av nivåene fra den initielle verdien på dag 10, og den andre hadde 7900% av verdien på dag 8. To kvinner hadde missed abortions. En av disse kvinnene hadde fall i hCG på 91%, den andre på 3%. Studien konkluderer med at når 20% av den initielle hCG-verdien brukes som cut-off er den positive prediktive verdien på 0,995, og sensitiviteten på 98,5% (30).

Rutinene ved abortinngrep ved UNN Tromsø er at kvinnene tar en hCG-test i tillegg til ultralyd for å bekrefte graviditeten. Etter en hjemmeabort anbefales kvinnene å ta en blodprøve som sjekkes for hCG-nivåer. Det skrives rekvisisjon til dette, men kvinnene har selv ansvaret for å møte opp å få tatt denne blodprøven. Det anbefales ved UNN Tromsø at blodprøven tas etter 28 dager.

2.5.4 Urinprøvetakning av hCG

Flere studier har vist at urin-graviditetstester kan være et godt alternativ til oppfølging(22, 31, 31). Kvinnene kan selv utføre denne type oppfølging hjemme, og i telefonsamtale med helsepersonell få hjelp til å tolke resultatene av denne testen. Samtidig vil klinikerens stille spørsmål i telefonsamtalen, og dermed få kartlagt anamnesen og evt. komplikasjoner kvinnen kan ha gjennomgått ved inngrepet. Blum et al. (22) fant i sin studie ut at sensitiviteten og spesifisiteten til en slik urintest av hCG var høy. Sensitiviteten var 97% og spesifisiteten 100%. 58,1 % av kvinnene som tok denne undersøkelsen klarte å ta korrekt avgjørelse om behov for å oppsøke helsevesenet,

da testen viste grenseverdien, eller høyere. Flesteparten av kvinnene, 91%, oppga at testen var enkel å bruke. En av kvinnene i studien hadde en pågående graviditet etter abortforsøket. Dette tilfellet ble plukket opp av urintesten.

Denne typen test er enkel og bruke, og kan benyttes etter to uker. Dette fører til at kvinnene kan finne ut status etter inngrepet tidligere (31). En slik test vil gjøre det mulig for kvinner å selv gjøre oppfølgingen hjemme, og at bare de som trenger dette, pga positiv test eller klinikk, møter på sykehus til videre oppfølging.

3.0 Materiale og metode

3.1 Studietype og henting av informasjon

Dataene i denne studien er registrert prospektivt i journalsystemet DIPS. Før innføring av tilbudet om medikamentell hjemmeabort ved UNN Tromsø ble det utarbeidet et spesialark for å registrere data prospektivt. Dette skjemaet heter «journal ved begjæring av svangerskapsavbrudd», fylles ut av journalskrivende lege og lagres i elektronisk pasientjournal i DIPS. Informasjonen til denne studien er hentet fra dette skjemaet, sammen med andre kliniske opplysninger registrert av behandlende lege og sykepleier.

3.2 Registrering av pasienter/rutiner for provosert abort ved UNN Tromsø

Kvinner som ønsker å gjennomføre en abort oppsøker sin primærlege for en henvisning, og undertegning av «Begjæring av svangerskapsavbrudd». De kalles deretter inn til time ved Generell poliklinikk. Der utføres konsultasjon med lege hvor det gjøres gynekologisk undersøkelse og ultralyd for å tidsbestemme graviditeten. Standardisert skjema; «journal ved begjæring av svangerskapsavbrudd» fylles også ut av lege. Pasienter som er usikre tilbys samtale med sosionom. Dersom graviditeten er under 9 uker av varighet tilbys kvinnene muligheten for hjemmeabort. Ved denne timen, eller påfølgende dag utføres trinn 1 av abortprosessen, på Generell poliklinikk hvor pasienten får 200 mg mifepriston oralt. Dette tas med sykepleier tilstede. Dersom pasienten skulle kaste opp innen 1-2 timer etter inntak av mifepriston bes hun kontakte generell poliklinikk. Med seg fra poliklinikken får pasienten følgende medikamenter: Fire tabletter misoprostol 200 mg til å sette i skjeden, Tre tabletter Diclofenac 50 mg og seks tabletter Pinex Forte. Ved behov kan pasientene også få med seg Afipran 10 mg til å svelge eller 20 mg stikkpille.

Trinn to av abortprosessen foregår hjemme. Det anbefales fra sykehuset side å ha pårørende tilstede misoprostoldagen. Dette er også nedskrevet i informasjonsskrivet kvinnene får med seg fra klinikken. 36-48 timer etter inntak av mifeprison på sykehus, skal de fire tablettene misoprostol settes. Det anbefales at man gjør det kl.08.30. Samtidig med misoprostol skal man ta en tablett Diclofenac og to tabletter Pinex Forte, disse skal svelges. For å få best virkning bes det om at man holder sengen i 2 timer. Det bør brukes bind, ikke tamponger. Etter disse to timene bes kvinnene om å være i aktivitet og leve mest mulig normalt. Etter tre til fire timer kan de ta en ny tablett Diclofenac og to nye tabletter Pinex Forte ved behov. Etter klokken 12.00 misoprostol-dagen ringes pasientene opp av en sykepleier fra generell poliklinikk. Sykepleier bruker standardisert skjema, og spør om kvittering, smerter og hvorvidt pasienten er fornøyd med å gjøre aborten hjemme.

Pasienten får med seg et informasjonsskriv om å ta kontakt med vakthavende gynekolog

dersom:

- De ikke har abortert innen 24 timer etter tatt misoprostol
- Blør mer enn 6 nattbind på 2 timer
- Har kraftig blødning med klumper i mer enn 14 dager
- Har blødning som varer i mer enn 28 dager
- Har smerter som varer i mer enn 14 dager.
- Har feber (temperatur over 38 grader)

3.3 Seleksjonskriterier

Seleksjonskriteriene for denne studien er at kvinnene har fått en bekreftet graviditet ved ultralyd, og selv har valgt å utføre aborten hjemme, etter informert samtykke, samt at de hadde gestasjonsalder under 63 dager (9 uker).

Det er i perioden 12. Januar 2009 til 31. Desember 2011 registrert 1482 pasienter som tok kontakt med UNN Tromsø for gjennomføring av abortinngrep. Av disse er det registrert 161 pasienter som ønsker kirurgisk abort og 1251 pasienter som ønsket medisinsk abort. 70 pasienter fikk nemninnvilget abort. Av de 990 pasientene med gestasjonsalder under 9 uker, ønsket 605 pasienter å utføre medikamentell hjemmeabort. 24 av disse pasientene ble fjernet fra studianalysen på grunn av at de hadde ombestemt seg, eller manglende informasjon. 11 pasienter som fikk utført medisinsk abort hjemme hadde gestasjonsalder over 63 dager, og ble dermed også ekskludert fra analyseringen

Pasienter ble selektert ut som hjemmeabortinngrep ved at det i journalsystemet lå scannede medisinkurver med dokumentasjon om at medikamenter ble sendt hjem med pasienten, samt telefonnotat fra sykepleier den dagen misoprostol skulle administreres hjemme av pasienten.

3.4 Pasientkarakteristika

Kvinnenes alder ble regnet fra oppgitt fødselsdato til dato for abortinngrepet. Informasjon om tidligere sykdommer, prevensjon, paritet, tidligere graviditeter og aborter ble hentet fra standardisert skjema «Journal ved begjæring om svangerskapsavbrudd» som fylles ut ved alle legekonsultasjoner før provosert abort.

Resultat på klamydiatest ble tatt fra labarket med prøveresultater. Primærleger sender inn prøver til samme laboratorium som sykehuset, dermed hadde jeg også tilgang på resultater på

klamydiatester tatt av lege i primærhelsetjenesten. Der det ikke forelå noe resultat i perioden rundt abortinngrepet ble det antatt at prøve ikke ble tatt.

Sykemeldingsdager ble bare registrert i de tilfeller det ble skrevet ut sykemelding fra lege som arbeider ved UNN Tromsø for aktuelle inngrep, da det er disse som er registrert i journalsystemet DIPS. Jeg hadde ingen forutsetninger for å vite hvorvidt kvinnene hadde fått utstedt sykemelding fra egen lege, da dette ikke registreres i samme journalsystem.

