

Medicinska aborter,  
fördelning av arbetsuppgifter  
– praxis och regelverk

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Uppföljning och utvärdering*. Det innebär att den innehåller uppföljningar och utvärderingar av reformer, lagstiftning och/eller verksamheter som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den innehåller analys av insamlade data och i förekommande fall forskning som man kan dra generella slutsatser av och som kan användas för att förändra eller utveckla verksamheten. Kraven på vetenskaplighet tillgodoses genom att vetenskaplig expertis medverkar. Socialstyrelsen svarar för innehåll och slutsatser.

ISBN 978-91-85999-00-2  
Artikelnr 2008-103-2

---

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), januari 2008

# Förord

---

Det är viktigt med god tillgänglighet i abortverksamheten och att kvinnan, vid tidig graviditet, har möjlighet att i samråd med vårdgivaren kunna välja abortmetod. Den medicinska aborten är möjlig att använda t.o.m. graviditetsvecka nio, därefter kvarstår endast den kirurgiska abortmetoden.

Socialstyrelsens rapport ”Abortverksamheten till och med graviditetsvecka 12”<sup>1</sup> som publicerades våren 2007 visade på stora variationer av väntetider till det första läkarbesöket på vårdenheter som utför abort. Om det inte finns medicinska hinder och om kvinnan själv har kontaktat abortverksamheten före vecka nio bör hon, genom ett snabbt omhändertagande kunna välja mellan att genomgå en kirurgisk eller medicinsk abort.

Socialstyrelsen har på eget initiativ initierat denna utredning om barnmorskors deltagande vid medicinska aborter. Rapporten beskriver även de författningar som styr abortverksamheten.

Rapporten har utarbetats av en arbetsgrupp på Socialstyrelsen bestående av Katrin Ekström (projektledare), Elin Siljehag och Emma Nilsson. Projektets styrgrupp har bestått av Kerstin Risshytt, Ewa Sunneborn och Olivia Wigzell. Ann Bonair, Socialstyrelsen, har bidragit med kunskaper om flexibilitet i vården. En referensgrupp med representanter för Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), Barnmorskeförbundet (SBF) och Läkemedelsverket har medverkat med initierad kunskap om praxis i abortverksamheten. En expertgrupp bestående av Socialstyrelsens vetenskapliga råd Jan-Henrik Stjernerahl, docent och överläkare med specialitet obstetrik, gynekologi, samt sakkunnig i abortfrågor och Marc Bygdeman, professor emeritus i obstetrik och gynekologi och ledamot av Socialstyrelsens Rättsliga råd i abort- och steriliseringsärenden samt IVF-ärenden (in vitro fertilisering eller provrörsbefruktning) har bidragit med synpunkter.

Kjell Asplund  
Generaldirektör

---

<sup>1</sup> Abortverksamheten till och med graviditetsvecka 12, Socialstyrelsen 2007  
Tillgänglig: [http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/C2147BF4-5DC5-4419-AAC4-058CC01311A8/7183/rev\\_200713123.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/C2147BF4-5DC5-4419-AAC4-058CC01311A8/7183/rev_200713123.pdf)



# Innehåll

---

<b><i>Förord</i></b>	<b>3</b>
<b><i>Sammanfattning</i></b>	<b>7</b>
<b>Slutsatser</b>	<b>7</b>
<b><i>Bakgrund</i></b>	<b>9</b>
<b>Yrkeskategorier</b>	<b>9</b>
Förskjutning av arbetsuppgifter	10
<b>Medicinsk abort</b>	<b>10</b>
Medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet	10
Tidiga aborter	11
<b>Läkemedel och komplikationer</b>	<b>13</b>
<b>Abortprocessen</b>	<b>13</b>
Abortprocessen ur vårdens perspektiv	14
<b><i>Metod och genomförande</i></b>	<b>16</b>
<b>Avgränsningar</b>	<b>16</b>
Referensgrupp	16
Expertgrupp – Vetenskapligt råd	16
Anmälda skador i abortverksamheten	16
<b><i>Resultat</i></b>	<b>19</b>
<b>Referensgruppens diskussioner</b>	<b>19</b>
<b>Författningar som reglerar abortverksamheten</b>	<b>20</b>
Läkemedelshantering vid medicinska aborter	21
Ansvarsfördelning och flexibilitet i abortverksamheten	22
<b>Vetenskapligt råd – Expertgrupp</b>	<b>23</b>
<b>Anmälningar i samband med medicinska aborter</b>	<b>23</b>
<b><i>Diskussion och slutsatser</i></b>	<b>25</b>
<b>Slutsatser</b>	<b>25</b>
<b><i>Bilagor</i></b>	<b>27</b>



