

Provosert abort som hjemmebehandling

Sammendrag

Bakgrunn. Medikamentelt indusert svangerskapsavbrudd til og med svangerskapsuke ni er en etablert behandlingsmetode. Vi ønsket å studere hvor tilfredse de som selv valgte å utføre medikamentell abort hjemme var med denne behandlingen, og om grad av tilfredshet var knyttet til ulike sosio-demografiske og kliniske faktorer.

Materiale og metode. Høsten 2005 ble 110 abortsøkende ved Ullevål universitetssykehus med svangerskapslengde under sju uker inkludert i studien. Data ble innhentet ved hjelp av spørreskjema før, like etter og tre uker etter aborten. Grad av tilfredshet med behandlingen ble registrert på en skala fra 1 til 10, hvor 1 var «ikke tilfreds» og 10 «svært tilfreds».

Resultater. 90 av 105 kvinner var svært tilfreds med behandlingen (> 7 på tilfredshetsskalaen). Ubegag og smerte under aborten samt sivilstatus så ut til å ha betydning for hvor fornøyd den abortsøkende var med prosedyren. Det var stor variasjon i rapportert smerte, men ingen alvorlige komplikasjoner.

Fortolkning. Undersøkelsen viste at det var stor grad av tilfredshet med medikamentelt indusert svangerskapsavbrudd som hjemmebehandling. Studien omfattet relativt få kvinner, og det er derfor usikkerhet knyttet til hvilke faktorer som er assosiert med lav tilfredshet. Medikamentell abort hjemme bør kunne etableres som et tilbud til kvinner som ønsker svangerskapsavbrudd, forutsatt at de får grundig informasjon, tilstrekkelig smertelindring og tilbys et velfungerende kontrollopplegg.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Hilde Jørgensen

hijr@uus.no
Kvinne- og barndivisjonen
Kvinneklinikken
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Erik Øvigstad

Kvinne- og barndivisjonen
Kvinneklinikken
Ullevål universitetssykehus
og
Universitetet i Oslo

Fridtjof Jerve

Eldbjørg Melseth
Kvinne- og barndivisjonen
Kvinneklinikken
Ullevål universitetssykehus

Anne Eskild

Kvinneklinikken
Akershus universitetssykehus
og
Divisjon for psykisk helse
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Christopher S. Nielsen

Divisjon for psykisk helse
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Medikamentelt indusert svangerskapsavbrudd har vært praktisert i Europa siden 1988 (1). Den vanligste behandlingsprosedyren er en kombinasjon av antiprogesteronet mifepriston og prostaglandinet misoprostol. Ved Kvinneklinikken ved Ullevål universitetssykehus benyttes 200 mg mifepriston peroralt poliklinisk, kombinert med 0,8 mg misoprostol vaginalt 1–3 døgn senere i sykehus. Prosedyren medfører komplett abort hos opptil 97% (1–3) av de abortsøkende gravide med svangerskapsvarighet på inntil 63 dager.

Vi tilbyr medikamentell abort ved graviditetsvarighet på opptil 63 dager. Dagens rutiner innebærer en sykehusinnleggelse av 4–6 timers varighet, der kvinnen selv setter misoprostol vaginalt, får analgetika samt pleie og omsorg. De fleste aborterer i løpet av disse timene.

Undersøkelser fra andre land har vist at mange foretrekker å gjennomføre medikamentell abort hjemme (4–6), og at dette både er trygt og effektivt (7). De samme studiene har også vist at kvinnene i stor grad har vært fornøyd med sitt valg og har funnet smertene akseptable. Hjemmeabort har så langt ikke vært et etablert tilbud til norske kvinner. Det antas at pasientenes grad av tilfredshet med behandlingen blant annet avhenger av muligheten for selvbestemmelse (1, 8–10). Et tilbud om medikamentell abort hjemme vil gi en kvinne anledning til å velge

selv. Det er derfor av verdi å se hvilke faktorer som har betydning for hvor tilfreds hun blir med hjemmeabort.

Hovedmålet med denne studien var å undersøke i hvilken grad kvinnene var tilfreds med å foreta medikamentell abort hjemme. Dermed ønsket vi å studere om sosiodemografiske faktorer, grad av angst målt forut for inngrepet, opplevd smerte og kliniske komplikasjoner var knyttet til grad av tilfredshet.