3.5 Gestasjonsalder

Gestasjonsalder er både beregnet fra kvinnenes siste menstruasjons første dag (ikke oppgitt hos n) og ved ultralydfunn gjort av journalskrivende lege. Da ultralyd er satt til gullstandard, er det resultatet av denne undersøkelsen som er benyttet. Der det ikke nærmere ble spesifisert i kommentarfelt, ble antall dager satt til 0. Hos 7 kvinner er det ikke registrert gestasjonsalder etter ultralydundersøkelse. Hos disse kvinnene er gestasjonsalder regnet ut fra siste menstruasjons første dag.

3.6 Komplikasjoner

Komplikasjoner ble delt inn i gruppene; ufullstendig abort, infeksjon, revisio og cytotektrengende rester. Det er ingen forutsetninger for å vite om noen kvinner har tatt kontakt med, og blitt behandlet av egen primærlege med følger av dette svangerskapsavbruddet. Da UNN Tromsø er regionalsykehus og mottaker av henvisninger fra disse primærlegene er det nærliggende å tro at pasienter med komplikasjoner ville blitt henvist hit, og dermed journalført i sykehusets system med tilsyn av lege her. Dermed ble kvinner der det ikke er registrert kontakt med sykehuset med abortrelaterte plager etter inngrepet ansett som ukomplisert prosedyre. I de tilfellene der kvinner hadde tatt kontakt med sykehuset etter inngrepet ble det sett på polikliniske notater og epikriser for å fastslå type komplikasjon.

3.7 Blødning

Da blødning er en forventet og ønsket effekt av inngrepet har jeg valgt og ikke ta blødninger inn under komplikasjoner. Vurdering av mengden blødning ble gjort fra sykepleiers telefonnotat fra «misoprostoldagen», hvor pasientene spørres om å beskrive blødningsmengde, og i de tilfeller blødningsmengde har kommet fram ved rekontakt ved gynekologisk avdeling. Blødning

vedvarende over 28 dager ansees som «forlenget blødningsperiode». Dette opplyses pasientene om ved skriv utlevert ved konsultasjonen. Alle pasientene hvor det er rapportert blødning utover 28 dager er registrert med «forlenget blødningsperiode». Der kvinnene ikke tok kontakt vedrørende blødning ble blødningsperiode satt til normal.

3.8 Bruk av antibiotika

Antibiotikabruk ble bare registrert hvis det ble gitt i forbindelse med en komplikasjon, eller mistanke om komplikasjon. Det ble ikke registrert i de tilfeller hvor det ble utlevert hos klamydiapositive.

3.9 Bruk av smertestillende

Alle kvinnene fikk med seg smertestillende i form av; 3 tabl. Diclofenac 50 mg og 6 tabl Pinex Forte. Alle ble rådet til å samtidig med misoprostol også ta 1 tabl. Diclofenac og 2 tabl. Pinex Forte, disse skal svelges. Etter 3-4 timer kunne de ta en ny tabl. Diclofenac og 2 nye tabl. Pinex Forte ved behov. Da der ikke er noen registrering for hvor mange som tok den anbefalte dosen, og hvor mange som brukte noe utover dette, enten av medsendte tabletter eller egenkjøpte smertestillende, er ekstra smertestillende regnet som smertestillende forskrevet av lege utover det alle fikk medsendt.

3.10 Oppfølging

Rutine ved UNN Tromsø er at det rekvireres hCG-test som kvinnene anmodes å ta 28 dager etter inngrepet. De kalles ikke inn til dette, og har selv ansvaret for å få dette gjort ved prøvemottaket UNN eller hos egen lege. Det tas utgangspunkt i at alle kvinnene fikk rekvisisjon for å ta blodprøven. Svar fra prøver tatt ved sykehuset og hos primærlege i regionen registreres i samme journalsystem, altså vil svar på denne prøven i journalen bekrefte om kvinnen har møtt opp til testen eller ikke. I retningslinjene aksepteres hCG opp til 140 IU/L som negativ test. Alt under dette ble ansett som normal - negativ. I de tilfellene kvinnene har måtte ta flere tester grunnet forhøyet resultat ved første taking, er det resultatet av første test (etter 28 dager) som er gjeldende.

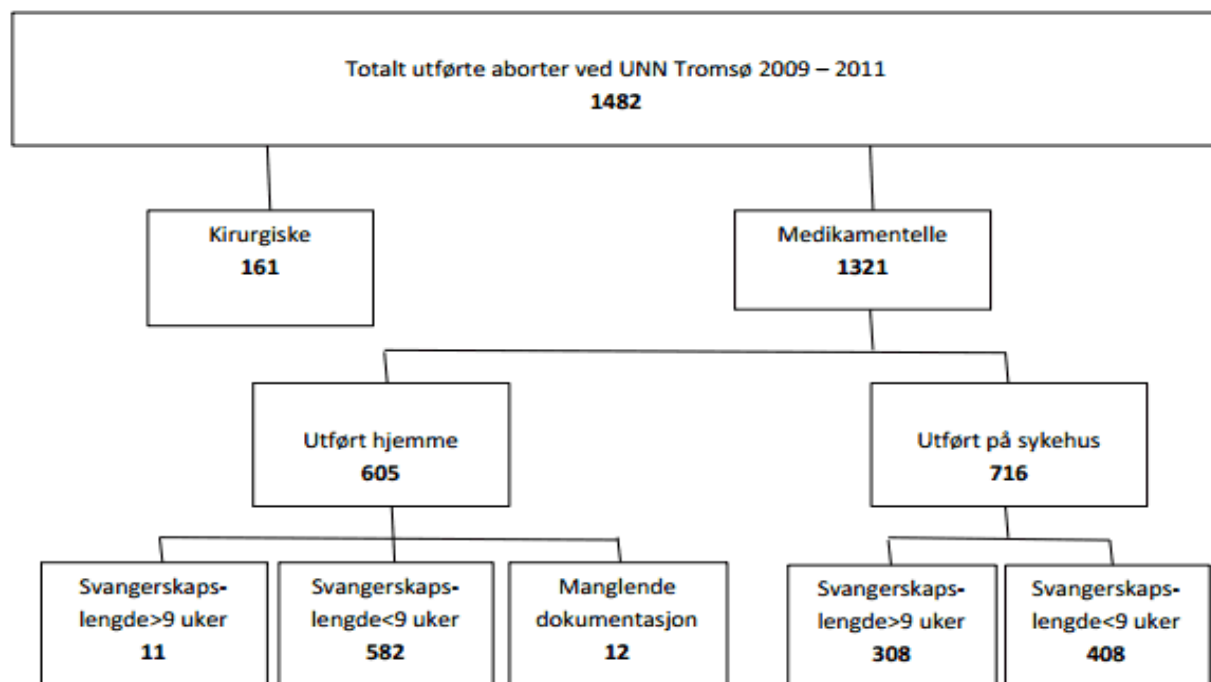
3.11 Artikkelsøk

Artikler er innhenta ved søk i PubMed, MEDLINE og i arkivet for tidsskrift fra den norske Legeforening. I tillegg har jeg fått anbefalt og utlevert artikler fra veileder.

3.12 Analysering av data

Data er samlet i database og analysert ved bruk av statistical package for social science, SPSS for Mac, versjon 21. Forskjellen mellom ulike grupper i populasjonen ble analysert ved bruk av krysstabell og kjikvadrattest, samt one-way Anova for kontinuerlige variabler. P-verdi under 0,05 var ansett som signifikante.

4.0 Resultater:



1482 pasienter ble henvist til gynekologisk avdeling UNN Tromsø for gjennomføring av abort i tidsperioden 12.01.09 til 31.12.11. Av disse valgte 161 kirurgisk abort, og 1321 medikamentell abort. Av de 990 som hadde svangerskapslengde under 9 uker, ønsket 605 å utføre medikamentell hjemmeabort. Av disse var det elleve pasienter med svangerskapslengde over 63 dager. Da retningslinjene ved UNN Tromsø fastslår at hjemmeabort skal tilbys de med svangerskapslengde under 63 dager, ble disse ekskludert fra analysen. Dokumentasjon mangler hos 12 Pasienter. Dermed ble data fra 582 pasienter tatt med i analysen.

4.1 Pasientkarakteristika:

Viser til tabell 1. Av 22 pasienter som testet positiv på klamydia var bare en pasient i tenårene. Av de klamydiapositive var 90,9% (20/22) i 20-årene, og en var i 30-årene. Av de klamydiapositive kvinnene brukte 50% (266/582) noen form for prevensjon. Informasjon om prevensjonsbruk var ikke oppgitt hos en kvinne. Av alle pasientene oppga 44,5% (256/582) å ha brukt prevensjon i perioden for graviditeten. Flestparten, 18,2% (106/582), brukte P-piller eller minipiller, mens 17,2% (100/582) brukte kondom. Prevensjonsbruk var ikke oppgitt hos 5 pasienter. For fullstendig oversikt over prevensjonsbruk se tabell 2.

