

KIRURGISKE OG MEDIKAMENTELLE ABORTER PÅ RITØ ÅR 2000

- Hvem velger hva?

5. ÅRS OPPGAVE I STADIUM IV- MEDISINSTUDIET
VED UNIVERSITETET I TROMSØ.

STUD MED HANNE RASMUSSEN
STUD MED IRENE STEINSVIK ANDERSEN
VEILEDER J.M. MALTAU, AVD.OVERLEGE
STATISTIKER KNUT HANSEN

KVINNEKLINIKKEN RITØ
TROMSØ 2002

INN H O L D

SVANGERSKAPSAVBRUDD PÅ RITØ ÅR 2000	1
RESYME	3
1 INNLEDNING	4
1.1 LIGNENDE STUDIER.	4
2 Teori	5
2.1 ABORTLOVEN I NORGE. LITT HISTORIKK	5
2.2 SELVBESTEMT ABORT. METODENE	6
2.2.1 Praktisk fremgangsmåte	6
2.2.2 Kirurgisk behandling	6
2.2.3 Medikamentell behandling	7
2.3 MATERIALE OG METODE	9
3 RESULTATER	10
3.1 METODEVALG	10
3.2 SVANGERSKAPSVARIGHET	10
3.3 ALDER	11
3.4 YRKESITUASJON	12
3.5 PREVENSJON	12
3.6 RØYKEVANER	13
3.7 KOMPLIKASJONER	14
3.8 SIVILSTATUS	15
3.9 TIDLIGERE LEVENDEFØDTE	15
3.10 TIDLIGERE PROVOSERTE ABORTER	16
3.11 ALDER RELATERT TIL PREVENSJONSBRUK OG RØYKING	17
3.12 TIDLIGERE PROVOSERTE ABORTER RELATERT TIL PREVENSJONSBRUK	17
5 DISKUSJON	18
4 KONKLUSJON	20
VEDLEGG	21
REFERANSER	36

RESYME

Fra og med år 2000 kunne abortsøkerne ved RiTø velge mellom tradisjonell kirurgisk abort og frem til og med svangerskapsuke 9 et medikamentelt alternativet. I løpet av år 2000 var det totalt 483 svangerskapsavbrudd. Av disse ble 354 utført til og med 9. uke. De 354 ble delt i to grupper etter hvilken abortmetode de hadde valgt, kirurgisk eller medikamentell.

Hensikten med oppgaven var på grunnlag av de opplysningene som finnes i Begjæring om svangerskapsavbrudd, å undersøke om de som velger medisinsk abort adskiller seg fra dem som velger kirurgisk abort og hvor stor andel av kvinnene som velger den nye metoden.

Seksti komma fem prosent valgte medikamentell metode. Det var for øvrig ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Det tyder på at informasjonen om den nye metoden har nådd frem. I hele materialet av abortsøkende brukte 57 % ikke prevensjon, 60% var røykere, 64% utførte provosert abort for første gang. Avmerkningen for komplikasjoner var veldig dårlig i begge gruppene, men spesielt for gruppe 2.

Vi kan konkludere med at de to gruppene er like.

1 INNLEDNING

Årlig utføres mellom 400 og 500 svangerskapsavbrudd ved RiTø (nå UNN).

Kvinneklinikken ved Haukeland sykehus og RiTø etablerte medio 1999 som de første sykehus i landet et tilbud om medikamentell abort ("abortpillen"). Fra og med år 2000 kunne abortsøkerne ved RiTø frem til og med svangerskapsuke 9 (63 dager) velge mellom tradisjonell kirurgisk abort og det medikamentelle alternativet. Fordi avdelingen ønsker at flest mulig velger det medikamentelle alternativet ble det lagt vekt på å utarbeide god skriftlig informasjon både til leger i primærhelsetjenesten og til kvinnene. da metoden ble innført. Metoden fikk bred media omtale og abortmotstanderne fryktet økt antall aborter. Hensikten med oppgaven var på grunnlag av de opplysningene som finnes i Begjæring om svangerskapsavbrudd, å undersøke om de som velger medisinsk abort adskiller seg fra dem som velger kirurgisk abort og se hvor stor andel som valgte den nye metoden.

Våre hypoteser blir da:

H: Det er ingen statistisk signifikant forskjell mellom de to gruppene.

H: Det er ingen statistisk signifikant forskjell mellom unge og eldre med tanke på valg av metode, prevensjonsbruk og røykevaner.

H: Det er ingen statistisk signifikant forskjell mellom prevensjonsbruken blant de som tidligere har utført provosert abort og de som utfører provosert abort for første gang.

1.1 LIGNENDE STUDIER.

Etter det vi kjenner til er det ikke utført lignende studier i Norge. I 1998-1999 ble det på Haukeland Sykehus utført en undersøkelse over svangerskapsavbrudd ved hjelp av mifepristone og misoprostol. (1) Undersøkelsen vurderte hvordan metoden ble akseptert av kvinnene samt effektivitet og bivirkninger. Studien inkluderte 226 kvinner med svangerskapsvarighet under 63 dager. Aborten var vellykket i 95% av tilfellene, kirurgisk fjerning ble nødvendig i 4% av tilfellene. Tjuetre prosent valgte medikamentell metode. Åtti prosent ville ha brukt metoden igjen, 81% ville ha anbefalt den til en venninne. Studien

konkluderte med at metoden er både effektiv og trygg, har få bivirkninger og ble godt akseptert av norske kvinner.

2 TEORI

2.1 ABORTLOVEN I NORGE. LITT HISTORIKK

Før 1960 fantes ingen lov i Norge som regulerte adgangen til svangerskapsavbrudd. (2).

Rammen lå i straffelovens paragraf 245, som gir fosterets liv et strafferettslig vern, og paragraf 47, som gir straffefrihet ved nødtilstand.

Den første abortloven ble vedtatt av stortinget 11 november 1960, men trådte ikke i kraft før 1 februar 1964. Dette var mange år etter at de andre nordiske land hadde fått tilsvarende lover.

Loven tillot abort etter nemndbehandling. De tre hovedindikasjonene var:

- Når gjennomføring av svangerskapet ville medføre alvorlig fare for morens liv og helse.
- Når det var alvorlig fare for alvorlig sykdom eller skade hos barnet, av arvemessige eller andre grunner.
- Når besvangeringen var en følge av incest, voldtekt eller en følge av at kvinnen var sinnssyk eller hadde særlig mangelfulle sjelsevner (i dag lyder teksten "alvorlig sinnslidelse eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad")

Hovedvekten ble lagt på medisinske forhold. Den sosiale situasjonen skulle tas med i vurderingen, men sosiale forhold alene var ikke nok til å innvilge en søknad.

Grensen mellom medisinske og sosiale indikasjoner ble stadig strukket, og den 13 juni 1975 vedtok Stortinget en ny abortlov, som fortsatt bygget på søknad og nemndbehandling. Men den nye loven gav kvinnen rett til svangerskapsavbrudd også når svangerskapet, fødselen og omsorgen for barnet kunne "sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon".

Tre år senere kom endringen som er slått fast i den någjeldene Lov av 13 juni 1975 nr 50 om svangerskapsavbrudd med endring i lov av 16 juni 1978 nr 66. (Vedlegg 1)

2.2 SELVBESTEMT ABORT. METODENE

2.2.1 Praktisk fremgangsmåte

Frem til uke 9 kan kvinnene ved RiTØ velge mellom kirurgisk eller medikamentelt svangerskapsavbrudd. Mellom uke 9 og 12 utføres aborten kirurgisk.

Begjæring om svangerskapsavbrudd fremsettes av kvinnen. Det vanligste er at hun oppsøker primærlegen med begjæringen, men hun kan også henvende seg direkte til nærmeste sykehus. Begjæringen føres på eget skjema sammen med skriftlig henvisning fra legen til den avdelingen hvor inngrepet skal utføres.

Legen plikter å gi kvinnen informasjon om inngrepets art og medisinske virkning. Legen skal gi informasjon om bistand som samfunnet kan tilby hvis hun velger å bære frem barnet.

