

Medikamentell abort har gjort det mulig å få utført abort i alle deler av landet og i ulike typer institusjoner med lav komplikasjonsrate og få medisinske og sosiale senvirkninger

Abortpillen – en medisin for kvinners valg

Indusert abort har alltid vært kontroversielt. Ofte er det slik at de med mest restriktive holdninger til abort også ønsker å begrense kvinners tilgang til ulike abortmetoder. Dårlige sosio-økonomiske forhold og det å være innvanderer er fortsatt risikofaktorer for abort. Tilgang til abort er derfor også et sosialmedisinsk spørsmål, der sårbare grupper er utsatt for begrensninger, stigmatisering og usikkerhet (1). I utviklingsland er komplikasjoner ved kirurgisk abort særlig knyttet til generell anestesi, og hos mange kvinner utføres kirurgisk abort uten generell smertelindring. Kvinner med kunnskap og økonomiske midler kan fortsatt dra til steder og land der de kan få utført abort. I land med restriktiv abortlovgivning er forskjellen mellom dem som får utført abort på en trygg måte og dem som bare har råd til kvakksalverabort, særlig tydelig (2).

Medikamentelt indusert abort, ofte omtalt som medisinsk abort, ble tatt i bruk i Norge i april 1998, altså for nøyaktig ti år siden (3). Det er nå blitt et godt og veletablert alternativ til kirurgisk abort. Norge var et av de første landene som tok i bruk medisinsk abort, som nå tilbys alle kvinner som vil ta abort før 12 svangerskapsuke, som er dagens grense for selvbestemt abort. I denne perioden er verken medisinsk og kirurgisk abort vanskelig å utføre, komplikasjonsfrekvensen er lav og brukertilfredsheten høy (3, 4). Ved aborter senere enn 12. svangerskapsuke vil en kombinasjon av medisinske og kirurgiske metoder kunne gi færre komplikasjoner (5). Det å ha tatt medisinsk abort har ingen innflytelse på senere svangerskapsutfall sammenliknet med kirurgisk abort (6). Prose-dyren kan innebære en sykehusinnleggelse av 4–6 timers varighet eller ved at medikamentene gis på et legekontor, mens selve aborten skjer hjemme (7).

Medisinsk abort ble opprinnelig utviklet på grunnlag av kunnskapen om at visse prostaglandinpreparater, brukt for andre formål, kunne sette i gang aborter. Senere ble mer spesifikke abortinduserende preparater som RU486, mifepriston og misoprostol introdusert. Det har ikke vært enkelt å innføre slik behandling som abortmetode, mye pga. motstand mot abort generelt og mot det å gjøre abort mer tilgjengelig. Internasjonalt har det vært nødvendig og riktig å opprette organisasjoner med det formål å oppnå aksept og godkjenning av medikamenter som kan brukes ved medisinsk abort, inkludert utprøving, godkjenningsprosedyrer, patentering og distribusjon (8). Særlig i utviklingsland er det fortsatt mange kvinner som dør pga. ukynndig og illegal abort. Derfor er selvbestemt abort viktig for kvinners autonomi og egne valgmuligheter. Medisinsk abort kan utføres av helsepersonell uten legeutdanning på en trygg måte tidlig i svangerskapet. Men gode og trygge abortmetoder er vanskelig å innføre i land der lovverket gir adgang til å fengsle pasient, lege eller andre som medvirker til abort.

Forsøk på å gjøre abort mindre tilgjengelig ved å begrense adgangen til anerkjente metoder kan gi økt risiko for komplikasjoner. Kvinner kan kvie seg og vente for lenge, de kan ty til lettere tilgjengelige, men farligere metoder, og de kan oppleve moralsk fordømmelse, skyld og skam. I noen land med relativt liberal abortlov og abortpraksis arbeides det nå for å gjøre abort mer tilgjengelig, bl.a. ved å gjøre valg av abortmetode uavhengig av sykehus eller spesialist. I land som Australia og Storbritannia diskuteres innføring av medisinsk abort som et alternativ til kirurgisk

abort (9, 10) og å gi muligheter for medisinsk abort i hjemmet. Dette er fullt mulig uten flere komplikasjoner og med stor brukertilfredshet (7, 11).

I Norge er det i dag mulig for kvinnen å velge mellom medisinsk eller kirurgisk abort. Selv om det viktigste er at kvinnene får abort raskt og uten komplikasjoner, er det å ha et valg med på å legitimere at kvinnen har *rett* til å få hjelp. Abort må være lett tilgjengelig og må ikke utsette kvinner for traumer – kvinnens valg av abort er vanskelig nok i seg selv. Metodene for å utføre abort bør være enkle, fleksible og valgfrie innenfor rammen av medisinsk forsvarlighet. Medisinsk abort har gjort det mulig å få utført abort i alle deler av landet og i ulike typer institusjoner, med lav komplikasjonsrate og få medisinske og sosiale senvirkninger. Dette er rett og slett god kvinnehelsepolitikk. Gjør vi abort tilgjengelig og enkelt, vil de fleste kvinner som ønsker abort, velge å ta medisinsk abort tidlig i svangerskapet, kanskje til og med som en hjemmeabort. Liberaliseringen av abortloven og innføring av flere abortmetoder har ikke ført til en økning i forekomsten av abort. Aborttallene bestemmes mer av sosiale og demografiske faktorer enn av tilgjengelighet.

Johanne Sundby

johanne.sundby@medisin.uio.no

Johanne Sundby (f. 1951) er dr.med. og spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hun arbeider som professor ved Seksjon for internasjonal helse, Universitetet i Oslo med internasjonal kvinnehelse som interesseområde.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB et al. Induced abortion in Denmark: effect of socioeconomic situation and country of birth. *Eur J Public Health* E-publisert 7.12.2007. <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/full/ckm112v1> [19.2.2008].
2. Sedgh G, Henshaw S, Singh S et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet* 2007; 370: 1338–45.
3. Iversen OE, Midbøe G, Johnsen SL et al. Medikamentell abort – de første norske erfaringene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2422–4.
4. Heikinheimo O, Leminen R, Suhonen S. Termination of early pregnancy using flexible, low-dose mifepristone-misoprostole regimens. *Contraception* 2007; 76: 456–60.
5. Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P et al. Mifepristone in second-trimester medical abortion: a randomized control trial. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 1304–10.
6. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse medical outcomes. *N Engl J Med* 2007; 357: 648–53.
7. Jørgensen H, Øvigstad E, Jerve F et al. Provosert abort som hjemmebehandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2367–70.
8. International Consortium for Medical Abortion. www.medicalabortionconsortium.org [15.2.2008].
9. de Costa CM, Russell DB, Carrette M et al. Introducing early medical abortion in Australia: there is a need to update abortion laws. *Sex Health* 2007; 4: 223–6.
10. Griffith R, Tengnah C. Termination of pregnancy: a case for a change in the law. *Br J Community Nurs* 2007; 12: 317–21.
11. Mayor S. UK government sets up pilot studies to evaluate medical abortion services outside hospitals. *BMJ* 2007; 335: 1233.