Redaktör: Jan Lind, tel: 08-790 34 84, fax: 08-14 57 04, e-post: debatt@lakartidningen.se

Barnmorskors roll för bättre abortvård – erfarenheter från rika och fattiga länder

Vid en internationell konferens i Sydafrika i december 2001 diskuterades möjligheten att engagera andra än läkare för att utföra säkra aborter och därigenom minska det skrämmande höga antalet illegala aborter i världen idag. Från en rad länder rapporterades hur insatser av barnmorskor, sjuksköterskor och motsvarande hade ökat tillgänglighet och kvalitet i vården vid abort. Mot den bakgrunden vill vi, de svenska deltagarna i konferensen, väcka frågan om abortvården i Sverige också kan förbättras genom ökat engagemang av barnmorskor.

CATHARINA ZÄTTERSTRÖM
barnmorska, Sesam, kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

ANNA BERIT RANSJÖ-ARVIDSON
med dr, barnmorska, institutionen för internationell hälsa (IHCAR) och enheten för reproduktiv och perinatal omvårdnad, Karolinska institutet, Stockholm

STAFFAN BERGSTRÖM
professor, IHCAR, Stockholm

ULLA BJÖRKLUND
Stockholm, tf mödravårdsöverläkare, kvinnokliniken, Gävle

BENGT ESTBORN
leg läkare, IHCAR, Stockholm

ANNIKA JOHANSSON
med dr, sociolog, IHCAR, Stockholm

KAJSA SUNDSTRÖM
professor, Stockholm
kajsu@kvinnoforum.se

Cirka 20 miljoner illegala aborter utförs varje år i världen, och i många länder är skador och komplikationer till följd av illegala aborter en av de vanligaste dödsorsakerna bland kvinnor i fertil ålder. Varje år dör lågt räknat 80 000 kvinnor i sviter efter oskickligt utförda aborter.

Även i länder där abort är laglig, på mer eller mindre vida indikationer, gör bristen på sjukvård och utbildad personal att kvinnor är hänvisade till olagliga eller riskabla metoder.

Konferens i Sydafrika

För att tackla dessa problem hölls i december 2001 en internationell konferens i Sydafrika anordnad av IHCAR, Institutionen för internationell hälsa, Karolinska institutet, och Ipas, en amerikansk organisation som arbetar internationellt för säker vård vid abort. Deltagarna kom från åtta låginkomstländer i Afrika och Asien, samt från USA och Sverige för att utbyta erfarenheter och planera för en tillgänglig och säker vård vid abort. Främst handlade det om att utbilda och engagera dem man kallar »midlevel providers« (MLP), dvs barnmorskor, sjuksköterskor, medicinska assistenter och liknande.

MLP i abortvården

I många utvecklingsländer deltar MLP i den reproduktiva hälsovården inklusive vård vid abort. I allmänhet är de fler till antalet än läkare och är rent generellt en mer stationär grupp som finns nära kvinnorna. Studier från bl a Bangladesh och Moçambique har jämfört olika vårdgivare och inte funnit skillnader i komplikationsfrekvens mellan aborter utförda av MLPs och av läkare [1, 2]. Under konferensen planerades liknande studier och gemensamma projekt för utbildning av MLP samt utveckling och utvärdering av vårdprogram.

Uppgifter för MLP

För MLP är det främst avbrytande av graviditet i första trimestern som är aktuellt. I öppenvård görs oftast manuell vakuumaspiration (MVA) utan mekanisk dilatation under de första sju graviditetsveckorna. Läkare använder samma teknik upp till 12:e veckan, vanligen utan narkos och utan dilatation. MVA är också den vanligaste tekniken i program för »post abortion care« (PAC) och användas då för att utrymma livmodern vid missfall eller framkallad abort.

Medicinsk abort med Mifepristone och prostaglandin, t ex gemeprost eller misoprostol, används inte i någon större utsträckning i de låginkomstländer som deltog i konferensen, men från Sverige och USA rapporterades om medicinska aborter som exempel på en vårdform som kan utföras av MLP.

Rapporter bekräftade brutal verklighet

I de landrapporter som redovisades under konferensen framträdde stora olikheter beträffande lagstiftning, aborttal och sjukvård. Tillgänglighet och kvalitet i vården, liksom tillgång till utbildade läkare och annan personal, varierar starkt och ger kraftigt utslag i mödramortaliteten.