Svangerskapsavbruddet utføres i sykehus og er gratis. Rutinemessig utføres gynekologisk undersøkelse for å fastslå uterus` størrelse og derved svangerskapets varighet. Ved kirurgisk abort er det vanlig å møte ved sykehuset to ganger, først forundersøkelse, deretter selve inngrepet. Ved medikamentell abort kan mifepriston tas i tilslutning til den første undersøkelsen.

I abortloven er det dato for siste menstruasjons første dag og ikke tidspunktet for befruktning som legges til grunn for svangerskapet. Ved usikkerhet om svangerskapsvarighet kan ultralydmål benyttes. Det tas klamydia-prøve og blodprøve til Rhesus- bestemmelse.

2.2.2 Kirurgisk behandling

Fra slutten av 1960-tallet har vakuumsug vært mest brukte metode. Inngrepet utføres som regel i narkose, men kan gjøres i lokal- anestesi (paracervical blokade)

Cervicalkanalen dilateres ved hjelp av Hegarsstift, og en sugekurette føres inn i livmorhulen. Deretter aspireres svangerskaps- produktene. Selve inngrepet tar 5-10 min.

Førstegangsgravide forbehandles med prostaglandin (Cervagen) lokalt før cervix dilateres.

Inngrepet utsettes ofte til etter sju fullgatte svangerskapsuger fordi det reduserer

komplikasjonsrisikoen. Cervix tåler å bli blokkert til Hegar nr.10-12, som er det som skal til for å tømme et 10-12 ukers graviditet. Etter 12 uker utføres ikke kirurgisk abort. Årsaken er blant annet økt risiko for skade på cervix og inkomplett tømming av uterus.

2.2.3 Medikamentell behandling

Mifepriston-misoprostol-regimet anbefales for aborter tidlig i 1.trimester i den kommende nasjonale veileder i generell gynekologi. (3)

Medikamentet mifepriston, som er en progesteron – og glukokortikoidantagonist, ble lansert allerede i begynnelsen av 1980-årene.

Virkning av progesteron

Progesteron er et steroidhormon som syntetiseres i ovariene og binyrebarken.

Ved graviditet produseres progesteron også i corpus luteum, inntil placenta overtar denne funksjonen etter 6-8 uker. Den viktigste kjente virkningen av progesteron under graviditet er den som finner sted i forhold til endometriet. Progesteronpåvirkningen fører til at endometriecellene syntetiserer og lagrer glykogen, fremmer vekst av blodkar i det voksende endometriet og øker vevets sekretoriske aktivitet. Denne omdanningen er helt nødvendig for at endometriet skal være i stand til å ta imot et befruktet egg.

Progesteronet vil også undertrykke uterus` respons på både endogene og eksogene prostaglandiner, noe som gjør uterus til et ikke-kontraherende organ og cervix mer kompakt og vanskelig dilaterbar.

Virkingen av mifepriston

Antiprogesteroneffekter.

Fra et klinisk synspunkt er en av de viktigste effektene av mifepriston mediert via progesteronreseptorer i uterus, der mifepriston blokkerer transkripsjonen av progesteronavhengige gener og gir nedregulering av disse. Under en graviditet påvirkes desidua, og dette fører til nedbrytning og avstøtning av slimhinnen. Det hemmer utviklingen av et embryo som er implantert.

Mifepriston stimulerer til syntese av prostaglandiner i uterus. Dette fører til økt prostaglandinkonsentrasjon i uterus som resulterer i ytterligere økt kontraktilitet i myometriet

Modning av cervix

Mifepriston mykgjør bindevevet og ”modner” derved cervix. Modningen er uavhengig av lokal prostaglandinfrisetting og skyldes blant annet migrasjon av betennelsesceller til cervix, økt produksjon av metalloproteinaser og økt kjemokinsekresjon.

Klinisk bruk

Medikamentets hovedindikasjon er ved provoserte aborter men potensialet er betydelig blant annet innen antikonsepsjon og for å oppnå myomskrumpling.

Aborter i 1. trimester(<9 uker)

Kliniske utprøvinger viste at når 200-600 mg mifepriston ble gitt per os ved svangerskapsvarighet 49 dager eller mindre var suksessraten 64-85%. Etter at prostaglandinanaloger ble lagt til behandlingsregimet ble resultatene bedret til 90-95%. Effekten avtar med økende svangerskapsvarighet. I de fleste undersøkelser er den vel 90% i 8. svangerskapsuke. (3)

Ved RiTø gis 200 mg mifepriston per os, og kvinnen kan forlate poliklinikken etter en halv time. Førtiåtte timer senere møter hun i gynekologisk poliklinikk der en stikkpille(Cytotec) som er prostaglandin analog appliseres vaginalt. Prostaglandinanalogen gir en ytterligere oppmykning av cervix og stimulerer til myometriekontraksjoner. Slik at livmoren trekker seg sammen og graviditetsproduktene utstøtes. Etter administrasjon av prostaglandinanalogen aborterer de fleste i løpet av de fire påfølgende timene. Det anbefales at kvinnene oppholder seg i avdelingen i denne tiden.

Blødningen er kraftigere enn ved vanlig menstruasjon og varer oftest 1-2 uker etter aborten. Kvinnen gis skriftlig og muntlig informasjon om metode og mulige komplikasjoner samt at eggsekken kan være synlig med det blotte øyet.

2.3 MATERIALE OG METODE

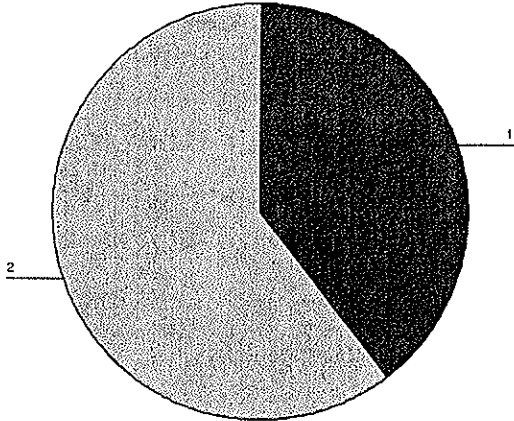
Vi valgte å se på materialet fra år 2000 som var første fulle året man benyttet den medikamentelle metoden på RITØ. I Kvinneklirikken samles alle begjæringer om svangerskapsavbrudd som sendes fra allmennpraktiserende leger. Henvisningsskjemaet inneholder bare navn, fødsels- og personnummer. Ytterligere opplysninger måtte derfor hentes fra pasientjournalene. Liste med navn og fødselsnummer ble levert til arkivet. Vi fikk så utlevert journalene til alle som var henvist for svangerskapsavbrudd. Blant disse fant vi en del som ikke hadde utført svangerskapsavbrudd og enkelte som hadde spontanabortert før inngrepet. Vi endte opp med totalt 483 svangerskapsavbrudd, av disse ble 354 utført til og med uke 9. De 354 ble fordelt i to grupper etter hvilken abortmetode de hadde valgt, kirurgisk eller medikamentell.

I pasientjournalen fant vi frem arket "Begjæring om svangerskapsavbrudd". (Vedlegg 2) som fylles ut av lege i sykehuset. Herfra hentet vi opplysninger om pasientens alder, svangerskapsvarighet, komplikasjoner i forbindelse med inngrepet, sivilstatus, prevensjonsbruk, røykevaner, tidligere levendefødte, tidligere provoserte aborter og tidligere spontanabort. Dataene ble registrert i tabeller i Microsoft Exel sammen med et pasientnummer. Dette nummeret ble ført på pasientlisten som ble låst ned i Kvinneklirikens abortarkiv. Etter dette ble det derfor bare brukt anonymiserte lister.

Etter å ha plotta dataene våre i Exel ble de overført til SPSS der det ble kjørt enkle statistiske analyser. Vi lagde nullhypoteser og beregnet p-verdi med signifikans nivå på 0.05.