Gjennomsnittlig gestasjonsalder var 48,5 dager, laveste syv dager og høyeste gestasjonsalder 63 dager. Hos syv pasienter var gestasjonsalder ikke registrert bekreftet med ultralyd, men beregninger fra siste menstruasjons første dag plasserte alle under 63 dager.

Tabell 1: Pasientkarakteristika for kvinner som fikk utført medikamentell hjemmeabort ved UNN. Data presenteres som median (variasjon) eller prosent (antall).

Variabel	Resultat
Alder	28 år (15-48)
Tenåringer	8,00%
20-40	84,50%
Over 40	7,50%
Gestasjonsalder	49 dager (7-63)
Paritet	60,6% (0-5)
Nullipara	39,40%
Tidligere gravida	78,2% (1-11)
Tidligere abort prov.	52,9% (1-6)
Klamydiapositive	3,75%
Ikke sjekket for klamydia	7,50%
Prevensjonsbruk (se tabell 2)	44,90%

Tabell 2: Prevensjonsbruk blant kvinner som fikk utført medikamentell hjemmeabort ved UNN.

Data presenteres som prosent (antall).

Variabel	Resultat
Ingen prevensjonsbruk	55,5% (323)
«Sikre perioder»	1,4% (8)
Avbrutt samleie	0,9% (5)
P-ring	0,5% (3)
P-stav	0,2% (1)
Kondom	17,2% (100)
Pessar	0,2% (1)
P-pille/minipille	18,2% (106)
P-plaster	1,5% (9)
Spiral	0,5% (3)
Sterilisert mann	0,3% (2)
Sterilisert kvinne	0% (0)
P-sprøyte	0,5% (3)
Nødprevensjon	1,9% (11)
Ikke oppgitt	1,2 % (7)

4.2 Behandlingsresultat

Suksessraten for behandlingen var 99,3%. Av alle inngrepene antas 91,1% (530/583) som vellykkede avsluttete svangerskap, uten komplikasjoner, enten ved ingen rekontakt, eller rekontakt med bekreftet avsluttet graviditet. Ikke hos noen av disse kvinnene er det dokumentert (i vårt journalsystem) en fødsel 7-8 mnd etter kontakt om abort. Fortsatt graviditet ble registrert hos fire pasienter.

4.3 Komplikasjoner

Totalt har jeg registrert 52 pasienter med komplikasjoner, 8,9%. Det var bekreftet intrauterine rester som behøvde revisio hos 3,3% (19/582) av pasienten. Ingen kirurgisk behandling var nødvendig for de resterende 96,7% (563/582). 25 pasienter (4,3%) fikk misoprostolbehandling for intrauterine rester. Antibiotikabehandling ble gitt til 1,9% (11/582) av pasientene ved bekreftet eller mistenkt infeksjon. Tabell 3 viser komplikasjonene.

Tabell 3: : Registrert komplikasjoner blant kvinner som fikk utført medikamentell hjemmeabort ved UNN. Data presenteres som prosent (antall).

Variabel	Resultat
Ingen komplikasjoner	91,1 % (530)
Failed abortion	0,7% (4)
Revisio	3,3% (19)
Infeksjon	0,7% (4)
misoprostoltrengende rester	4,3 (25)

4.4 Blødninger

Pga den manglende etterkontrollen ved medikamentelle hjemmeaborter er det ingen mulighet til å registrere antall blødningsdager. Pasientene ble informert om normal blødningstid er 28 dager. 50 (8,6%) pasienter tok kontakt med blødning utover dette. Blødningsmengde over «normal menstruasjon» er registrert hos 5% (30/582) av pasientene, to av disse pasienter ble innlagt med transfusjonstrengende blødninger.

4.5 Bruk av smertestillende medikamenter

Smertestillende utover det alle fikk med seg hjem ble gitt til 2,8% (16/582) av kvinnene.

Majoriteten av disse fikk paracetamol (5/16) og NSAID (5/16). samt Paralgin Forte (4/16). To pasienter hadde behov for ketogan.

4.6 hCG:

Resultat på oppfølgingsblodprøven er registrert hos 59,6% (347/582) av pasientene. Av disse var det 3,6% (21/593) positive tester med hCG over 140 IU/L. Av testene med utfall over 140 IU/L er det registrert ni pasienter med komplikasjoner. Dermed hadde 42,8% av de med positiv test komplikasjoner. Det ble dermed vist en signifikant ($P < 0,05$) sammenheng mellom pasienter med positiv hCG etter 28 dager og komplikasjoner etter inngrepet. I tenåringsgruppen møtte 55,3% til oppfølgingsblodprøven. Oppmøtet blant tjueåringene var 54,7%, blant trettiåringene 64,6%, mens 79,5% av førtiåringene møtte til blodprøven. Gjennomsnittsalder på de som møtte til hcg-testing var 29 år. Oppmøte til oppfølgingsprøven hadde sammenheng med alder ($P < 0,05$); økende alder ga økende oppmøte til blodprøven. Det ble også vist signifikant ($p < 0,05$) forskjell i oppmøte til oppfølgingsprøven, mellom de pasientene som tidligere hadde gjennomført provoserte aborter og de som ikke hadde gjort det. Av de som hadde gjort tilsvarende inngrep tidligere, møtte 50,5% opp til oppfølgingsblodprøven, mens 67,5% av de som ikke hadde tatt abort tidligere tok hCG-prøven.

5.0 Diskusjon:

Det er fra tidligere publisert flere med studier om medikamentelle aborter både i inn og utland. Det er foreløpig ikke publisert noen studie som tar for seg hjemmeaborter i Norge. I 2010 ble det publisert en studie fra Karolinska instituttet i Stockholm som sammenliknet hjemmeaborter hos pasienter med gestasjonsalder 50-63 med pasienter med gestasjonsalder under 50 dager (33). Det har vokst fram en trend for å ta abortbehandling ut av sykehus og nærmere kvinnene som ønsker denne behandlingen. I de senere år har det derfor vært gjort flere studier som ser på mulighetene for å gjøre abortinngrep og oppfølging av denne utenfor sykehus. En slik endring i behandlingstilbudet fører til bedre tilrettelegging for pasientene.

I denne studien har jeg funnet at suksessraten var 99,3 %, og at andelen komplikasjoner som følge av medikamentell hjemmeabort er lav, med 8,9 %. Av alle kvinner som var under 9 uker gravid, og hadde muligheten for å velge hjemmeabort, valgte 62% å utføre aborten hjemme. Dette forteller at hjemmeabort er en metode som er akseptabel for kvinnene, og å foretrekke for flesteparten. Det virker til at komplikasjoner som følge av inngrepet fanges opp enten ved oppfølgingsblodprøve, eller at kvinnene selv tar kontakt med helsevesenet dersom de opplever symptomer. Færre kvinner enn jeg hadde regnet med møtte til oppfølgingsblodprøven. Dermed kan det være muligheter for å vurdere bedre rutiner angående oppfordring til å ta denne, eller annen oppfølging som mulig kan øke andelen. Likevel ser det ut til at de kvinnene som trenger medisinsk hjelp i etterløpet av inngrepet kjenner sin kropp godt nok til å søke denne, da det ikke ble registrert noen kvinner med komplikasjoner etter denne blodprøven skulle vært tatt.

Alle data i studien er registrert prospektivt i journalsystemet DIPS. Dette bidrar til en større sikkerhet om at de data som er registrert er korrekte, og færre tilfeller av bias. Da studien har funnet sted etter at alt materiale er samlet, har det vært en del ting det ikke har vært mulig å finne svar på i samme grad som det ville ha vært hvis studien pågikk parallelt med inngrepene. Jeg har måttet forholde meg til den informasjonen som har vært registrert for opptil 4 år siden, uten mulighet for å kontakte individene eller behandlerne for ytterligere informasjon. På grunn av dette bygger en del data på antagelser. Dette være seg for eksempel at ingen rekontakt etter inngrepet gir antagelse om at inngrepet var vellykket.