Materiale og metode

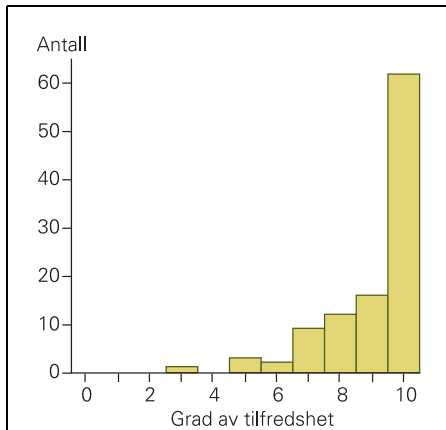
Utvalg

Vi inkluderte alle abortsøkende kvinner ved Ullevål universitetssykehus i tidsrommet 10.10. 2005–16.1. 2006 som oppfylte inklusjonskriteriene og som samtykket til deltakelse i studien (n = 110). Våre kriterier for å tilby medikamentell abort generelt er graviditet av opptil 63 dagers varighet samt mulighet for å kommunisere på norsk eller engelsk. Kontraindikasjoner er hypertensjon (diastolisk trykk > 95 mm/Hg), amming, tidligere tromboembolisk sykdom, binyrebarksykdom, glaukom, mitralstenose, sigdcelleanemi, leversykdom og insulinkrevende diabetes mellitus. Kvinner over 35 år som røyker mer enn 15 sigaretter per dag, får heller ikke dette tilbudet. Tilleggs-kriterier for inklusjon i denne studien var at kvinnen var fylt 18 år, behersket norsk skriftlig og muntlig og hadde en reiseavstand fra hjemmet til sykehuset på under en time. Vi valgte å inkludere kun kvinner med opptil 49 dagers graviditet. Dette fordi metoden var ny i avdelingen samt fordi vår erfaring med medikamentelle aborter i sykehus indikerte at pasienter med mer enn 49 dagers svangerskapsvarighet oftere får betydelig smerte i forbindelse med aborten.

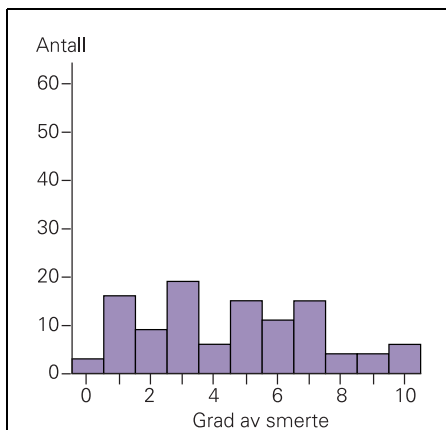
I studieperioden ble det i alt utført 662 provoserte aborter ved Ullevål universitetssykehus – 481 kvinner gjennomgikk kirurgisk abort, 71 fikk medikamentell abort i

Hovedbudskap

- Kvinner som selv velger medikamentell abort som hjemmebehandling, er godt tilfreds med behandlingen
- Få faktorer knyttet til behandlingen var sikkert assosiert med tilfredshet
- Variasjonen i smerteopplevelse under aborten var stor, og relativt mange hadde sterke smerter



Figur 1 Fordeling av rapportert tilfredshet med behandlingsopplegget hos 105 kvinner som gjennomførte medikamentell abort hjemme i perioden oktober 2005-januar 2006. 0 indikerer «svært lite tilfreds», 10 «svært tilfreds»



Figur 2 Fordeling av rapportert smerte hos 105 kvinner som gjennomførte medikamentell abort hjemme i perioden oktober 2005-januar 2006. Smerte ble angitt på en numerisk rangeringsskala (NRS) som gikk fra 0 til 10, der 0 indikerer «ingen smerter» og 10 den sterkeste smerten man kan forestille seg

sykehuset og 110 ble inkludert i studien. 11 av dem som ble forespurt om deltakelse takket nei og fikk behandling i sykehus.

Av de 110 inkluderte uteble to etter første konsultasjon. To møtte ikke til etterkontroll, men sendte inn det andre spørreskjemaet. En kvinne besvarte ikke spørsmålet om tilfredshet. Svar fra 105 pasienter danner derfor grunnlaget for studien.