3 RESULTATER

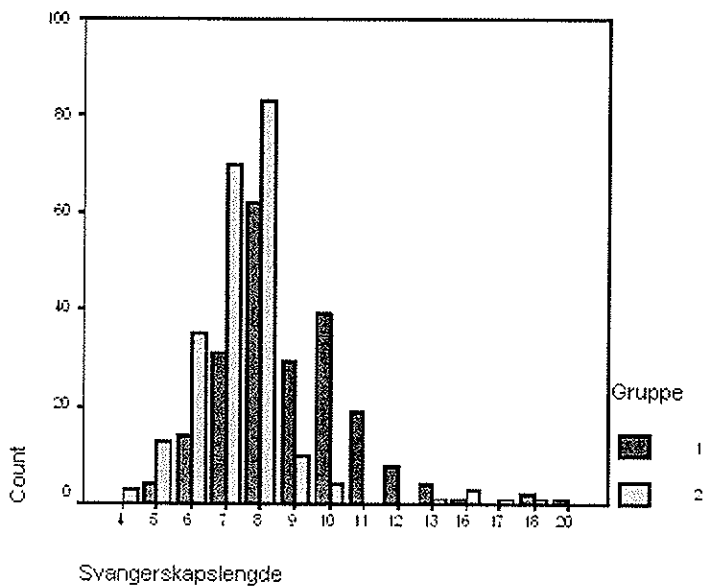
3.1 METODEDEVALG



Figur 1: Prosentvis fordeling av de ulike metodene frem til og med uke 9.

Det var 354 svangerskapsavbrudd til og med uke 9. Av disse valgte 60,5% medikamentell behandling. Det er statistisk signifikant forskjell mellom gruppene og $p=0,00$. (Tabell 1 vedlegg)

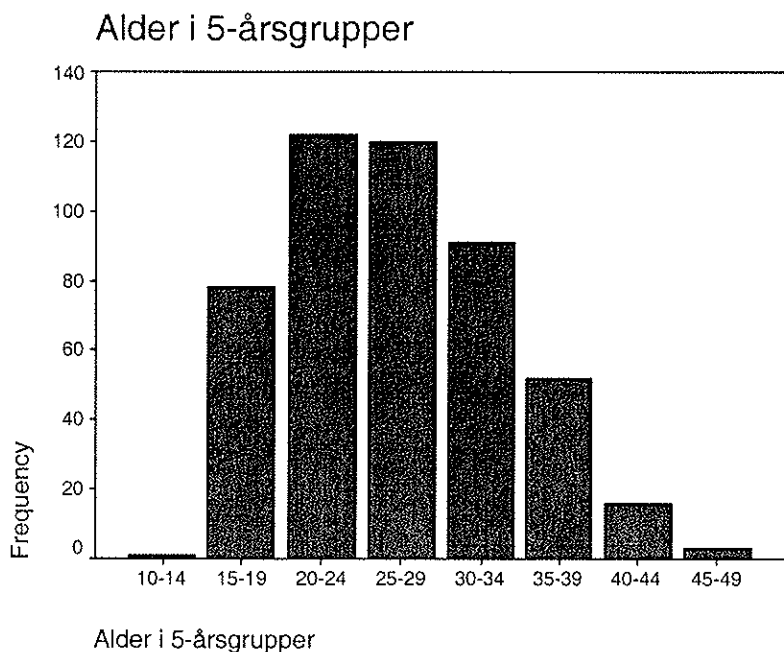
3.2 SVANGERSKAPSVARIGHET



Figur 2: Fordeling av svangerskapsavbrudd ved ulik svangerskapsvarighet. (Tabell 2 vedlegg).

Figur 2 viser at antall svangerskapsavbrudd er størst i uke 7 og 8. Den medikamentelle metoden dominerer de første 8 ukene.

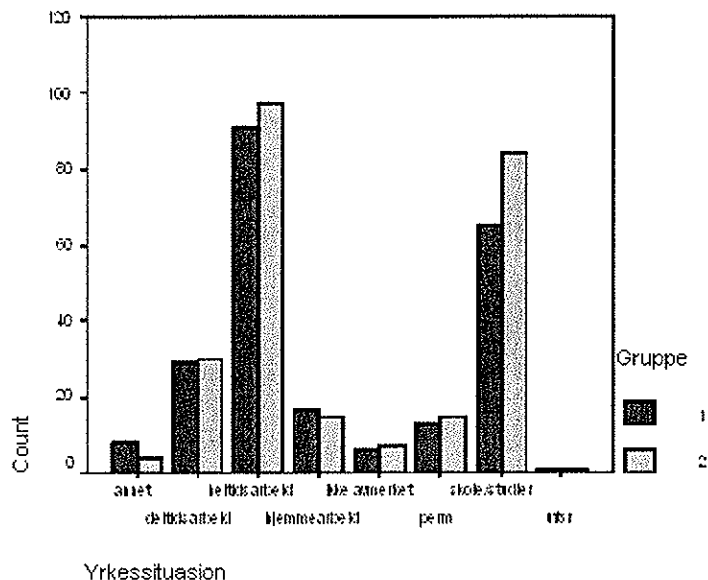
3.3 ALDER



Figur 3: Aldersfordeling av provoserte abort under 9 uker (tabell 3 vedlegg).

Fig.3 viser aldersfordelingen av hele materialet. Gjennomsnittsalderen er henholdsvis 26 og 27 år mens gruppe 1 har en noe større aldersspredning (variance som er et mål for spredning av dataene er på 51,55 i gruppe 1 mot 42,01 i gruppe 2). (Tabell 4 vedlegg).

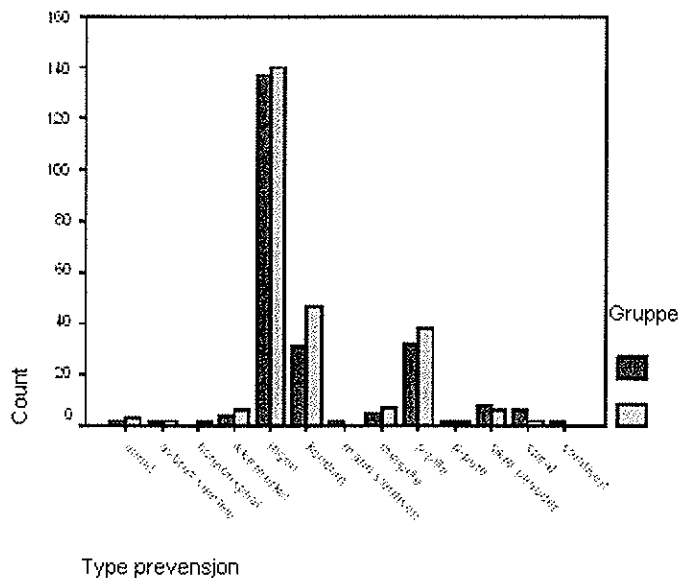
3.4 YRKESITUASJON



Figur 4: Fordeling i yrkesituasjon i de to gruppene.

Yrkesituasjonen er delt inn i åtte kategorier. Vi valgte å utelate "ikke avmerket", "annet" og "ufør". Vi satt igjen med dataene fra følgende grupper: deltid, heltid, hjemme, perm og skole. De fleste er i heltidsarbeid eller under utdanning. Førtito prosent i gr.1 arbeider heltid mot 34% i gr.2. Tretti prosent i gr.1 går på skole mot 34% i gr.2. Det er ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene og $p = 0,84$. (Tabell 5 vedlegg)

3.5 PREVENSJON



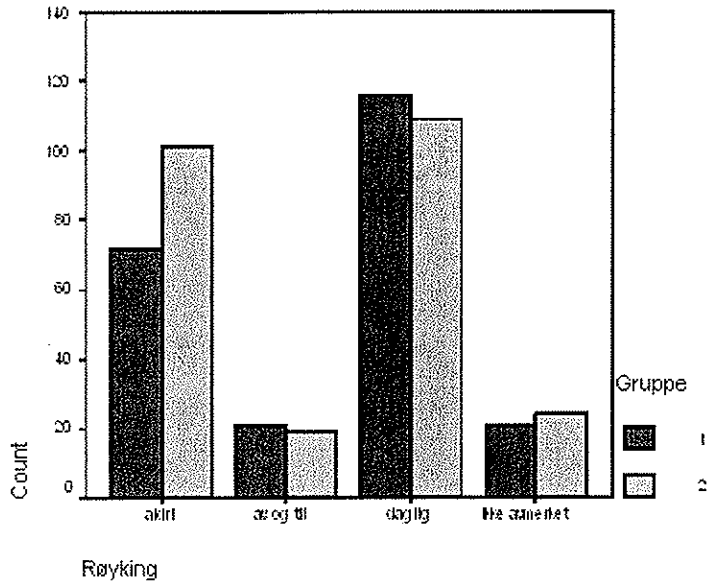
Figur 5: Prevensjonsbruk i de to gruppene.