Hjemmeabort er primært tilbud til abortsøkende kvinner under 9 uker ved UNN Tromsø, likevel er det pasienten selv som har valgt å gjennomføre denne aborten hjemme. Det har ikke vært utført noen randomisering. Tidligere studier har vist nettopp det at kvinners mulighet til selv å velge metode for svangerskapsavbrudd påvirker kvinnenes akseptabilitet og tilfredshet med behandlingen (34). Det er ikke andre bestemmelser enn at kvinnen må ha en graviditet kortere enn 63 dager for å

få fullføre aborten hjemme, men det rådes at kvinnene tidligere har vært gjennom et tilsvarende inngrep, eller en fødsel. Dette kan ha medført at det i denne studien er en populasjon med høyere andel kvinner med tidligere pariteter og aborter. Dette kan ha vært med på å påvirke andelen komplikasjoner, og dermed ikke gjøre det helt sammenlignbart med studier gjort av medikamentelle aborter i sykehus.

5.1 Pasientkarakteristika

Pasientgruppen min består i hovedsak av kvinner i alderen 20 til 40 år. Median alder er funnet til 24 år, noe som er forenelig både med landsgjennomsnittet (SSB) og gjennomsnittet i andre studier om dette temaet (22, 34, 35). Gjennomsnittsalder i min undersøkelse er 3 år lavere enn i Bergensstudien fra Bjørge et al(34), men gestasjonsalder lå i samme område i de to studiene, med henholdsvis median gestasjonsalder 50 dager i Bergensstudien og 49 dager i min studie. Differansen mellom lavest og høyest gestasjonsalder var mye større i min studie, med et sprang fra 7 dager til 63 dager, enn i Bergensstudien hvor laveste gestasjonsalder var 33 dager, og høyeste 63 dager. I teorien kan dette ha påvirket resultatet, da studier har vist at komplikasjoner øker med gestasjonsalder.

Andelen av mine pasienter som tidligere har født barn, eller hatt provoserte aborter, er noe høyere enn andelen som har gjort dette i Bergensstudien. I Bergensstudien var 39,9% av pasientene primigravida, mot 21,8% i min studie. Over halvparten av pasientene i min studie hadde tidligere gjennomgått en provosert abort (52,9%) mot 30,1% i studien fra Bjørge et al. (34). Årsaken til dette kan være at denne studien tar for seg hjemmeaborter, mens Bergensstudien tar for seg aborter i sykehus. Det er ikke noe formelt krav, men en anbefaling at de pasientene som gjennomgår aborten hjemme helst skal ha hatt tidligere svangerskapsavbrudd eller fødsler. Det kan også være tilfellet at kvinner som har vært gjennom noe tilsvarende før, føler seg tryggere på å gjennomgå inngrepet utenfor sykehuset, og dermed i større grad velger å gjennomføre aborten hjemme.

Nesten halvparten av pasientene oppgir å ha brukt prevensjon i perioden de har blitt gravide. Andelen av prevensjonsbruker er ganske høy, med 44%. Pearl-indeks på kombinasjonspille er 0,2-0,4, og dermed regnet som ganske sikker. Dermed er det antatt at de fleste graviditeter hos kvinner på p-piller skyldes bruksfeil, heller enn metodefeil. På den andre siden av skalaen har man spiraler, hvor uønskede graviditeter nesten alltid skyldes metodefeil (7). Den høye registrerte andelen prevensjonsbruk kan skyldes at registreringen ikke er spesifikk nok, og at kvinnene har oppgitt hvilken prevensjonstype de benytter seg av i perioden, og ikke nødvendigvis hvilken prevensjon de benyttet da befruktningen fant sted. Det har for eksempel ikke blitt registrert hvorvidt noen har hoppet over eller glemt P-pillen/minipillen eller vært syke med diare og oppkast som kunne ha satt

ned virkningen av tablettene. Når det gjelder kondom er det ingen informasjon om bruk og oppbevaring har vært forsvarlig og i henhold til datomerking. At prevensjonsbruken er noe høy i denne gruppen er ikke så overraskende, da kvinner som søker abort er kvinner som ikke ønsker en graviditet. Kvinner som ikke ønsker en graviditet benytter seg gjerne av prevensjon.

I 2011 ble det diagnostisert 22530 tilfeller av genitale klamydiainfeksjoner i Norge. Antall tilfeller er stabil høy, og har ikke endret seg siste par år. De har de siste årene vært et fall i forekomsten blant tenåringer, samtidig som man har sett en økning i forekomst i aldersgruppen 20-24 år. Hoveddelen av de smittede, 68% er under 25 år. I min pasientgruppe utgjør de under 25 år 50% av tilfellene, og er dermed noe lavere enn tallene for hele landet sett under ett. Årsaken kan være at studien min inneholder flere pasienter over 25 (63,6%) enn under 25 (36,4%). Dermed blir det flere muligheter for positive prøver i gruppen over 25, og dette kan forskyve resultatet.

Troms er det fylket med høyest insidens av klamydiasmitte, med 680/100000 tilfeller i 2011 (36). Dermed er andelen i min populasjon, på 3,7% flere ganger høyere enn i den generelle befolkningen. Årsaken til dette kan ligge i seleksjonskriteriene til populasjonen min. Den består utelukkende av kvinner i fertil alder, som har hatt ubeskyttet seksuell aktivitet. Dermed er dette en populasjon bare bestående av risikogrupperne man finner ellers i samfunnet; kvinner, unge og seksuelt aktive.

I studien min har 92,5% av kvinnene testet seg for klamydia, i forhold til 8,4% av hele befolkningen i 2011. Da de genitale klamydiainfeksjonene i hovedsak er asymptomatiske, og de fortsetter å spre seg, er det nærliggende å tro at andelen smittede i befolkningen er mye høyere enn tallene vi har tilsier.

Hvis man sammenlikner med andre studier av samme type populasjon, abortsøkende kvinner, finne man også høyere andel av klamydiasmitede kvinner enn i den generelle befolkningen. En studie fra UNN, publisert i 1997, viste at 8,4 % av kvinnene som søkte abort i første trimester var smittet med klamydia (37). Dette er lavere enn prosentandelen funnet i min studie. I denne studien var alle testet for klamydia. Rutinene fastslår at det skal gjøres klamydiatester på alle pasientene. Dette har ikke vært gjort på 7,5% av pasientene i min studie. Det er ingen kjent årsak til hvorfor noen pasienter ikke har latt seg teste. En kan tenkes til at disse har hatt tester senere tid, eller av egne årsaker føler seg «sikre» på at de ikke har diagnosen. Dermed kan det være at andelen smittede er mindre i den gruppen som ikke har latt seg teste. Dermed kan det være at andelen klamydiasmittete i hele populasjonen også er noe mindre enn de tallene jeg har fått framstilt. Det har vært sjekket laboratorieark på alle pasientene, og dermed vært fanget opp svar som kom noen dager senere enn konsultasjonen ved sykehuset. Dermed kan det trekkes slutning om at det gjøres rutinebrudd ved sykehuset.

5.2 Behandlingsresultat og komplikasjoner

Andelen svangerskapsavbrudd i denne studien er 99,3%, hvorav 91,7% av kvinnene hadde en fullstendig abort uten komplikasjoner. Kallner et al. (32) fant i sin studie fra Sverige en suksessrate på 98% hos de med gestasjonsalder under 50 dager, og 96,9% hos de med gestasjonsalder over 50 dager. Komplikasjonsraten i den svenske studien var på 8,1%, noe som tilsvarer komplikasjonsraten i denne studien. Mine tall er også tilsvarende data fra en tidligere studier av norske kvinner som har gjort medikamentell abort på sykehus (38, 34) Bjørge et al (34) rapporterte om en suksessrate på svangerskapsavbrudd på 99,5 %, hvorav fullstendig abort uten behov for senere kirurgisk intervensjon, ble registrert hos 95 % av kvinnene. Dette oppgir en noe høyere suksessrate enn min studie, men tar for seg færre individer og et kortere tidsforløp.

En metaanalyse for medisinske aborter publisert i 2000 (39), viste at suksessraten ved medikamentelle aborter er avhengig av gestasjonsalder. Ved gestasjonsalder under 50 dager var suksessraten på 94-96 %, ved gestasjonsalder 50-56 dager var suksessraten 91 % , mens ved gestasjonsalder over 56 dager var utfallet avhengig av medikamentvalg. Mifepriston/misoprostol ga en suksessrate på 85%. I min studie har jeg ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom gestasjonsalder verken ved tilfeller av komplett abort eller komplikasjoner. Mine tall viser en suksessrate for abort uten behov for kirurgisk intervensjon for de med gestasjonsalder under 50 dager på 96,8%, og 94,1% hos de med gestasjonsalder 51-63 dager. Forskjellen er ikke signifikant. I gruppen med gestasjonsalder under 50 dager var 90,6% av inngrepene komplikasjonsfrie, mot 89,2% hos de med gestasjonsalder over 50. Forskjellen her var heller ikke signifikant. Komplikasjoner forekom hyppigst hos de med gestasjonsalder på 56 dager, med ti tilfeller.