Prosedyre

Ved første konsultasjon ble det foretatt gynekologisk undersøkelse og vaginal ultralydundersøkelse for å beregne svangerskapsvarigheten. Alle fikk grundig skriftlig og muntlig informasjon om studien og underskrev på samtykkeerklæring om deltakelse. Etter dette fikk de en tablett mifepriston 200 mg til inntak på poliklinikken. Dessuten fikk de med seg hjem en konvolutt med

0,8 mg misoprostol (fire tabletter), en stikkpille paracetamol med 60 mg kodein samt en diklofenak 100 mg stikkpille. De fire tablettenes med misoprostol (til sammen 0,8 mg) skulle settes vaginalt neste dag, fortrinnsvis mellom kl. 16 og kl. 18, samtidig med en stikkpille paracetamol med 60 mg kodein rektalt. Diklofenak 100 mg skulle settes rektalt en time senere. Vedlagt var det også en resept på ti tabletter paracetamol med kodein i tilfelle det skulle bli behov for mer smertestillende. Et detaljert informasjons-skriv om medikamentbruk fulgte med. Pasientene kunne ta kontakt med avdelingen på telefon ved problemer eller ved uklarheter angående behandlingen. Vi anbefalte alle å ha noen hos seg under aborten, men det var ikke et absolutt krav.

Etter 2–3 uker ble det gjort klinisk undersøkelse og vaginal ultralydundersøkelse for å kontrollere om aborten var komplett.

Datainnsamling

Data ble innsamlet ved hjelp av tre spørreskjemaer til pasienten, dessuten hentet vi informasjon fra sykehusets elektroniske pasientjournaler. Det første skjemaet ble fylt ut ved forundersøkelsen, samme dag som mifepriston ble gitt. Det omfattet sosiodemografiske forhold og standardiserte spørsmål om angst. Det andre spørreskjemaet, som omhandlet medikamentinntak, blødningsmengde og smerte, ble fylt ut av pasienten hjemme så raskt som mulig etter aborten og sendt tilbake i en ferdig frankert konvolutt. Det tredje skjemaet ble fylt ut ved etterkontrollen, og omhandlet bivirkninger, blødningsvarighet og grad av tilfredshet med behandlingen. Opplysninger om eventuelle komplikasjoner ble innhentet fra pasientjournalen.

Variabler

Tilfredshet med behandlingen var den avhengige variabelen. Grad av tilfredshet ble angitt av pasienten på en skala fra 0 til 10, der 0 var «svært lite tilfreds» og 10 «svært tilfreds». Spørsmålet om tilfredshet lød: «Hvor tilfreds er du alt i alt med den behandlingen du har fått?» Vi valgte > 7 som grense for «godt tilfreds» versus «mindre tilfreds» (≤ 7). Denne grensen ble valgt post hoc, basert på fordeling av tilfredshetskårer som viste at de aller fleste pasientene var tilfreds med behandlingen. Siden vi ønsket å studere bakgrunnsfaktorer for eventuell utilfredshet ble grensen satt ved laveste verdi som ga tilstrekkelig stor gruppe med moderat til mindre tilfredse pasienter til at analysene kunne gjennomføres.

Forklaringsvariablene var som følger: sosiodemografiske faktorer – alder, paritet, tidligere gjennomgåtte aborter, utdanning og sivilstatus. Også opplysninger om grad av angst ble innhentet. Angst ble målt før aborten ved hjelp av State Trait Anxiety Inventory (STAI) (11). Dette er et 20-ledds spørreskjema der personen enten angir hvordan

han/hun vanligvis har det (trekkangst) eller hvordan han/hun har det for øyeblikket (tilstandsangst). Trekkversjonen ble brukt i denne undersøkelsen. Der ett spørsmål var ubesvart (n = 12), ble data interpolert med gjennomsnittsskår fra de øvrige spørsmålene. Der flere enn ett spørsmål var ubesvart (n = 4), ble data utelatt.