På begjærings skjemaet er prevensjonsmetodene inndelt i 13 kategorier . Fordi antallet var svært lavt i enkelte av kategoriene ble bruken delt i fire hovedgrupper: p-pille, kondom, ingen (inkl. avbrutt samleie og sikre perioder) og annet.

Resultatene viste at rundt 50 % ikke brukte prevensjon. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene og $p= 0,34$.

(Tabell 6 vedlegg)

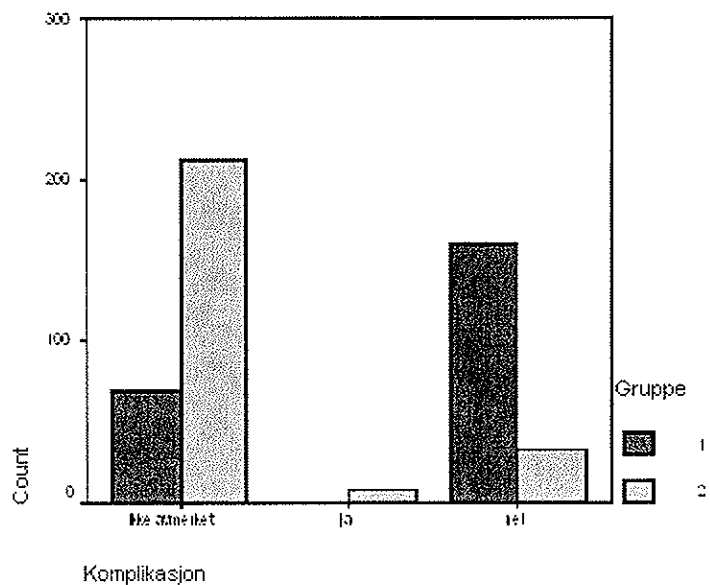
3.6 RØYKEVANER



Figur 6: Røykevanene i de to gruppene.

Femtien prosent av kvinnene røyker daglig. På nesten 10 % av skjemaene var ikke røykevanene merket av. Det er ingen signifikant forskjell mellom gruppene og $p=0.118$. (Tabell 7 vedlegg)

3.7 KOMPLIKASJONER

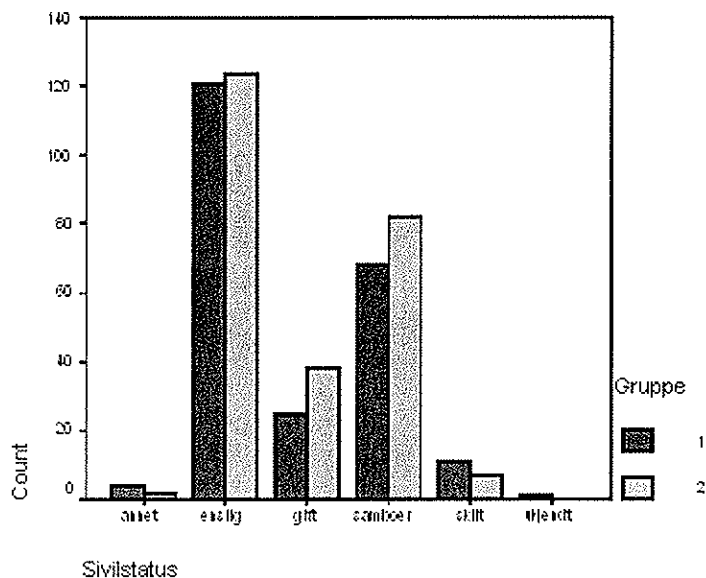


Figur 7: Komplikasjoner i de to gruppene

Det var ikke registrert noen komplikasjoner i gruppe 1 men åtte tilfeller i gruppe 2.

Komplikasjoner var ikke avmerket på 58% av skjemaene. Avmerkningen var dårligst i gruppe 2 der 84 % ikke var merket. (Tabell 8 vedlegg) Fordi registreringen var så mangelfull, ble det ikke utført statistisk analyse av materialet.

3.8 SIVILSTATUS

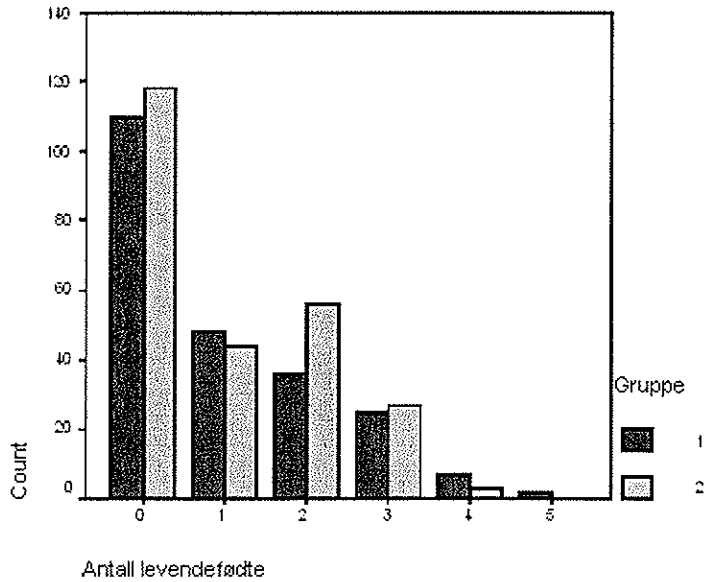


Figur 8: Sivilstatus i de to gruppene.

I analysen utelukket vi de som var merket annet eller ikke merket og hadde fire kategorier: enslig, gift, samboer og skilt.

Femtien prosent av kvinnene var enslige, 32% hadde samboer, 13% gift og 4% skilt. Det er ingen signifikant forskjell mellom gruppene og $p=0,320$. (Tabell 9 vedlegg)

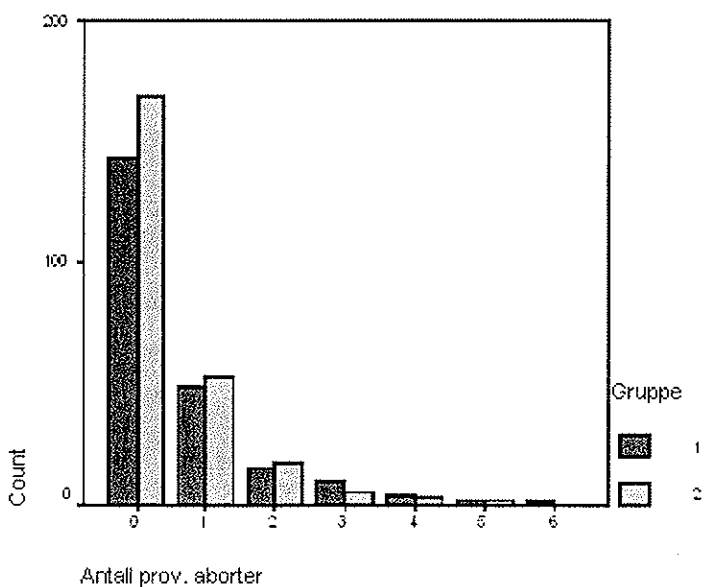
3.9 TIDLIGERE LEVENDEFØDTE



Figur 8: Tidligere levendefødte i de to gruppene.

Femtire prosent av kvinnene hadde barn fra før. Det er ingen signifikant forskjell mellom gruppene og $p=0,87$. (Tabell 10 vedlegg)

3.10 TIDLIGERE PROVOSERTE ABORTER



Figur 9: Antall tidligere provoserte aborter i de to gruppene.