Fire kvinner (0,7%) viste seg å ha fortsatt svangerskap. I studien fra Bjørge et al (34) er tallet lavere (0,46%), med bare en pasient med fortsatt svangerskap, men som nevnt tidligere er dette en mindre studie med færre pasienter. Tre av kvinnene med fortsatte svangerskap i min studie fikk prostaglandinanalogue etter 56. dagers gestasjonsalder. Alle disse kvinnene behøvde revisio. Av kvinnene som måtte gjennomgå revico var 56% kvinner med gestasjonsalder over 50 dager. Dette er i tråd med det andre studier har vist om gestasjonsalders påvirkning av suksessrate for svangerskapsavbrudd (33).

Suksessraten er avhengig av flere faktorer utover gestasjonsalder. For eksempel kriterier man legger til grunn for diagnose, tiden man velger å vente på fullstendig tømning av uterus, erfaringer til den enkelte legen på vakt, og legens terskel for å gjøre intervensjon. Årsaken til at suksessraten i min studie er såpass høy kan skyldes flere av disse faktorene. Den geografiske utbredelsen til UNN Tromsøs nedslagsområde er stor, med lange veier til sykehus. Dette kan bidra til å påvirke legens terskel for intervensjon, og i vårt tilfelle da ha økt denne. Transvaginal ultralyd er en god metode

for å påvise rester i cavum uteri, og tilbys ikke som rutinekontroll ved UNN Tromsø. Dersom ultralyd hadde vært brukt rutinemessig ved medikamentelle hjemmeaborter i Tromsø, kunne det bidratt til at flere pasienter fikk påvist rester og dermed gjennomgikk revicío.

Infeksjon, endometritt, er en uvanlig komplikasjon etter medisinsk abort, med ca 0-1% (9). Jeg registrerte 11 pasienter, 1,9% som fikk antibiotika grunnet infeksjon. Dett omfatter alle kvinner som hadde infeksjonstegn og ble behandlet med antibiotika i etterkant av svangerskapsavbruddet. Andelen antibiotikabehandlede er tilsvarende andelen funnet i den svenske studien fra Kallner et al. (33), hvor de rapporterte 1,8%. I forhold til andre norske studier gjort på pasienter som aborterte på sykehus, er denne prosentandelen noe høy. Det kan være at det har vært brukt en noe vid definisjon av endometritt, og dermed muligens årsaken til at forekomsten i denne studien er noe høyere enn i tidligere nevnte norske studier (34, 40). Årsaken til at man ved UNN Tromsø har valg å være mer liberal med diagnosen endometritt kan være begrunnet i lange avstander til sykehus.

Den første reviewen som sammenliknet utfallet av medisinsk abort gjort i hjemmet med medisinsk abort gjort i klinikk konkluderer med at det ikke finnes noen bevis på at hjemmeaborter en mindre effektive, farligere eller mindre akseptert blant kvinnene enn medikamentelle aborter gjort på sykehus (41). Komplikasjoner som følge av medikamentelle hjemmeaborter er sjeldne, og de fleste studier viser en suksessrate på over 90% (33, 34, 38, 39). Pasientene som utfører hjemmeaborter viser seg også i stor grad å være tilfredse med metoden og informasjonen de har mottatt. I de fleste tilfeller svarer disse pasientene at de ville valgt samme metode også ved en senere hypotetisk abort (41, 42, 43, 44).

Pasienter som velger å utføre aborten i klinikk vil observeres der i 3-4 timer. Komplikasjonen som kan forekomme i denne perioden er akutte blødninger. For de pasientene som utsettes for dette ville det være en fordel å oppholde seg i sykehus. Men dette er en sjelden komplikasjon som forekommer i under 1/500 tilfeller (41). De fleste komplikasjoner pasientene kan oppleve ved inngrepet manifesterer seg ikke de første 3-4 timene etter aborten. Dermed vil kvinnene som velger å gjennomføre aborten i klinikk også være hjemme, med de samme ressursene, når eventuelle komplikasjoner forekommer og dermed ikke ha noen redusert risiko (41). Emosjonell støtte fra fagarbeidere i det Misoprostol administreres kan være til hjelp for noen kvinner, men studier har vist at kvinner som føler tryggheten med å utføre inngrepet i sitt eget hjem kan ha høyere suksessrate for aborten og mindre behov for smertestillende (41, 45).

Retningslinjene for medikamentelle hjemmeaborter fester at kvinnen ikke skal bo lenger enn 90 minutter transport unna sykehuset. Man forutsetter at disse retningslinjene er fulgt. Unn Tromsø vil dermed være lokalsykehuset for pasientene behandlet i denne studien og kvinner med komplikasjoner til aborten ville naturlig henvendt seg her, eller blitt henvist av sin primærlege hit.

Likevel kan det ikke helt utelukkes at ikke noen av kvinnene denne studien har registrert som komplikasjonsfrie, har hatt en komplikasjon de har håndtert et annet sted, enten i primærhelsetjenesten eller ved annet sykehus.

5.3 Blødning

Blødning er en forventet konsekvens av medikamentelle aborter. Det er nødvendig med en blødning for å oppnå et vellykket svangerskapsavbrudd. På grunn av kvinnene i denne studien ikke har blitt bedt om å rapportere inn blødningsdager, og det heller ikke er en fastsatt oppfølgingskonsultasjon etter aborten, har jeg ingen forutsetninger for å vite hvor lenge hver enkelt kvinne har blødd. Dermed er det ikke registrert noe antall blødningsdager. De kvinnene som har tatt kontakt med blødning utover 28 dager har blitt registrert som «forlenget blødning», men heller ikke hos disse har det vært registrert antall dager blødningen har vedvart. 50 (8,6%) pasienter tok kontakt med blødning utover 28 dager. Ved telefonkonsultasjonen har noen kvinner uttrykt en blødning sterkere enn vanlig menstruasjon, men informasjon om dette er ikke registrert hos de fleste pasientene. Blødningsmengde over «normal menstruasjon» ble beskrevet av 5% (30/582), to av disse pasienter ble innlagt med transfusjonstrengende blødninger. I studien til Bjørge et al fant man kraftig blødning hos 23,9 % de første timene etter administrasjon av misoprostol, og hos 13 % de første dagene etter svangerskapsavbruddet (34). I andre store studier er blødninger sterkere enn menstruasjon rapportert hos langt flere kvinner, opp mot 93% studien til Fiala et al. fra Sverige, og 74% i en stor studie fra Kina, Cuba og India (46).

Bergensstudien til Bjørge et al er gjort i klinikk, dermed har registrering av blødningsmengde vært mulig hos alle pasientene. Det er nærliggende å tro at den egentlige andelen av kvinnene i min studie som opplevde blødninger sterkere enn menstruasjon er høyere enn den jeg har funnet. På grunn av at kvinnene har en forventning om at de skal blø kraftigere enn vanlig, og over en lengre periode, er det nærliggende å tro at flere kvinner som har opplevd kraftigere blødning enn normal menstruasjon ikke har tatt kontakt med lege grunnet dette. I en studie fra Storbritannia ble kvinnene spurt om blødningsmengden de opplevde i forhold til forventingene; 28% rapporterte blødninger som var mindre enn de forventet, 35% opplevde blødninger som forventet og 30% hadde sterkere blødninger enn forventet (47). Median varighet på blødninger i Bergensstudien til Bjørge et al var på 14 dager (variasjon 2-100) (34).

I min studie har jeg registrert 2 pasienter, altså 0,34%, med behov for blodtransfusjon. Dette er mer enn det som er rapportert i studien til Kallner et al. der de ikke opplevde noen tilfeller av transfusjonstrengende blødninger (33).

I en studie fra Vietnam ble blødningsmønsteret sammenliknet mellom pasienter som utførte

aborten hjemme og pasienter som utførte den i klinikk. Det ble funnet tilnærmet likt blødningsmønster, med en litt høyere andel dager med spottblødninger hos pasientene som hadde utført siste del av inngrepet hjemme (43).

Bløding er nok dermed underrapportert i min studie, i henhold til andre studier. Selv om andelen trengende av blodtransfusjon er høyere enn i andre studier, er dette snakk om to pasienter, og dermed ikke stort nok grunnlag til å trekke generelle konklusjoner om at hjemmeabort øker blødningsfaren. Disse kvinnene tok selv kontakt med spesialisthelsetjenesten og fikk rask behandling. Således virker det ikke til å være noen større blødningsfarer ved hjemmeabort.