Sydafrika – abort legal men ej tillgänglig

Situationen i Sydafrika illustrerar konferensens centrala tema. År 1996 blev abort legal upp till 12:e graviditetsveckan, och syftet var att de illegala aborterna, som bidrog till en hög mödradödlighet, nu skulle försvinna. Men det finns fortfarande motstånd mot lagen, den religiösa påverkan är stark och många läkare och även annan personal vägrar arbeta med aborter.

Legala aborter utförs huvudsakligen på stora sjukhus i städerna, men det är kvinnorna på landsbygden man måste nå om lagen inte ska bli ett slag i luften. Av stor betydelse är de barnmorskor som utbildats och kan erbjuda aborter på lokala hälsostationer. De kunde vittna om motstånd från läkare och andra barnmorskor och om misstro och glåpord från folk ute i byarna. Men också om stor tacksamhet från de kvinnor som fått hjälp med en säker och laglig abort.

Bangladesh – »framkalla utebliven mens«

Enligt lag är abort förbjuden i Bangladesh. Sedan länge finns emellertid en

Vi är övertygade om att vårdens kvalitet skulle förbättras och väntetiderna kortas även i Sverige om barnmorskor deltog mer aktivt i vården speciellt vid medicinska aborter.

ANNONS

ANNONS

helt laglig behandling för att framkalla en utebliven menstruation, kallad »menstrual regulation«, MR. Något graviditetstest utförs inte, och ingreppet sker med ett enkelt instrument för manuell vakuumaspiration. MR utförs på vårdcentraler och hälsostationer av snabbutbildade distriktsbarnmorskor och når därmed ut till kvinnor på landsbygden. Men det är många som inte känner till denna möjlighet. Upp till en tredjedel av kvinnorna som söker MR måste avvisas för att graviditeten varit för långt gången [1].

Moçambique – barnmorskor utför aborter

Officiellt är abort förbjuden i Moçambique. Illegala aborter är vanliga och bidrar till en hög mödramortalitet. Regering och sjukvårdsansvariga har sökt lösa problemet med illegala aborter genom att tillåta att säkra aborter utförs på allmänna sjukhus. Läkarna är få och man har satsat på träning av sjuksköterskor och annan sjukvårdspersonal, t ex »medical officers« för olika kirurgiska ingrepp [2]. Sjuksköterskor/barnmorskor har med stor framgång utfört kejsarsnitt och andra obstetriska operationer [3]. Abortingreppen görs av särskilt utbildade barnmorskor.

I slutet av 1980-talet infördes också medicinska aborter. Misoprostol befanns vara ett billigt och överraskande effektivt medicinskt abortmedel, som dittills inte hade prövats alls i Afrika. Flera publikationer har beskrivit nyttan av denna rutin och arbetet har legat till grund för delegationen av medicinska aborter till barnmorskor [4].

USA – gynekologer med skottsäkra västar

Alltsedan 1973, då abort i USA förklarades vara en konstitutionell rättighet, har olika religiösa och politiska krafter på olika sätt sökt inskränka kvinnans rätt att välja. Abortverksamheten är i regel inte integrerad i övrig reproduktiv hälsovård, och endast 14 procent av aborterna täcks av sjukförsäkringen. Både ekonomi och avstånd utgör ett hinder för den fria aborträtten.

För läkarna som arbetar på abortklinikerna finns en reell hotbild; flera gynekologer har dödats och försiktighetsåtgärder som larm och skottsäkra västar är vanliga. Som ett resultat har antalet läkare som utför aborter minskat under de senaste två decennierna, och man räknar med att abortservicen är otillräcklig i en tredjedel av USAs städer.

Ett sätt att avhjälpa detta är att annan personal än läkare tillåts bedriva abortverksamhet, och när Mifepristone godkändes som abortmetod år 2000 ökade de möjligheterna. Organisationer som National Abortion Federation, NAF, och »Clinicians for choice« har utarbetat riktlinjer och anordnar utbildning i abortvård för barnmorskor och läkarassistenter [5, 6].



Foto: Annika Johansson

Läkare vid abortmottagning i Vietnam.