Om smerte ble det spurt: «Hvor smertefull har aborten vært for deg generelt?» Spørsmålet om ubehag lød: «Hvor ubehagelig var aborten for deg?» Svarene ble avgitt rett etter aborten (spørreskjema 2) ut fra en numerisk rangeringsskala (numeric rating scale, NRS) (12) fra 0 til 10, der 0 tilsvarer «ingen smerte/ikke ubehagelig» og 10 tilsvarer «den sterkeste smerten/det sterkeste ubehaget du kan forestille deg». Andre forklaringsvariabler for tilfredshet var blødningsmengde, blødningsvarighet, kliniske komplikasjoner og bivirkninger.

Statistisk metode

Kontinuerlige variabler er angitt med gjennomsnitt og standardavvik. Forskjell i gjennomsnitt er signifikant testet med t-test. Angstdata ble transformert ($x^{0.5}$) for å oppnå normalfordeling før signifikantesting. For angst mangler det data for to av de tilfredse og for to av de mindre tilfredse. Øvrige kontinuerlige data er komplette. Forskjeller i andelen mellom grupper er testet med Pearsons khikvadrattest.

Etikk

Studien har fått tilråding av regional komité for medisinsk forskningsetikk for Øst-Norge. Alle pasienter underskrev et informert samtykke før deltakelse i studien.

Resultater

Gjennomsnittsskår for tilfredshet var 9,1 på skalaen fra 0 til 10. Fordelingen fremgår av figur 1. 15 pasienter skåret 7 eller lavere på tilfredshetskalaen og ble dermed klassifisert som mindre tilfredse. De godt tilfredse (n = 90) ble sammenliknet med de mindre tilfredse med henblikk på de ulike variablene.

Tabell 1 viser fordelingen av sosiodemografiske variabler og angst, smerte og bivirkninger ved medikamentell abort etter grad av rapportert tilfredshet med behandlingen.

Fordelingen av rapportert smerte under aborten hjemme fremgår av figur 2. Variasjonen i rapportert smerte var stor og dekket hele skalaen fra 0 til 10. Kvinner som oppga mindre tilfredshet med behandlingen, rapporterte i gjennomsnitt mer smerte, dog ikke signifikant (p = 0,08), og mer ubehag (p = 0,02) enn kvinner som var godt tilfredse (tab 1).

Det var også en tendens til at de mindre tilfredse pasientene hadde hatt mer bivirkninger av behandlingen enn dem som var godt tilfreds, men kun tretthet var rapportert signifikant hyppigere hos de mindre tilfredse (p < 0,01). Det var ingen sammenheng mellom grad av tilfredshet og blød-

ningsmengde og blødningsvarighet (tab 1). I gruppen av mindre tilfredse var det en større andel gifte og samboende ($p = 0,03$).

Ved gjennomgang av pasientjournaler etter aborten fant vi at ti av kvinnene hadde behandlingstrengende komplikasjoner. Av disse var det to som kort tid etter å ha tatt misoprostol kom til sykehuset på grunn av sterke smerter. Hos begge ble det gjort revisio som akuttbehandling. En pasient kontaktet avdelingen etter tre dager fordi hun ikke hadde hatt noen blødning. Ved hjelp av ultralyd ble det hos denne pasienten verifisert en gestasjonssekk uten vital graviditet. Revisio ble utført samme dag. Vi hadde ingen tilfeller av mislykkede aborter med vedvarende vital graviditet.

Mediantidspunktet for etterkontrollen var 15 dager (10–24 dager) etter inntak av mifepriston. Ved denne kontrollen ble det hos sju pasienter gjort ultralydfunn forenlig med inkomplett abort. Seks av disse hadde vedvarende vaginalblødning ved kontrolltidspunktet, som hos disse var 10–17 dager etter første konsultasjon (median 15 dager). Pasientene ble behandlet med revisio, og forløpet deretter var ukomplisert. Det ble ikke registrert noen alvorlige komplikasjoner.

Diskusjon

De aller fleste kvinnene i denne studien var godt tilfreds med behandlingen de fikk i forbindelse med medikamentell abort utført hjemme. På en skala fra 0 til 10 oppga de i gjennomsnitt 9,1 på spørsmålet om tilfredshet. Kun én pasient hadde skår under midtpunktet på skalaen (3). Dette er i samsvar med resultater fra en liknende svensk studie (6).