# Sammanfattning

---

Utredningens syfte har varit att se över barnmorskors deltagande vid medicinska aborter.

När abortlagen trädde i kraft år 1975 var legal (inducerad) abort synonymt med kirurgisk abort. I 5 § andra stycket abortlagen<sup>2</sup> står att ”endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §.” Sedan lagen trädde i kraft har såväl teknik, exempelvis med vaginala ultraljudsundersökningar, som läkemedel utvecklats. Teknikutvecklingen har inneburit att diagnoser kan ställas med större säkerhet. Nya läkemedel har bidragit till att en ny abortmetod har tillkommit, den medicinska. Med ny teknik och nya läkemedel utförs numera aborter i allt större utsträckning med den medicinska metoden.

En förskjutning av arbetsuppgifter i abortverksamheten har skett. Många arbetsuppgifter som tidigare hörde till gynekologer, hör nu till barnmorskor och sjuksköterskor. Gynekologer såväl som barnmorskor kan efter utbildning och erfarenhet utföra t.ex. vaginala ultraljud.

## Slutsatser

Vårdgivaren ansvarar för att abortverksamheten fungerar på bästa sätt och att god vård ska ges genom hög patientsäkerhet och tillgänglighet. Det är varje verksamhetschefs ansvar att leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna med hänsyn till verksamhetens behov och personalens kompetens.

Förutom regelstyrda arbetsuppgifter som endast vissa yrkesgrupper får utföra eller som på annat sätt kräver särskild utbildningsbakgrund, erfarenhet eller befattning är verksamhetschefen fri att fördela arbetsuppgifterna mellan de olika personalkategorierna.

Att utföra abort är en regelstörd uppgift som är förbehållen läkare. I begreppet ”utföra” ryms, när det gäller medicinska aborter, ordination av aktuella läkemedel samt ansvar för att aborten blivit genomförd. Läkaren har således, även enligt generella direktiv, det övergripande ansvaret för utförandet av medicinska aborter.

Med ordinationer enligt generella direktiv ges verksamhetschefer i abortverksamheten möjlighet att ge barnmorskor en större roll i abortprocessen för medicinska aborter, vid okomplicerade graviditeter. Detta är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patientsäkerheten.

---

<sup>2</sup> Abortlag (1974:595)



# Bakgrund

---

Sedan abortlagen<sup>3</sup> trädde i kraft år 1975 har den medicinska (farmakologiska) abortmetoden tillkommit som ett alternativ till den kirurgiska metoden, vid aborter före den nionde graviditetsveckans utgång. De medicinska aborterna utgör idag tre fjärdedelar av det totala antalet aborter som utförs före graviditetsvecka nio.

Enligt abortlagen<sup>4</sup> är det endast den som är behörig att utöva läkaryrket som får utföra abort eller avbryta havandeskap. Socialstyrelsen har, på regeringens uppdrag, tidigare genomfört en kartläggning av abortverksamheten vid tidiga aborter i Sverige.<sup>5</sup> Två av slutsatserna i kartläggningen var att abortverksamhet är att betrakta som vård som kräver ett snabbt omhändertagande och att ingen abortsökande kvinna ofrivilligt ska behöva vänta på det första läkarbesöket. Målsättningen för all abortverksamhet måste därför vara att ingen kvinna ofrivilligt ska behöva vänta från tidsbeställning till det första besöket vid vårdenhet som utför abort. Eftersom aborter är att betrakta som brådskande bör ett omhändertagande ske snarast möjligt inom en relativt kort tidsperiod efter det att kvinnan begärt abort.