Man har också prövat så kallade hemaborter då kvinnan får Mifepristone på kliniken och sedan själv tar prostaglandin några dagar senare och inväntar aborten i hemmet [7].

Sverige – barnmorskans roll i abortvården

Sveriges bidrag på konferensen var framför allt våra erfarenheter av barnmorskornas självständiga arbete inom mödrahälsovård, förlossningsvård och preventivmedelsrådgivning, samt barnmorskornas ökade engagemang i vård vid medicinska aborter.

Även om situationen i Sverige idag skiljer sig från den i andra länder har vi också erfarenheter av illegala aborter och otillräckliga vårdresurser. Först med 1974 års abortlag, som gav kvinnan rätt att få en abort utförd till och med 18:e graviditetsveckan, förändrades situationen. Till detta bidrog den samtidiga tillgången till preventivmedel genom barnmorskor i primärvården och vårdresurser för abortingrepp i den allmänna sjukvården. Till en början dominerade kirurgiska metoder, främst vakuumaspiration. År 1992 tillkom medicinska aborter då Mifepristone registrerades som abortmedel.

Vad abortlagen stadgar

Enligt abortlagen får abort endast utföras av läkare och denna regel gäller också för medicinska aborter, som inte var aktuella då lagen skrevs. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd ska abort utföras av specialist eller läkare under specialistutbildning i obstetrik/gynekologi. I vården deltar sjuksköterskor, barnmorskor och kuratorer för rådgivning och assistans vid operationer samt för stöd och omvårdnad under besök och sjukhusvistelse.

Den svenska abortvården idag

Abort är ett vanligt ingrepp i gynekologisk sjukvård, och med nuvarande aborttal kommer var tredje kvinna att under sitt reproduktiva liv genomgå en eller flera aborter. Abort är således en del av många kvinnors reproduktiva erfarenhet och en viktig del av den gynekologiska vården. Kraven på personalen gäller inte endast teknisk kompetens utan också empati och insikt om egna känslor och värderingar. Arbetet med aborter är ofta en separat verksamhet i kvinnosjukvården och kan upplevas som betungande vid underbemanning och tidsbrist [8].

Kvinnors behov och önskemål

Hur är det då med tillgänglighet och kvalitet i den svenska abortvården? En rad studier visar att det är viktigt att ha inflytande och att kunna välja metod. En del kvinnor föredrar kirurgisk abort som kan göras vid ett tillfälle, andra uppskattar att själva delta som vid medicinsk abort. Viktigare än metoden ifråga är det bemötande kvinnan får, och allra viktigast är att avbrytandet sker så tidigt som möjligt [9]. Medicinska aborter borde då vara en fördel eftersom de måste utföras före utgången av 9:e veckan och metoden är skonsammare ju tidigare den görs [10].

Tillgången till medicinsk abort har ökat valfriheten, men frekvensen varierar i landet. År 2001 var andelen medicinska aborter i första trimestern 40,5 procent för hela landet med spridning

från kring 30 till närmare 70 procent [11]. Har kvinnor i Stockholm och Göteborg andra önskemål än kvinnor i Småland eller Västerbotten eller handlar det mer om vad som erbjuds [12]?

Också väntetiderna varierar avsevärt från klinik till klinik. Trots att kvinnor ofta söker tidigt för abort kan de få vänta tills det är för sent med en medicinsk abort. Lägst andel som får sin abort utförd före 7e graviditetsveckan finns i storstadsområdena medan kliniker i områden som har hög andel medicinska aborter, som Jönköping, Kalmar och Umeå också har de kortaste väntetiderna.

Hur kan vården bli bättre?

Vi är övertygade om att vårdens kvalitet skulle förbättras och väntetiderna kortas även i Sverige om barnmorskor deltog mer aktivt i vården speciellt vid medicinska aborter. En sådan modell skulle vara i linje med den tradition vi sedan länge haft i Sverige, t ex i mödrahälsovården med barnmorskor som sköter den normala graviditeten i samarbete med medicinskt ansvarig läkare.

Som underlag för en diskussion om barnmorskornas engagemang i vården vid medicinsk abort presenterar vi här två förslag (Faktaruta 1 och 2).

FAKTARUTA 1

Modell för barnmorskors deltagande i medicinsk abort

Mottagning: Gynekologisk öppenvård + dagavdelning.

Personal: Gynekolog, barnmorska, kurator.