Det er få faktorer som tydelig påvirker graden av tilfredshet. Sivilstatusen var ulik i de to gruppene ($p = 0,03$), med flere gifte og samboende blant de mindre tilfredse. Av faktorene under aborten som ble studert, var det kun generelt ubehag ($p = 0,02$) og tretthet ($p < 0,01$) som var signifikant knyttet til det å være mindre tilfreds. De som var mindre tilfreds med behandlingen hadde hatt mer smerte, men forskjellen gruppene imellom oppnådde ikke statistisk signifikans ($p = 0,08$). Noen prediktive faktorer for tilfredshet av praktisk klinisk betydning kunne vi imidlertid ikke påvise med det noe begrensede antall pasienter i denne studien. En større studie der man randomiserer pasienter til henholdsvis hjemmeabort og medisinsk sykehusabort kunne være en mulig videreføring problemstillingen.

Svakheter ved studien

Den omfatter relativt få pasienter, og det var et lavt antall som ikke var tilfreds med behandlingen. Det er derfor mulig at faktorer som er av betydning for pasienttilfredshet ikke kan påvises i vår studie (type 2-feil). Man kan også tenke seg at pasienter som inngår i en studie, føler seg bedre ivaretatt enn pasienter i en vanlig klinisk praksis, og at dette kan påvirke svarene og dermed resulta-

Tabell 1 Fordeling av sosiodemografiske variabler og angst, smerte og bivirkninger ved medikamentell abort etter grad av rapportert tilfredshet med behandlingen på en skala fra 0 til 10 hos kvinner som fikk utført medikamentell abort hjemme

	Tilfredshet ≤ 7 (n=15)	Tilfredshet > 7 (n=90)	P-verdi ¹
Alder (år)	28,93 (SD 6,5)	29,96 (SD 6,5)	0,58
Utdanning > 12 år	7/15 (46,7 %)	48/87 (55,2 %)	0,54
Gift eller samboende	8/15 (53,3 %)	23/89 (25,8 %)	0,03
Førstegangsgavid	6/15 (40,0 %)	35/90 (38,9 %)	0,94
Abort før (para 0)	4/15 (26,7 %)	11/90 (12,2 %)	0,14
Har barn	5/15 (33,3 %)	42/90 (46,7 %)	0,34
Angst før aborten	34,90 (SD 10,4)	35,19 (SD 9,7)	0,91
Smerte under aborten	5,67 (SD 2,2)	4,33 (SD 2,8)	0,08
Ubehag under aborten	6,27 (SD 2,1)	4,46 (SD 2,7)	0,02
Kvalme	4/15 (26,7 %)	17/89 (19,1 %)	0,50
Mye trett	11/15 (73,3 %)	27/90 (30,0 %)	<0,01
Hodepine	5/15 (33,3 %)	15/90 (16,7 %)	0,13
Brystsprenning	3/15 (20,0 %)	10/90 (11,1 %)	0,33
Kraftig blødning	9/15 (60 %)	48/90 (53,3 %)	0,63
Blødning ≥ 14 dager	5/15 (33,3 %)	34/90 (37,8 %)	0,74
Komplikasjoner	1/15 (6,7 %)	9/90 (10,0 %)	0,68

¹ Kategoriske variabler ble testet med Pearsons khikvadrattest, kontinuerlige variabler med t-test. Tohalede p-verdier rapporteres. Signifikansnivå $< 0,05$

tene i studien. Man kan og lure på om pasientene har en ensartet oppfatning av hva det er å være tilfreds med behandlingen. Vi vet ikke om de svarer på om de er tilfreds med selve behandlingen eller er glad for å ha fått utført en abort. Det er verdt å nevne at vi også spurte pasientene om de ville anbefale andre abortsøkende samme type behandling. Alle, bortsett fra sju, svarte bekreftende på dette.

Vi hadde ingen kontrollgruppe, og vi vet derfor ikke om medikamentell abort hjemme er et bedre behandlingstilbud enn tilsvarende i sykehus. Våre resultater tyder imidlertid på at flesteparten av dem som velger hjemmeabort, er godt tilfreds med behandlingen.