Sekstifire prosent har aldri tidligere har fått utført provosert abort. Det er ingen signifikant forskjell mellom gruppene og $p=0,282$. (Tabell 11 vedlegg)

3.11 ALDER RELATERT TIL PREVENSJONSBRUK OG RØYKING

Hele materialet ($n=483$) ble delt i 2 grupper etter alder; unge (<30 år) og eldre (>30 år). Vi ønsket å vurdere om prevensjonsbruken og røykevanene er lik blant unge og eldre. Fordi $p=0,02$ er det statistisk signifikant forskjell i prevensjonsbruken blant unge og eldre. Videre analyse viste at unge bruker p-pille oftere enn eldre, $p=0,003$, mens det er ingen forskjell i bruken av annen prevensjon. (tabell 12 vedlegg)

Blant de unge røyker 52% mens 48% av de eldre røyker daglig. Det er ingen signifikant forskjell mellom gruppene og $p=0,155$. (Tabell 13 vedlegg)

3.12 TIDLIGERE PROVOSERTE ABORTER RELATERT TIL PREVENSJONSBRUK

Hele materialet ($n=483$) ble inndelt i to grupper i henhold til prevensjonsbruk, brukere og ikke-brukere. Vi sammenlignet så antallet tidligere provoserte aborter i de to gruppene. Det er signifikant forskjell mellom gruppene og $p=0,006$ (Tabell 14 vedlegg)

5 DISKUSJON

Bedømt ut fra de valgte parametrene synes det ikke å være vesentlig forskjell i valg av abort metode mellom gruppene.

Hele 60,5% valgte medikamentell behandling. Dette er en overraskende høy andel tatt i betraktning av at medikamentell abort var et nytt alternativ i år 2000, og at undersøkelsen ved Haukeland sykehus viste andel på bare 23%.

Dette kan indikere at informasjonen om den nye metoden som ble gitt til primærhelsetjenesten og gjennom media har nådd frem til de abortsøkende og til kvinner i alle samfunnslag.

Abortmotstanderne var negativ til den nye metoden fordi de mente aborttallet ville øke. På RiTø har man sett en lett økning i aborttallene. (Tabell 15 vedlegg) Om dette er tilfeldig eller skyldes den nye metoden er for tidlig å si noe om. På landsbasis er det derimot registrert en svak tilbakegang i aborttallene de siste årene (Tabell 16 vedlegg) Målsetningen for Kvinneklinikken på RiTø er å få høyest mulig andel med medikamentell abort. Det gjør at kvinnen slipper et sykehusopphold og kirurgisk inngrep noe som også er en økonomisk gevinst for sykehuset.

Vi så på aldersspredningen innad i hver gruppe og fant at gjennomsnittsalderen var lik mens det var en noe større aldersspredning i gruppe 1.

Yrkessituasjon ser ikke ut til å påvirke valg av metode. Det hadde vært interessant å sett om de med høyere utdanning gjorde andre valg enn de med lavere utdanning. Men ut fra kategori-inndelingen på begjærings- skjemaet var det ikke mulig å få informasjon om dette.

Det var ingen forskjell mellom de ulike prevensjonalternativ og valg av metode. Men hele 57 % brukte ikke prevensjon. Dette var et kanskje ikke uventet resultat, men allikevel en interessant og viktig informasjon. Dette viser hvor viktig det er å informere kvinnene om prevensjonsbruk. Her har blant annet kvinnens fastlege en stor oppgave.

Seksti prosent av de som fikk utført provosert abort røykte daglig. Vi hadde ikke forventet en så stor andel av røykere da andelen av kvinnelige røykere i befolkningen var 31 % i år 2000. (Referanse nr.4) Vi fant ingen forskjell mellom røykevanene til de unge og de eldre. Her

hadde vi forventet en høyere andel blant de unge siden det de siste årene stadig har blitt flere unge, kvinnelige røykere.

Komplikasjoner var dårlig merket av i begge gruppene men spesielt i gruppe 2 der 84 % av skjemaene ikke var merket. Komplikasjoner i forbindelse med medikamentell abort oppstår ofte i ettertid av inngrepet og blir derfor ikke registrert på begjæringsskjemaet.

Da det ikke var registrert noen tilfeller med komplikasjoner i gruppe 1 fant vi ingen hensikt i å gå nærmere inn på dette. Fordi vi bare skulle hente informasjon fra begjæringsskjemaet har vi for lite informasjon til å trekke noen konklusjon.

Vi fant ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt sivilstatus. Dette funnet var som forventet. Det samme gjaldt tidligere levendefødte.

Vi ønsket å se om alder påvirket valg av metode mellom de yngste og eldste kvinnene. Det ville vært interessant å se om de eldre kvinnene valgte den mest kjente og lengst brukte kirurgiske metoden og om de yngste var mindre tradisjonsbundet i sitt valg. Men resultatene våre viste at det var ingen preferanse innad i hver enkelt aldersgruppe. Det viser at det er helt tilfeldig hvilken metoden både de unge og de eldre kvinnene velger. Det ble derfor ingen hensikt å sammenligne de to gruppene opp mot hverandre.

I materialet var p-pille bruken høyest blant de under 30 år. Årsaken til dette kan jo være at de unge kvinnene er mer opplyst i dag og at tilgangen på p-pille er lettere enn tidligere. I dag kan helsesøstrene skrive ut resept på p-pille, og p-pille er gratis for de mellom 16-19 år. Noe av forklaringen ligger nok også i at kvinner over 35 år ikke anbefales bruk av p-piller på grunn av faren for dyp venetrombose og brystkreft.

I valg av andre prevensjonsmetodene var det ingen forskjell mellom unge og eldre kvinner.

Prevensjonsbrukere har flere tidligere aborter enn ikke- brukere. Dette kan tyde på at mange av de som har tatt abort er mer påpasselig med å bruke prevensjon for å unngå flere uønskede graviditeter. Årsaken til at de allikevel blir gravide tross prevensjon skyldes trolig brukerfeil. Sekstifire % fikk utført provosert abort for 1.gang.

4 KONKLUSJON

I vårt studie har vi analysert noen sentrale parameter hos 483 kvinner som fikk utført svangerskapsavbruddene på RiTØ år 2000. Seksti komma fem prosent valgte medikamentell metode. Det var for øvrig ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene med hensyn til alder, yrkessituasjon, prevensjon, røykevaner, sivilstatus, tidligere levendefødte og tidligere provoserte aborter. Det tyder på at informasjonen om den nye metoden har nådd frem til kvinner som velger selvbestemt abort. Femtisju prosent brukte ingen prevensjon, 60% er røykere, 64% utførte provosert abort for 1.gang. Avmerkningen for komplikasjoner var dårlig i begge gruppene, men spesielt for gruppe 2.

Vi kan konkludere med at de to gruppene er ganske like og at den gitte informasjonen har nådd frem til den aktuelle målgruppe. Våre hypoteser er verifiserte og står dermed ved lag.

VEDLEGG

Statistics

Svangerskapslengde

N	Valid	438
	Missing	45

Ranks

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Svangerskapslengde	1	140	208,42	29179,00
	2	214	157,27	33656,00
	Total	354		

Test Statistics^a

	Svangerskapslengde
Mann-Whitney U	10651,000
Wilcoxon W	33656,000
Z	-4,836
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: Gruppe

Tabell 1: Metodevalg frem til og med uke 9.