Tidsbeställning. En kvinna som överväger abort får per telefon information om tillgängliga metoder och om vårdens organisation samt tid för ett första besök hos läkare eller barnmorska enligt önskan.

Vid första besöket bestäms graviditetslängd med vaginalt ultraljud och i samtal med läkare/barnmorska planeras vården enligt kvinnans önskan om metod. Vid val av kirurgisk abort bokas tid för ingreppet som utförs av läkare med kortast möjliga väntetid till operationsdagen.

Medicinska aborter handläggs av barnmorska som administrerar Mifepristone och Misoprostol och ger stöd och omvårdnad vid två besök.

Efterkontroll och rådgivning om födelsekontroll ingår, oberoende av metod, i barnmorskans uppgifter.

Ansvarsfördelning. Barnmorskan har eget professionellt ansvar inom detta kompetensområde samt rätt och skyldighet att remittera eller konsultera ansvarig läkare vid komplikationer eller avvikelse från det normala.

FAKTARUTA 2

Förutsättningar för barnmorskans handläggning av medicinska aborter

Lagstiftning. Såväl legitimerad läkare som annan personal med erforderlig kompetens får rätt att utföra abort. Kvinnans lagliga rätt att få en abort utförd utvidgas till rätten att välja metod och välja vårdgivare – läkare eller barnmorska.

Utbildning. Fastställande av kompetenskrav för barnmorskor i abortvården och plan för utbildning, inskolning och praktik. Kursplan innefattar teoretiska och praktiska kunskaper om abortmedlens farmakologi, graviditetsbestämning med vaginalt ultraljud, abortrådgivning.

Förskrivningsrätt för Mifepristone och Misoprostol och rätt för barnmorska att självständigt administrera dessa läkemedel. I förlängningen kan man tänka sig att medel för att framkalla abort blir receptfria för kvinnan som då själv kan starta sin abort. I den situationen blir uppgiften att ge information och rådgivning till kvinnor som överväger abort en utomordentligt viktig uppgift för barnmorskor och läkare i den reproduktiva hälsovården.

Lokala vårdprogram anger ansvarsområde och arbetsfördelning för läkare och barnmorska i abortvården och anpassas efter lokala förutsättningar.

Referenser

1. Akhter HH. A study to assess the determinants and concequences of abortion in Bangladesh. Birthperth publ No 118. Technical report No 66, 1998.
2. Vaz F, Bergström S, Vaz ML, Langa J, Bugalho A. Training medical assistants for surgery. Bull WHO 1999;77:688-91.
3. Pereira C, Bugalho A, Bergström S, Vaz F, Cotiro M. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. Brit J Obst Gyn 1996;103:508-12.
4. Bugalho A, Bique C, Almeida L, Bergström S. Pregnancy interruption by vaginal misoprostol. Gynecol Obstet Invest 1993; 34: 226-9.
5. National Abortion Federation (NAF). Strategies for expanding abortion access: the role of physician assistants, nurse practitioners, and nurse-midwives in providing abortions. Washington: NAF; 1997.
6. Steinauer JE, DePineres T, Robert AM, Westfall J, Darney P. Training family practice residents in abortion and other reproductive health care: A nationwide survey. Fam Plan Persp 1997;29:222-7.
7. Rosing MA. The knowledge, acceptability, and the use of misoprostol for self-induced medical abortion in an urban US population. J Am Med Wom Assoc 2000;55:183-5.
8. Gustafsson B, Helmius G, Lennerhed L, Persson E, red. Erfarenhet och egna val. En bok om abort. Stockholm: Förlagshuset Gothia; 2000.
9. Holmgren K. Women's evaluation of three early abortion methods. Acta Obstetr Gynecol Scand 1992;71:616-23.
10. Bygdeman M, Gemzell K, Marions L. Medical termination of early pregnancy: the Swedish experience. J Am Med Wom Assoc 2000;55:195-6.
11. Socialstyrelsen. Epidemiologiskt Centrum. Aborter i Sverige 2001 januari–december, preliminär sammanställning. Hälsa och sjukdomar 2002:1. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
12. Löfgren M, Eriksson L, Ildgruben A, Damberg MG. Medicinsk abort lika bra som kirurgisk. Läkartidningen 1997;94:3257-60.