Kliniske implikasjoner

Det var ingen alvorlige komplikasjoner ved behandlingen. To pasienter ble innlagt akutt på grunn av sterke smerter. Ingen av dem hadde unormalt kraftig blødning, men det ble utført revisio på indikasjonen smerte. Hos disse pasientene ville muligens en medikamentell abort i sykehus vært en bedre løsning. Sju hadde ultralydfunn forenlig med inkomplett abort på kontrolltidspunktet. Disse utgjør 6,4 % av de 110 vi inkluderte i studien. Tilsvarende resultater er sett i flere liknende studier (2, 4, 5), mens man i andre studier igjen har påvist en lavere andel ufullstendige aborter (6). Så lenge andelen ufullstendige aborter er over 6 % av alle som behandles, er det naturlig å ta pasientene inn til etterkontroll, i alle fall de som har blødninger i mer enn tre uker etter aborten. Kvinnene må instrueres i å ta kontakt med sykehuset dersom de ikke får noen blødning, for å unngå ikke-erkjente mislykkede aborter.

Mange hadde sterke smerter under aborten, og variasjonen i rapportert smerte var stor. Ti pasienter hadde smerteskår 9 eller 10 – opp mot den sterkeste smerten de kunne forestille seg. Andre studier viser en enda høyere andel pasienter med sterke smerter (13). Den store spredningen av erkjent smerte kan delvis forklares ut fra ulik individuell smertefølsomhet (14) og ulikt klinisk forløp hos de enkelte pasientene. Verken alder eller paritet var assosiert med smerteintensitet i vår studie. Det var en viss sammenheng mellom smerteintensitet og forbruk av paracetamol med kodein, men kun én av pasientene i studien hadde brukt alle de ti tablettene som hun hadde fått forskrevet (data ikke vist). Det er ikke sikkert at mer smertestillende ville redusert smerteopplevelsen. Alle som skal gjennomføre medikamentell abort må få informasjon om at aborten for enkelte vil være smertefull. For noen pasienter vil behandling i sykehus av denne grunn kunne være et bedre alternativ enn hjemmebehandling.

Vår studie kunne ikke identifisere faktorer forut for aborten som med sikkerhet kunne predikere grad av tilfredshet. Pasienttilfredsheten etter medikamentell abort hjemme var stor, derfor skulle ikke dette være til hinder for innføring av metoden i klinisk praksis. Stor avstand mellom sykehuset og hjemmet kan være en begrensende faktor i mange deler av landet. Medikamentelt svangerskapsavbrudd hjemme bør ellers kunne være et tilbud til kvinner som ønsker det tidlig i graviditeten, forutsatt at de er godt informert og blir fulgt opp på en måte som gir trygghet.

>>>

Litteratur

1. Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception* 2006; 74: 66–86.
2. von Hertzen H, Honkanen H, Piaggio G et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *BJOG* 2003; 110: 808–18.
3. Schaff EA, Fielding SL, Eisinger SH et al. Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception* 2000; 61: 41–6.
4. Guengant JP, Bangou J, Elul B et al. Mifepristone-misoprostol medical abortion: home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception* 1999; 60: 167–72.
5. Elul B, Hajri S, Ngoc NN et al. Can women in less-developed countries use a simplified abortion regimen? *Lancet* 2001; 357: 1402–5.
6. Fiala C, Winikoff B, Helstrom L et al. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception* 2004; 70: 387–92.
7. Henderson JT, Hwang AC, Harper CC et al. Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception* 2005; 72: 175–8.
8. Fielding SL, Edmunds E, Schaff EA. Having an abortion using mifepristone and home misoprostol: a qualitative analysis of women's experiences. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34: 34–40.
9. Slade P, Heke S, Fletcher J et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 1288–95.
10. Berer M. Medical abortion: issues of choice and acceptability. *Reprod Health Matters* 2005; 13: 25–34.
11. Spielberger CD, Gorsuch DL, Lushine RL. *Manual for the state trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1970.
12. Jensen MP, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. I: Melzack R, Turk DC, red. *Handbook of pain assessment*. London: Guilford Press, 2001: 15–34.
13. Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 74: 275–80.
14. Nielsen CS, Price DD, Vassend O et al. Characterizing individual differences in heat-pain sensitivity. *Pain* 2005; 119: 65–74.

Manuskriptet ble mottatt 17.2. 2007 og godkjent 5.7. 2007. Medisinsk redaktør Åslaug Helland.