Svangerskapslengde * Gruppe Crosstabulation

Count

		Gruppe		Total
		1	2	
Svangerskapslengde	4		3	3
	5	4	13	17
	6	14	35	49
	7	31	70	101
	8	62	83	145
	9	29	10	39
Total		140	214	354

Tabell 2: Svangerskapsvarighet

Alder i 5-årsgrupper

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 10-14	1	,2	,2	,2
15-19	78	16,1	16,1	16,4
20-24	122	25,3	25,3	41,6
25-29	120	24,8	24,8	66,5
30-34	91	18,8	18,8	85,3
35-39	52	10,8	10,8	96,1
40-44	16	3,3	3,3	99,4
45-49	3	,6	,6	100,0
Total	483	100,0	100,0	

Tabell 3: Aldersfordelingen i 5års grupper

Descriptives

Gruppe		Statistic	Std. Error	
Alder	1	Mean	26,49	
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	25,56	
		Upper Bound	27,42	
		5% Trimmed Mean	26,15	
		Median	26,00	
		Variance	51,552	
		Std. Deviation	7,18	
		Minimum	14	
		Maximum	48	
		Range	34	
		Interquartile Range	12,00	
		Skewness	,581	,160
		Kurtosis	-,484	,320
	2	Mean	27,37	
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	26,57	
		Upper Bound	28,17	
		5% Trimmed Mean	27,19	
		Median	27,00	
		Variance	42,011	
		Std. Deviation	6,48	
		Minimum	16	
		Maximum	47	
		Range	31	
		Interquartile Range	10,00	
		Skewness	,379	,153
		Kurtosis	-,490	,305

Tabell 4: Alderssprednin

Yrkessituasjon * Gruppe Crosstabulation

			Gruppe		Total
			1	2	
Yrkessituasjon	deltid	Count	29	30	59
		Expected Count	27,8	31,2	59,0
	heltid	Count	91	97	188
		Expected Count	88,6	99,4	188,0
	hjemme	Count	17	15	32
		Expected Count	15,1	16,9	32,0
	perm	Count	13	15	28
		Expected Count	13,2	14,8	28,0
	skole	Count	65	84	149
		Expected Count	70,3	78,7	149,0
	Total	Count	215	241	456
		Expected Count	215,0	241,0	456,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,421 ^a	4	,840
Likelihood Ratio	1,423	4	,840
N of Valid Cases	456		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,20.

Tabell 5: Fordeling i de ulike yrkessituasjonene i de to gruppene.

Prevensjon gruppert * Gruppe Crosstabulation

			Gruppe		Total
			1	2	
Prevensjon gruppert	annet	Count	25	21	46
		Expected Count	21,9	24,1	46,0
	ingen	Count	137	140	277
		Expected Count	131,9	145,1	277,0
	kondom	Count	31	47	78
		Expected Count	37,1	40,9	78,0
	p-pille	Count	37	45	82
		Expected Count	39,0	43,0	82,0
	Total	Count	230	253	483
		Expected Count	230,0	253,0	483,0

Tabell 6: Fordeling av prevensjonsmetode i de to gruppene

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Røyking * Gruppe	438	90,7%	45	9,3%	483	100,0%

Røyking * Gruppe Crosstabulation

			Gruppe		Total
			1	2	
Røyking	aldri	Count	72	101	173
		Expected Count	82,6	90,4	173,0
	avogtil	Count	21	19	40
		Expected Count	19,1	20,9	40,0
	daglig	Count	116	109	225
		Expected Count	107,4	117,6	225,0
Total		Count	209	229	438
		Expected Count	209,0	229,0	438,0

Tabell 7: Røykevanene i de to gruppene

Komplikasjon * Gruppe Crosstabulation

Count

		Gruppe		Total
		1	2	
Komplikasjon	ikke avmerket	70	212	282
	ja		8	8
	nei	160	33	193
Total		230	253	483

Tabell 8: Komplikasjoner

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sivilstatus * Gruppe	476	98,6%	7	1,4%	483	100,0%

Sivilstatus * Gruppe Crosstabulation

			Gruppe		Total
			1	2	
Sivilstatus	enslig	Count	121	124	245
		Expected Count	115,8	129,2	245,0
	gift	Count	25	38	63
		Expected Count	29,8	33,2	63,0
	samboer	Count	68	82	150
		Expected Count	70,9	79,1	150,0
	skilt	Count	11	7	18
		Expected Count	8,5	9,5	18,0
Total		Count	225	251	476
		Expected Count	225,0	251,0	476,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,505 ^a	3	,320
Likelihood Ratio	3,523	3	,318
N of Valid Cases	476		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,51.

Tabell 9: Sivilstatus

levendefø

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	229	47,2	47,4	47,4
	1	91	18,8	18,8	66,3
	2	92	19,0	19,0	85,3
	3	52	10,7	10,8	96,1
	4	10	2,1	2,1	98,1
	5	2	,4	,4	98,6
	999	4	,8	,8	99,4
	9999	3	,6	,6	100,0
	Total	483	99,6	100,0	
	Missing	System	2	,4	
Total		485	100,0		

Ranks

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Antall levendefødte	1	228	237,57	54165,00
	2	248	239,36	59361,00
	Total	476		

Test Statistics^a

	Antall levendefødte
Mann-Whitney U	28059,000
Wilcoxon W	54165,000
Z	-,152
Asymp. Sig. (2-tailed)	,879

a. Grouping Variable: Gruppe

Tabell 10: Tidligere levendefødte

prov-ab

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	311	64,1	64,4	64,4
	1	102	21,0	21,1	85,5
	2	32	6,6	6,6	92,1
	3	15	3,1	3,1	95,2
	4	7	1,4	1,4	96,7
	5	4	,8	,8	97,5
	6	1	,2	,2	97,7
	999	8	1,6	1,7	99,4
	9999	3	,6	,6	100,0
	Total	483	99,6	100,0	
Missing	System	2	,4		
Total		485	100,0		

Ranks

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Antall prov. aborter	1	224	242,46	54310,00
	2	248	231,12	57318,00
	Total	472		

Test Statistics^a

	Antall prov. aborter
Mann-Whitney U	26442,000
Wilcoxon W	57318,000
Z	-1,075
Asymp. Sig. (2-tailed)	,282

a. Grouping Variable: Gruppe

Tabell 11 : Tidligere provoserte aborter

Prevensjon gruppert * Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle Crosstabulation

			Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle		Total
			Unge	Eldre	
Prevensjon gruppert	annet	Count	26	20	46
		Expected Count	31,8	14,2	46,0
		% within Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle	7,8%	13,4%	9,5%
		% of Total	5,4%	4,1%	9,5%
ingen		Count	192	85	277
		Expected Count	191,5	85,5	277,0
		% within Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle	57,5%	57,0%	57,3%
		% of Total	39,8%	17,6%	57,3%
kondom		Count	47	31	78
		Expected Count	53,9	24,1	78,0
		% within Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle	14,1%	20,8%	16,1%
		% of Total	9,7%	6,4%	16,1%
p-pille		Count	69	13	82
		Expected Count	56,7	25,3	82,0
		% within Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle	20,7%	8,7%	17,0%
		% of Total	14,3%	2,7%	17,0%
Total		Count	334	149	483
		Expected Count	334,0	149,0	483,0
		% within Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	69,2%	30,8%	100,0%

Tabell 12a: Prevensjonsbruken blant yngre og eldre

Test Statistics

	Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle
Chi-Square ^a	8,648
df	1
Asymp. Sig.	,003

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 25,3.

Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle

	Observed N	Expected N	Residual
Unge	69	56,7	12,3
Eldre	13	25,3	-12,3
Total	82		

Tabell 12b : P-pille bruk hos unge versus eldre

Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle

	Observed N	Expected N	Residual
Unge	47	53,9	-6,9
Eldre	31	24,1	6,9
Total	78		

Test Statistics

	Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle
Chi-Square ^a	2,859
df	1
Asymp. Sig.	,091

a. 0 cells (,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 24,1.

Tabell 12c: Kondombruk blant unge og eldre.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Røyking * Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle	438	90,7%	45	9,3%	483	100,0%

Røyking * Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle Crosstabulation

			Alder gruppert i unge (<= 30) og gamle		Total
			Unge	Eldre	
Røyking	aldri	Count	114	59	173
		Expected Count	121,7	51,3	173,0
	avogtil	Count	32	8	40
		Expected Count	28,1	11,9	40,0
	daglig	Count	162	63	225
		Expected Count	158,2	66,8	225,0
Total	Count	308	130	438	
	Expected Count	308,0	130,0	438,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,722 ^a	2	,155
Likelihood Ratio	3,826	2	,148
N of Valid Cases	438		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,87.

Tabell 13: Røykevanene hos de yngste versus de eldste.