5.4 Bruk av smertestillende

Smerter er også en ventet bivirkning av prostaglandinanaloger. Dette skyldes kontraksjonen av uterus.(tidl. Ref.) Smerte oppleves subjektivt og har ikke blitt registrert i denne studien. Alle kvinnene får med seg tre tabletter Diclofenac 50 mg og seks tabletter Pinex Forte hjem. Alle ble rådet til å samtidig med misoprostol også svelge en tablett Diclofenac og to tabletter Pinex Forte. Etter tre til fire timer kunne de ta en ny tablett Diclofenac og to nye tabletter Pinex Forte ved behov. Det har ikke blitt registrert hvor mange kvinner som har benyttet seg av alle de medsendte smertestillende tablettene. Det er heller ikke registrert hvor mange som eventuelt har benyttet seg av andre tabletter, enten reseptfrie, eller forskrevet til annet bruk. Det som imidlertid har blitt registrert er der hvor kvinnen har fått utlevert eller forskrevet andre smertestillende medikamenter grunnet dette inngrepet, av lege på UNN Tromsø. 16 pasienter (2,8%) hadde behov for ytterligere smertestillende forskrevet av lege. I hovedsak fikk pasientene utskrevet/utlevert paracetamol, NSAID eller ytterligere Paralgin Forte. To av pasientene hadde behov for ketogan. I Bergensstudien fikk 40% av kvinnene opiater på sykehuset. Dette er betydelig høyere enn tallene fra min studie. En av årsakene til dette kan være ulikhetene i pasientgruppene. Pasientene i Bergensstudien skiller seg fra min pasientgruppe ved at betydelig flere av pasientene i min studie har hatt tidligere graviditeter og provoserte aborter. I Bergensstudien var 39,9% av pasientene primigravida, mot 21,8% i min studie. Over halvparten av pasientene i min studie hadde tidligere gjennomgått en provosert abort (52,9%) mot 30,1% i studien fra Bjørge et al. Ulike studier har funnet at tidligere fødsler og aborter er forbundet med mindre bruk av opiater (17). Pasienter som gjennomgår hjemmeaborter har oftere hatt tidligere fødsler eller provoserte aborter. Dette kan være en av årsakene til at bruken av smertestillende var lav.

En metaanalyse av studier av flere hjemmeaborter har konkludert med at kvinner som gjennomgår aborten hjemme, i gjennomsnitt har smerter som varer i 0,3 dager lengre enn kvinner som velger å gjøre aborten på sykehus. Andre observasjoner foreslår at kvinner som gjennomgår

aborten i sine egne hjem har en høyere suksessrate og potensielt har lavere forbruk av smertestillende (41). En studie fra USA som tar for seg analgetikabruk ved medikamentelle aborter, slår fast at 79% av kvinnene i studien hadde behov for opioidanalgetika (17).

Rutinene ved UNN Tromsø er å råde kvinnene i å ta to tabletter Diclofenac og to tabletter Pinex Forte som premedikasjon mot smertene. Studien fra USA viste at 91% av kvinnene som fikk råd om premedisinering brukte opioidanalgetika, mot 73% av kvinnene som fikk råd om å ta smertestillende ved behov (17). Dermed kan det være at forbruket av smertestillende som Pinex Forte er høyere i denne pasientgruppen enn det behøver å være. Bruken av smertestillende utover dosen pasientene får med seg hjem er lav. Det kan skyldes at terskelen for å gi opiater er høyere blant legene på UNN, eller at kvinnene har høyere terskel for å be om dette. Det at kvinnene befinner seg i egne hjem kan medføre økt terskel for å ta kontakt med helsepersonell for å få utskrevet mer smertestillende, eller at kvinnene velger å benytte seg av smertestillende de har liggende hjemme. Det kan også være at informasjonen som gis i forkant av aborten angående smerter er meget god ved UNN, slik at kvinnene i større grad er forberedt, og dermed tåler smertene bedre.

5.5 Oppfølgingen etter gjennomført hjemmeabort

5.5.1 Oppmøteantall

I underkant av seksti prosent møtte opp til oppfølgingsblodprøven. Dette er en andel tilsvarende oppmøteandel vist i andre studier (48)

Årsaken til det dårlige oppmøte kan være flere. En studie fra New York (22) viste deltagelse på oppfølgingen ned i 50%, delvis på grunn av reiseutgifter ved lange avstander fra sykehuset. Avstand fra pasientene til sykehuset er ikke registrert i denne studien. Dermed er det ikke mulig å vite hvorvidt reiseutgifter og transportavstand har påvirkning på oppmøtet. Det er angitt i retningslinjer at pasientene skal befinne seg innenfor en avstand på 90 minutter for å få utføre aborten hjemme. Jeg må da ta utgangspunkt i at ingen av pasientene har hatt en lengre transportavstand en dette. Andre studier har undersøkt mulige årsaker til dårlig oppmøte ved oppfølging av svangerskapsavbrudd, og konkludert med at krav til at kvinnen må møte opp ved klinikken er en hovedårsak til at oppfølging ikke forekommer for en såpass stor andel av pasientene. I de tilfeller hvor oppfølging har vært gjort av kvinnen selv hjemme, og videre rapportert tilbake til helsevesenet, har oppfølgingsandelen vært betraktelig høyere (35).

Andre årsaker til at oppmøtet ikke er høyere kan være tidsintervallet mellom inngrepet og den rekviderte blodprøven. Rutine for dette er i dag 28 dager. Et tidsintervall på fire uker kan medføre at blodprøven går i glemmeboken for mange, spesielt for de som føler inngrepet har vært vellykket.

Da det heller ikke er satt av et spesifikk tidspunkt for prøvetakingen, øker også risikoen for at et oppmøte forglemmes. Kvinnene skal ikke til noen konsultasjon, bare møte til blodprøve, dermed kan det være lett å droppe blodprøven siden det ikke medfører tidstap for noen klinikere. Tidligere nevnt studie har også redegjort for at flere kvinner velger å møte opp til ultralyddoppfølging med kliniker enn til bare prøvetaking, selv om ultralyd må sees på som mer invasivt (35).

Tidsintervallet på 4 uker gir også muligheter for at fysiologien har normalisert seg for kvinnene, slik at de har fått tilbake menstruasjonen, og dermed selv ikke ser behovet for oppfølgingsblodprøve.

5.5.2 Hvem møtte opp

I min pasientgruppe fant jeg en signifikant sammenheng mellom ung alder, tidligere provoserte aborter og mangel på oppfølging. Resultatene mine viser at oppmøteprosenten økte med alderen. Det var rett over 55% av tenåringsene som møtte til blodprøven, mot nesten 80% av førtiåringene. Det framgår ikke ellers i statistikken min noen årsak til dette. En kan spekulere i årsaker som tabu og sårbarhet. At det kanskje er mer tabubelagt å være tenåring og gjennomgå en abort, og at de dermed ikke ønsker å oppsøke det igjen ved å gå til oppfølgingen hvis alt kjennes bra ut. Jo eldre man blir jo mer opptatt blir man av egen helse. Dermed er det kanskje viktigere for den litt eldre pasientgruppen å få tatt blodprøven for å få visshet om at alt er i orden. De er også flere som oppsøker lege i tretti- og førtiårene, enn det er i tenårene. Dermed kan det også være en større andel av disse som har vært i kontakt med helsevesenet grunnet andre ting, og ved denne kontakten også har tatt oppfølgingsblodprøven (22).

Sammenheng mellom flere provoserte aborter og manglende møte til oppfølging har også vært vist i tidligere studier (49). Årsaken til at disse pasientene ikke møter opp kan være at kvinnene som har vært gjennom prosedyren før har erfaring med hvordan kroppen skal føles etter et slikt inngrep. Dersom det gikk komplikasjonsfritt ved tidligere inngrep, har disse kvinnene erfaring som gjør det mulig for dem å beslutte at de ikke behøver oppfølging. Det er gjort undersøkelser på nettopp det om det er tilstrekkelig å kun ta stilling til kvinners egen graviditetsfølelse, og ved hjelp av anamnese etter inngrepet avgjøre hvilke kvinner som behøver ta kontakt for videre oppfølging (50). Det ble i den studien brukt telefonisk kontakt mellom pasient og lege etter en uke, og det viste seg at de, med høy sensitivitet og positiv prediktiv verdi, klarte å avgjøre hvorvidt kvinnene hadde fullstendig kvittert. Av alle kvinnene som deltok i studien var det bare 2,9% (4/139) av kvinnene som ikke deltok i oppfølgingen (50). Dette understøtter teorien om at loss of follow-up har sammenheng med at det kreves at kvinnene besøker sykehuset eller legekantoret.