Ranks

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Antall prov. aborter	1	224	242,46	54310,00
	2	248	231,12	57318,00
	Total	472		

Test Statistics^a

	Antall prov. aborter
Mann-Whitney U	26442,000
Wilcoxon W	57318,000
Z	-1,075
Asymp. Sig. (2-tailed)	,282

a. Grouping Variable: Gruppe

Tabell 14: Tidligere provoserte aborter versus prevensjonsbruk.

Aborter	(<12 uker)	Fødsler	Antall graviditeter	Prosent
1997	420	1492	1912	22%
1998	413	1420	1833	23%
1999	415	1472	1887	22%
2000	502	1494	1996	25%
2001	479	1388	1867	26%

Tabell 15: Aborter på RiTø fra og med 1997 til og med 2001. (Referanse nr 4)

År	1990	1998	1999	2000	2001
Aborter pr 1000 kvinne	14,8	13,2	13,3	13,6	12,6

Tabell 16: Aborter per 1000 kvinne i Norge (Referanse nr5)



4.1 LOV 1975-06-13 nr 50: Lov om svangerskapsavbrudd.

Bruk av basen forutsetter at du samtykker i betingelsene i [brukeravtalen](#).

DATO: LOV-1975-06-13-50

DEPARTEMENT: HD (Helsedepartementet)

PUBLISERT: ISBN 82-504-1257-5

IKRAFTTREDELSE: 1976-01-01

SIST-ENDRET: [LOV-2001-06-15-93](#) fra 2002-01-01

ENDRER:

4.1.1 INNHOLD

Lov om svangerskapsavbrudd.

- § 1. Samfunnet skal så langt råd er sikre alle barn betingelser...
- § 2. Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne...
- § 3. Inngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan bare...
- § 4. Begjæringen om svangerskapsavbrudd skal fremsettes av...

- § 5. Begjæring om svangerskapsavbrudd skal fremsettes overfor en...
 - § 6. Dersom inngrepet kan foretas før utgangen av tolvte...
 - § 7. Kan inngrepet ikke foretas før utgangen av tolvte...
 - § 8. Nemndas vedtak om å tillate eller nekte svangerskapsavbrudd...
 - § 9. Avbrytelse av svangerskap kan bare foretas med samtykke av...
 - § 10. Medfører svangerskapet overhengende fare for kvinnens liv...
 - § 11. Nemnda kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt...
 - § 12. Kongen kan gi nærmere forskrifter til gjennomføringen av...
 - § 13. Den som forsettlig avbryter svangerskap eller medvirker...
 - § 14. Regionale helseforetak skal organisere sykehustjenesten...
 - § 14a. Kvinne som har fått utført inngrep etter loven her,...
 - § 15. ...
-

4.1.2 Lov om svangerskapsavbrudd.

Jfr. strl. § 245. - Jfr. *tidligere* lov 11 nov 1960 nr. 2.

§ 1. Samfunnet skal så langt råd er sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Som et ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmål slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig.

Endret ved lov 16 juni 1978 nr. 66.

§ 2. Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg.

Finner kvinnen, etter at hun har fått tilbud om informasjon m.v. som nevnt og veiledning etter § 5 annet ledd første punktum, at hun likevel ikke kan gjennomføre svangerskapet, tar hun selv den endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det.

Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan svangerskapsavbrudd skje når

- a) svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom;
- b) svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon;
- c) det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet;
- d) hun ble gravid under forhold som nevnt i straffeloven §§ 197-199, eller svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 192-196 og § 199; eller
- e) hun er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad.

Ved vurderingen av begjæring om avbrudd begrunnet i forhold som nevnt foran i tredje ledd bokstav a, b og c skal det tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet. Det skal legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon.

Kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskapets lengde.

Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det. Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 11 aug 2000 nr. 76.

§ 3. Inngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan bare utføres i sykehus. Inngrep som utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke, kan også utføres i annen institusjon som fylkeslegen har godkjent.

Svangerskapsavbrudd kan bare utføres av lege.

Endret ved lov 16 juni 1989 nr. 86.

§ 4. Begjæringen om svangerskapsavbrudd skal fremsettes av kvinnen selv. Er hun under 16 år, skal den eller de som har foreldreansvaret eller vergen gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det. Er kvinnen psykisk utviklingshemmet, skal hennes verge på tilsvarende måte gis anledning til å uttale seg.

Er kvinnen alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad, kan begjæringen settes fram av vergen. Kvinnens samtykke skal innhentes såfremt det kan antas at hun har evne til å forstå betydningen av inngrepet.

Er kvinnen uten verge i tilfelle som nevnt i første ledd, tredje punktum eller annet ledd, skal skifteretten etter begjæring fra hennes lege eller nemnda (jfr. § 7) oppnevne hjelpeverge til å utføre vergens oppgaver etter loven her.

Endret ved lov 8 april 1981 nr. 7.

§ 5. Begjæring om svangerskapsavbrudd skal fremsettes overfor en lege. Begjæring om avbrudd etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan også fremsettes overfor en nemnd (jfr. § 7).

Kvinne som har begjært svangerskapsavbrudd, eller den som har begjært svangerskapsavbrudd etter § 4 annet ledd, skal av legen (eller nemnda) gis opplysning om inngrepets art og medisinske virkninger. Legen skal også gi informasjon og veiledning om bistand som nevnt i § 2 første ledd, dersom kvinnen ber om det.

Endret ved lov 16 juni 1978 nr. 66.

§ 6. Dersom inngrepet kan foretas før utgangen av tolvte svangerskapsuke skal legen, når kvinnen har mottatt opplysninger, informasjon m.v. som nevnt i § 5 annet ledd, første punktum, straks sende begjæringen sammen med en skriftlig henvisning, til den avdeling eller annen institusjon hvor inngrepet skal utføres.

Avslår overlegen eller dennes stedfortreder å utføre inngrepet fordi tungtveiende medisinske grunner taler mot det, skal saken straks sendes fylkeslegen med en skriftlig begrunnelse. Fylkeslegen skal henwise kvinnen til et annet sykehus eller godkjent institusjon hvor inngrepet eventuelt kan bli utført.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 16 juni 1989 nr. 86.

§ 7. Kan inngrepet ikke foretas før utgangen av tolvte svangerskapsuke, skal legen, når kvinnen har mottatt opplysninger, informasjon m.v. som nevnt i § 5 annet ledd, straks sende begjæringen sammen med en skriftlig utredning om de grunner kvinnen anfører og de observasjoner som er gjort til nemnd som omtalt i annet ledd. Er begjæringen satt frem direkte overfor nemnda skal den ta saken opp til avgjerd straks den er ferdig forberedt. Viser undersøkelsen at inngrepet likevel kan utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke, skal nemnda straks henwise kvinnen til en avdeling eller annen institusjon hvor inngrepet kan utføres.

Vedtak om svangerskapsavbrudd treffes etter samråd med kvinnen av en nemnd sammensatt av to leger.

Endret ved lov 16 juni 1978 nr. 66.

§ 8. Nemndas vedtak om å tillate eller nekte svangerskapsavbrudd skal være skriftlig grunnlagt. Kvinnen, eller den som handler på hennes vegne, skal underrettes om grunnen for vedtaket. Melding om vedtak om å nekte avbrudd og om grunnene for det kan i særlige tilfelle gis muntlig.

Dersom begjæringen avslås, skal nemnda underrette kvinnen, eller den som handler på hennes vegne, om at vedtaket vil bli prøvet av en annen nemnd, med mindre hun trekker begjæringen tilbake innen tre dager etter at hun er blitt underrettet om avslaget. Samtidig skal nemnda sende sakens dokumenter til fylkeslegen. Fylkeslegen skal i samråd med kvinnen legge saken frem for en annen nemnd til fornyet behandling, med mindre kvinnen har trukket begjæringen tilbake innen frist som nevnt. Ved behandlingen av saker etter denne paragraf skal nemnda i tillegg bestå av et tredje medlem som ikke er lege, utpekt av fylkeslegen. Nemndas avgjørelser treffes med enkelt flertall.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 16 juni 1989 nr. 86.

§ 9. Avbrytelse av svangerskap kan bare foretas med samtykke av fylkeslegen

- a) når kvinnen er under 16 år, og den eller de som har foreldreansvaret eller vergen har uttalt seg mot at svangerskapet blir avbrutt,
- b) når kvinnen er psykisk utviklingshemmet og vergen har uttalt seg mot at svangerskapet blir avbrutt, eller
- c) når kvinnens samtykke ikke er innhentet etter § 4 annet ledd annet punktum.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 8 april 1981 nr. 7, 16 juni 1989 nr. 86.

§ 10. Medfører svangerskapet overhengende fare for kvinnens liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i denne lov.

§ 11. Nemnda kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt innhente opplysninger om kvinnens helse-, sosial- og trygdeforhold, forutsatt at kvinnen har samtykket i det.

Enhver som deltar i behandlingen av saker etter denne lov, plikter å bevare taushet om det vedkommende har fått kjennskap til.

§ 12. Kongen kan gi nærmere forskrifter til gjennomføringen av denne lov, herunder om sammensetningen av nemndene (Jfr. §§ 7 og 8).

§ 13. Den som forsettlig avbryter svangerskap eller medvirker til det i strid med denne lov eller forskrifter gitt i medhold av loven, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder for så vidt forholdet ikke rammes av strengere straffebud.

På samme måte straffes den som forsettlig muntlig eller skriftlig gir uriktige opplysninger i begjæring om svangerskapsavbrudd eller til bruk ved avgjørelsen av begjæringen, eller som rettsstridig bryter taushetsplikt etter § 11. Den som bevirker eller medvirker til slik overtredelse, straffes tilsvarende.

Bestemmelsene om straff i første ledd gjelder ikke for kvinne som selv avbryter sitt svangerskap eller som medvirker til det.

§ 14. Regionale helseforetak skal organisere sykehusjenesten slik at kvinnen innen helseregionen til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a. Ved organiseringen skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 2 juli 1999 nr. 61 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1196), 15 juni 2001 nr. 93 (i kraft 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417).

§ 14a. Kvinne som har fått utført inngrep etter loven her, skal når hun anmoder om det sikres veiledning om svangerskapsforebyggende tiltak.

Tilføyd ved lov 16 juni 1978 nr. 66.

§ 15.

1. Denne lov trer i kraft fra den tid Kongen fastsetter. Kongen kan bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard.
2. Fra samme tidspunkt oppheves - - -
3. Fra lovens ikrafttrede - - -
4. Kongen fastsetter overgangsbestemmelser - - -

Sist oppdatert 30. aug 2002 av [Lovdata](#)

Journal ved begjæring om selvbestemt svangerskapsavbrudd (innen utgangen av 12. svangerskapsuke)

1. JOURNAL OG EPIKRISE

Gjennomslag - Bruk kulepenn, skriv hardt

Navn	Saksnr.
Adresse til	
Bekommune	Bydel

Kvinnens navn og adresse		
Fødselsdato	Personnr.	Telefon

Begjæringen fremsatt av <input type="checkbox"/> Kvinnen <input type="checkbox"/> Verge Begjæring mottatt dato	Begjæringen fremmet for utg. av 12 svangerskapsuke? <input type="checkbox"/> Ja Legens navn	Fykeslegens samtykke iht § 9 <input type="checkbox"/> a / b / c
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Sivilstatus (sett ett kryss)

<input type="checkbox"/> Gift	<input type="checkbox"/> Ugift/enslig	<input type="checkbox"/> Enke
<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="checkbox"/> Skilt/separert	<input type="checkbox"/> Annet

Arbeid/skolegang/annet (sett evt flere kryss)

<input type="checkbox"/> Heltidsarbeid	<input type="checkbox"/> Skolegang/studier	<input type="checkbox"/> Permittert/arbeidsledig	<input type="checkbox"/> Sykmeldt
<input type="checkbox"/> Deltidsarbeid	<input type="checkbox"/> Hjemmearbeid	<input type="checkbox"/> Ufer	<input type="checkbox"/> Annet

Journaldato	Journal skrevet av	Er begjæringen underskrevet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Tidligere svangerskap		Ønsker kvinnen rådgivning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Antall totalt	Derav levendef.	Hvis ja, er tilbud om rådgivning gitt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Spontanaborter under 12 uker	
	Dodfødte/spontanaborter over 12 uker	
	Provoserte aborter	
	Antall	År for siste inngrep

Tidligere sykdommer

<input type="checkbox"/> Intet spesielt	<input type="checkbox"/> Hjertesykdom	<input type="checkbox"/> Lungesykd	<input type="checkbox"/> Res. urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/> Hepatitt	Annet/spesifikasjon
	<input type="checkbox"/> Hypertensjon	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Kronisk nyresykdom		
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsi	<input type="checkbox"/> Gyn. sykd./operasjon		

Prevensjonsbruk for inngrepet

<input type="checkbox"/> (0) Ingen	(4) P-pule	(8) Minipille	(12) Ikke besvart	Annet - beskriv	Ønsker kvinnen prevensjonsveiledning etter inngrepet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
(1) Sikre perioder	(5) Kondom	(9) Spiral			Hvis ja, er tilbud om veiledning gitt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
(2) Avbrutt samleie	(6) Femidom	(10) Kvinne sterilisert			
(3) Pessar	(7) P-pille	(11) Mann sterilisert			

Allergi	Faste medisiner	Røyking
Vekt	Cor	<input type="checkbox"/> (1) Aldr
Høyde	Pulm	<input type="checkbox"/> (2) Av og til
BT	Abdomen	<input type="checkbox"/> (3) Daglig
GU, VVP	Uterus	Antall
	Adnexa	

Siste mens	Uterus tilsvarende	Klamydiaprøve	Andre mikrobiologiske prøver - spesifiser
Dato	Uker	(1) Pos.	
		(2) Neg	
		(3) Forurenset	
		(4) Ikke tatt	
		(5) Oppl. mangler	
		Prove tatt i dag <input type="checkbox"/> (kryss)	

Er svangerskapsavbruddet utført?	Sv.avbruddet utført	Høyeste Hegar	Begrunnelse for ikke utført sv.avbrudd	Komplikasjoner ved sv.avbruddet
<input type="checkbox"/> Ja, poliklinisk	Dato	Antall mm	<input type="checkbox"/> (1) Trukket tilbake	<input type="checkbox"/> (0) Ingen
<input type="checkbox"/> Ja, under innleggelse	Utført av lege		<input type="checkbox"/> (2) Ikke tatt	<input type="checkbox"/> (1) Perforasjon
<input type="checkbox"/> Nei			<input type="checkbox"/> (3) Ikke gravid	<input type="checkbox"/> (2) Annet (Eget ark)
			<input type="checkbox"/> (4) Spontanabort	
			<input type="checkbox"/> (5) Annen årsak	

Inngrep i forbindelse med svangerskapsavbrudd (sett evt flere kryss)	Andre inngrep	Frøtekst (bruk evt. tilleggsark)
<input type="checkbox"/> Revisjon av uterin hule	<input type="checkbox"/> Hysterotomi og evakuering av graviditetsprodukter	
<input type="checkbox"/> Dilatering og utskraping av livmor	<input type="checkbox"/> Vakuumaspirasjon	
<input type="checkbox"/> Bruk av abortfremkallende stoff	<input type="checkbox"/> Spiral satt inn	
	<input type="checkbox"/> Sterilisering	
	<input type="checkbox"/> Annet	

Dato	Rb <input type="checkbox"/> (1) Pos	Asp <input type="checkbox"/> (1) Ja	Gift av	Sykmeldt fra	Sykmeldt til
	(2) Neg	(2) Nei			

REFERANSER

1. Provosert abort, Britt Ingjerd Nesheim, Gynekologi Bergsjø, Maltau, Molne, Nesheim, Universitetsforlaget 1997, 210-215
2. Bjørge, Lian Johnsen, Midbøe, Augestad, Økland et al, Early pregnancy termination with Mifepristone and Misoprostol in Norway, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavia 2001: 1056-1061
3. Bjørge, Iversen, Mifepriston- et kontroversielt legemiddel med stort potensial, Tidsskrift for Den norske legeforening, 20. nov. 2001
4. Statistisk årbok 2002
5. Årsrapport fra RiTØ 1997-2001