5.5.3 Behov for oppfølgingen

I denne studien har jeg vist at det er en sammenheng mellom hCG-test med utfall på over 140 IU/L og komplikasjoner. Ni pasienter testet positivt på hCG-testen og hadde komplikasjoner som trengte behandling. Dette var pasienter som ikke hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten før de møtte til blodprøven. Komplikasjonene hos ni av pasientene ble dermed fanget opp nettopp på grunn av oppfølgingsblodprøven.

Disse pasientene ville kanskje ha oppsøkt lege senere i forløpet, men ved å fange de opp tidligere unngikk man kanskje større komplikasjoner som infeksjon pga intrauterine rester. Dette kan man tolke dithen at hCG-testen er nødvendig for å fange opp ufullstendige svangerskapsavbrudd.

5.5.4 Andre muligheter for oppfølging

På grunn av de lave tallene for oppmøte for blodprøvetaking, er det av interesse å finne alternative, og mer tilgjengelige metoder for denne oppfølgingen. Den vanligste rutineoppfølging etter medikamentelle aborter er undersøkelse med transvaginal ultralyd, og dette praktiseres enda i flere land (22, 31). Denne metoden krever en legekonsultasjon for hver kvinne som gjennomgår abort. Dette er kostnads- og tidkrevende både for pasient og helsevesenet (31). Det ble i 2004 publisert en studie fra UNN Tromsø, som tok for seg bruk av ultralyd som oppfølging 2-3 uker etter medikamentelle aborter. Studien tok for seg 679 pasienter, hvorav 95% møtte til oppfølging. 85% av pasientene hadde endometrietykkelse under 15 mm, 3% av disse hadde behov for kirurgisk intervensjon, grunnet større blødning. Av de 15,2 % av kvinnene som hadde fortykket endometrium gjennomgikk 43,9% kirurgisk intervensjon. Resultatene viste at risikoen for å måtte gjennomgå kirurgi økte signifikant ved fortykket endometrium 2-3 uker etter gjennomført medikamentell abort. Denne studien konkluderer med at ultralydundersøkelse 2-3 uker etter gjennomgått abort er en effektiv undersøkelse som korrekt kan identifisere en pågående graviditet og diagnostisere en komplett abort. Likevel var det ønsket om å kombinere ultralydfunnene med klinisk undersøkelse, da ultralydfunnene ikke differensierer mellom de kvinnene som trenger kirurgisk intervensjon, og de som ikke trenger det (51). Dermed kan det kunne tenkes til at oppfølging bare basert på ultralydfunn vil føre til at flere kvinner må gjennomgå kirurgi.

Tidligere forskning har vist at måling av fall i hCG kan redegjøre for suksessen av inngrepet (22). HCG-nivåer som ikke øker de to første ukene etter administrasjon av mifepristone indikerer at det ikke lenger er en viabel graviditet, og halvering av nivået målt før inngrepet etter en uke, indikerer vellykket medikamentell abort (31).

Selv om testing av blodet for serum-hCG er enklere og mindre tidkrevende enn en

legekonsultasjon, kreves det likevel av kvinnene at de tar seg turen tilbake til sykehuset eller egen lege for å få tatt blodprøven. I en studie fra USA var det færre som møtte opp til denne typen oppfølging, enn det var som møtte opp til ultralyd (17). Da begge disse metodene krever at kvinnen reiser til sykehuset/legekontoret, kan man trekke slutningen at krav om oppmøte er en risikofaktor for å ikke møte til oppfølgingen(35). I 2011 sammenliknet Dayananda et al.(52) oppfølging med ultralyd med takning av serum-hCG, i en randomisert studie. Funnene i denne studien konkluderte med at kvinner hadde like stort oppmøte i begge gruppene, men noen flere kvinner var fornøyd med blodprøven enn ultralydoppfølging (95% mot 87%). Årsakene kvinnene oppga til hvorfor de var fornøyd med ultralydoppfølging var at undersøkelsen var rask, enkel, smertefri, visuell og ga svar umiddelbart. Av negative sider med ultralydoppfølging oppga kvinnene at undersøkelsen var invasiv og ukomfortabel. Kvinnene ble også spurt om de kunne tenke seg oppfølging basert på hjemmetest av urin. 72% av kvinnene som hadde tatt serum-hCG var interessert i en slik test, mot 60% av kvinnene i ultralydgruppen (52).

Det har vært gjort forsøk med å ta i bruk urin-hCG-test kvinnene selv kan administrere hjemme. Flere studier har vist at urinkonsentrasjonen av hCG korrelerer med konsentrasjonen i serum. Positivt med denne typen oppfølging er at testen er enkel å bruke, og kan benyttes etter to uker, dermed kan kvinnene finne ut status etter inngrepet tidligere (31). Kortere tidsperiode mellom inngrep og oppfølging kan både føre til at komplikasjoner oppdages tidligere, samt at et kortere tidsintervall øker andelen som husker på å ta oppfølgingen. Svaret på denne hjemmetesten vil også føre til at de kvinnene som føler på kroppen at de har hatt en vellykket abort, samt har en negativ test, slipper å ta turen til legen/sykehuset. Studier hvor kvinnene benyttet seg av hjemmetest etter fire uker viste at tre fjerdedeler av pasienten ikke behøvde å møte til annen oppfølging (31). Urintesten har i studier vist å ha en sensitivitet på 100% og spesifisitet på 97% (22). Den ses dermed på som en sikker måte å eliminere de pasienten som ikke trenger å møte for oppfølging med ultralyd og behandling. Graviditetstestene man får kjøpt på apoteket, av merket Clearblue, vil gi utslag som gravid hos 99% av kvinner med hCG over 50 (53). Dermed er disse testene kanskje litt for sensitiv for bruk tidlig etter en medikamentell abort, da flere kvinner vil få en positiv test enn de som behøver kirurgisk behandling. Med en så høy sensitivitet er testen sikker med tanke på at de som ikke får utslag på testen, ikke trenger noen videre behandling. Likevel vil nok en stor andel av kvinner som ikke trenger noen ytterligere behandling få positivt utslag på denne type test. Dermed bør oppfølgingen med denne testen også tas med et fire uker langt tidsintervall etter aborten. Der bør også brukes en test med lavere sensitivitet. Å senke andelen som trenger møte opp for å utføre undersøkelse fra det offentlige vil både spare tid og penger for kvinnene og helsevesenet.

Problemer med en slik test ligger i eventuelle brukerfeil på grunn av manglende forståelse.

Det er viktig at kvinnene blir korrekt informert om hvordan og når testen skal benyttes, samt hvordan resultatene skal tolkes. Studier som er gjort hvor kvinnene selv skulle utføre testen og tolke sine resultater har vist at de fleste kvinnene klarer å bruke testen korrekt, men bare rett over halvparten av kvinnene klarte med sikkerhet å si at resultatet frigjorde dem fra flere undersøkelser (22, 31). I disse studiene foreslås det at man kan kombinere hjemmetesting med en telefonsamtale med kyndig personell for hjelp til å tolke resultatet av testen. Dette vil legge noe bånd på helseressurser, men vil gjøre det enklere for kvinnene, samt helsepersonell, å være sikre på at det ikke er behov for ytterligere oppfølging.

6.0 Konklusjon og anbefalinger

Vi har ved denne studien funnet ut at medikamentelle hjemmeaborter er en trygg, effektiv og akseptabel metode for svangerskapsavbrudd. Medikamentell hjemmeabort er primært tilbud for kvinner som er under 9. svangerskapsuke, og flesteparten av kvinnene velger å utføre denne metoden. Suksessraten funnet i denne studien er høyere enn den funnet i andre internasjonale studier. Komplikasjonsraten er tilsvarende andre studier gjort i Skandinavia.

Oppfølgingen med serum-hCG viser seg god på å identifisere pasienter som behøver ytterligere behandling, men da det bare er noe over halvparten av pasientene som møter til denne kunne det være muligheter for å vurdere annen type oppfølging som kvinnene kan gjøre hjemme, for eksempel lavsensitiv urinhCG.

Da metoden virker trygg og akseptabel, med ingen akutte og alvorlige komplikasjoner registrert i denne studien kan det vurderes hvorvidt UNN Tromsø bør utvide avstandskravet på 90 minutter transport unna sykehus. Det er store distanser i Nord-Norge, og en utvidelse vil gjøre slik at flere kvinner kan benytte seg av dette tilbudet.

7.0 Litteraturliste

1. Bjørge L, Løkeland M, Oppegård KS. Veileder for provosert abort. *Norsk gynekologiske forening*, 2011. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/veileder-i-generell-gynekologi-2009/provosert-abort/>
2. Innstilling fra sosialkommiten om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv. Innst. S. Nr. 231 1995-1996
3. www.ssb.no/emner/03/01/20/abort/tab-2003-04-25-01.html 29.04.13
4. <http://www.ssb.no/abort> 29.04.13
5. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/25-aar-med-selvbestemt-abort-i-Norge> 05/13
6. Folkehelseinstituttet
http://www.fhi.no/ewaydefault.aspxpid=239&trg=Content_6466&Main_6157=6261:0:25,6853&MainContent_6261=6466:0:25,7115&Content_6466=6430:76958::0:6182:1:::0:0
18.05.13
7. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database Syst Rev*, 2011, 9(11):CD002855
8. Helse- og omsorgsdepartementet - Lov om svangerskapsavbrudd, LOV_2009-05-08-25 fra 2010-02-15
9. Bergsjø P, Maltau JM, Molne K, Nesheim (red). *Obstetrikk og gynekologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2. Utgave, 1. Opplag 2010.
10. Creinin MD, Mitchell D. Medical abortion regimens: Historical context and overview. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 183:3-9
11. Bjørge L, Iversen OE. Mifepriston- et kontroversielt legemiddel med stort potensial. *Tidsskr Nor Lægefor*, 2001, 121:3286-91
12. Norman JE, Thong KJ, Rodger MW, Baird D. Medical abortion in women of less than or equal to 56 days amenorrhoea: a comparison between gemeprost (a PGE1 analogue) alone and mifepristone and gemeprost. *Br J Obstet Gynaecol*, 1992, 99(7):601-6
13. Rang HP, Dale MM Flower RJ, Ritter JM. Rang and Dale's Pharmacology sixth edition, Churchill Livingstone 2007.
14. Felleskatalogen. <http://www.felleskatalogen.no/medisin/mifegyne-exelgyn-561525> 05/13
15. Felleskatalogen <http://www.felleskatalogen.no/medisin/cytotec-pfizer-547762> 05/13
16. Westhoff C, Dasmahapatra R, Winikoff B, Clarke S. Mifepristone Clinical Trails Group.

- Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. *Contraception*, 2000, 61:225-229.
17. Westhoff C, Dasmahapatra R, Schaff E. Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 2000, 62:311-314.
 18. Felleskatalogen <http://www.felleskatalogen.no/medisin/diclofenac-ratiopharm-547947> 05/13
 19. Felleskatalogen <http://www.felleskatalogen.no/medisin/paracet-weifa-562628> 05/13
 20. Felleskatalogen <http://www.felleskatalogen.no/medisin/pinex-forfte-pinex-major-actavis-562841>
 21. Felleskatalogen <http://www.felleskatalogen.no/medisin/ketogan-pfizer-560517> 05/13
 22. Blum J, Shochet T, Lynd K, Lichtenberg Esm Fischer D, Arnesen M et al. Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? A US study. *Contraception*, 2012, 86:757-762.
 23. Pymar HC, [Creinin MD](#), [Schwartz JL](#). Mifepristone followed on the same day by vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception*, 2001;64(2):87-92.
 24. Perriera LK, Reeves MF, Chen BA, Hohmann HL, Hayes J, Creinin MD. Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*, 2010, 81:143-149.
 25. Store medisinske leksikon. http://sml.snl.no/gynekologisk_undersøkelse. 05/13.
 26. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Prediction og late failure after medical abortion from serial beta-hCG measurements and ultrasonography. *Human Reproduction*, 2004, 1(19):85-89
 27. Randevara HS, Jackson A, Karteris E, Hillhouse EW. hCG production and activity during pregnancy. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 2001, 12(3):191-208
 28. [Honkanen H](#), [Ranta S](#), Ylikorkala O, [Heikinheimo O](#). The kinetics of serum hCG and progesterone in response to oral and vaginal administration of misoprostol during medical termination of early pregnancy. *Hum Reprod*. 2002, 17(9):2315-9.
 29. Parashar P, Iversen OE, Midbøe G et al. Medical abortion in the first trimester: The use of serum hCG and endometrial thickness as markers for completeness. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2007, 12(4):366-71
 30. Fiala C, Safar P, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson C. Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *Eur J Obstet Reprod Biol*, 2003, 109(2):190-5
 31. Grossman D, Berdichevsky K, Larrea F, Beltran J. Accuracy of a semi-quantitative urine pregnancy test compared to serum beta-hCG measurement: a possible screening tool for ongoing pregnancy after medical abortion. *Contraception*, 2007, 76:101-104
 32. Lynd K, Blum J, Thi Nhu Ngoc N et al. Simplified abortion using a semi-quantitative pregnancy test for home-based follow-up. *International Journal of Gynecology and*

Obstetrics, 2013, 121:144-148

33. Kallner HK, 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. *Human Reproduction*, 2010, 5(25):1153-1157
34. Bjørge L, Johnsen SL, Midbøe G, Augestad G, Økland I, Helland H et al. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2001, 80:1056-1061.
35. Horning E, Chen BA, Meyn LA, Crenin MD. Comparison of medical abortion follow-up with serum human chorionic gonadotropin testing and in-office assessment. *Contraception*, 2012, 85:402-407
36. Folkehelseinstituttet. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6551&MainContent_6263=6496:0:25,6557&Content_6496=6178:97734:25,6557:0:6562:3:::0:0 05/13.
37. Bjørnerem A, Aghajani E, Maltau JM, Moi H. Occurrence of bacterial vaginosis among abortion seekers. *Tidsskr Nor Lægeror* 1997, 117:1282-4.
38. Lokeland M, Iversen OE, Dahle GS, Nappén MH, Ertzeid L, Bjørge L. Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstet Gynecol*, 2010, 115(5):962-968
39. Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ*, 2011, 89:360-370
40. Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *The New England Journal of Medicine* 1998, 338: 1241-47.
41. Swica Y, Chong E, Middleton T, Prine Linda, Gold M, Schreiber CA et al. Acceptability of home use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*, 2012; Nov 21. pii: S0010-7824(12)00951-1
42. Clark WH, Hassound D, Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Winikoff B. Home use of two doses of misoprostol after mifepristone for medical abortion: a pilot study in Sweden and France. *Eur J Contraception Reprod Health Care*, 2005, 10(3):189-91
43. Ngoc NT, Nhan Vq, Blum J, Mai TT, Durocher JM, Winikoff B. Is home-based administration of prostaglandins safe and feasible for medical abortion? Results from a multistudy in Vietnam. *BJOG*, 2004, 111(8):814-9
44. Hamonda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Home self-administration of misoprostol for medical abortion up to 56 days' gestation. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 2005,

31(3):189-92

45. Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellertson C, Slama CB, Pearlman E et al. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet*, 2001, 357(9266):1402-5
46. Harper C, Winikoff B, Ellertson C, Coyaji K. Blood loss with mifepristone-misoprostol abortion: measures from a trial in China, Cuba and India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 1998, 63:39-49.
47. Hamonda H, Critchley HO, Paterson K, Guthrie K, Rodger M, Penney GC. The acceptability of home medical abortion to women in UK settings. *BJOG*, 2005, 112(6):781-5
48. Pohjoranta E, Suhonen S, Heikinheimo O. Attendance at post-abortion follow-up visits is low - can the risks of non-attendance be identified. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2011, 90(5):543-6
49. Madden T, Westhoff C. Rates of follow-up and repeat pregnancy in the 12 months after first-trimester induced abortion. *Obstet Gynecol*, 2009, 113(3):663-8
50. Clark W, Bracken H, Tanenhaus J, Schweikert S, Lichtenberg ES, Winikoff B. Alternatives to a routine Follow-up Visit for early medical abortion. *Obstet Gynecol*, 2010, 115(2 Pt 1):264-72
51. Acharya G, Haugen M, Bråthen A, Nilsen I, Maltau JM. Role of routine ultrasonography in monitoring the outcome of medical abortion in a clinical setting. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004, 83(4):390-4
52. Dayananda I, Maurer R, Fortin J, Goldenberg AB. Medical Abortion Follow-up With Serum Human Chorionic Gonadotropin Compared With Ultrasonography. *Obstet Gynecol*, 2013, 121(3):607-13
53. <http://www.clearblue.com/uk/HCP/new-clearblue-plus.php> 06/13