Syftet med den här utredningen har varit att se över barnmorskors deltagande vid medicinska aborter och att tydliggöra i vilken utsträckning barnmorskor kan delta i abortprocessen.

## Yrkeskategorier

De yrkeskategorier som finns representerade på de flesta vårdenheter som utför abort är barnmorskor, sjuksköterskor och gynekologer. I landstingsstyrd abortverksamhet finns ofta även en kurator eller psykolog knuten till enheten.

Barnmorskans yrke omfattar ett stort vårdområde där sexuell hälsa, mödravård, förlossning, gynekologisk vård, rådgivning för preventivmedel och abortrådgivning ingår. Grundutbildningen till barnmorska omfattar 60 högskolepoäng och kan sökas av den som är legitimerad sjuksköterska och har varit verksam under minst 18 månader. Legitimation från Socialstyrelsen krävs för att kunna utöva barnmorskeyrket i Sverige. Barnmorskor som arbetar i abortverksamheten bör även ha förskrivningsrätt för preventivmedel.

Barnmorskor och i viss mån även sjuksköterskor, som arbetar i abortverksamheten, deltar i en stor del av abortprocessen från tidsbokning, rådgivning, administration av läkemedel, smärtlindring och den avslutande efterkontrollen. Sjuksköterskornas roll i abortverksamheten varierar på olika kliniker, många av arbetsuppgifterna motsvarar barnmorskornas.

---

<sup>3</sup> Abortlag (1974:595)

<sup>4</sup> Abortlag (1974:595)

<sup>5</sup> Abortverksamheten till och med graviditetsvecka 12. Socialstyrelsen; 2007

## Förskjutning av arbetsuppgifter

Skill-mix<sup>6</sup> som ett relativt brett begrepp som avser en kombination av olika kompetenser eller avgränsning av roller och arbetsuppgifter bland olika yrkeskategorier i en personalgrupp. Drivkraften bakom genomförande av skill-mix-förändringar kan vara av flera slag: en ny typ av verksamhet, brist på en specifik yrkeskategori, strävan efter kvalitetsförbättringar och en önskan om att öka kostnadseffektiviteten i verksamheten. Skill-mix-förändringar kan åstadkommas genom bland annat fördjupning av färdigheter inom en specifik yrkeskategori och delegering. I forskning kring skill-mix-förändringar, som ett medel för att förbättra hälso- och sjukvårdssystemets prestanda, har uppmärksamheten inriktats på rollfördelning mellan läkare och sjuksköterskor.

I avhandlingen ”Gynekologer och barnmorskor inom svensk abortvård”,<sup>7</sup> framkommer att barnmorskor och sjuksköterskor arbetar allt mer och gynekologerna allt mindre i abortprocessen vid utförandet av medicinska aborter. Praxis i abortverksamheten har ändrats över tid sedan den medicinska abortmetoden har tillkommit som alternativ till den kirurgiska metoden.

## Medicinsk abort

Med medicinsk abort menas att graviditeten avbryts med läkemedelsbehandling. Medicinsk abort kan utföras, vanligtvis, fram till och med graviditetsvecka nio och genomförs i två steg. Det första steget inleds med en engångsdos av ett antiprogesteron, en substans som bereder livmodern för sammandragningar. Det andra steget startar 36 till 48 timmar efter den inledande behandlingen och innebär intag av ett prostaglandinpreparat, ett preparat som stimulerar till ett effektivt värkarbete. Hela processen kan liknas vid ett spontant missfall. En medicinsk abort ska avslutas med en efterkontroll för att fastställa att aborten är helt genomförd. Den medicinska aborten påbörjas, definitionsmässigt, då kvinnan sväljer det första läkemedlet, anti-progesteron, på kliniken.

### Medicinsk abort med avslutande läkemedelsbehandling i hemmet

I vissa fall kan kvinnan själv utföra steg två i den medicinska aborten, dvs. den avslutande läkemedelsbehandlingen med prostaglandin, i hemmet. En av förutsättningarna för att steg två i behandlingen kan göras i hemmet är att en barnmorska finns tillgänglig per telefon dygnet runt.

När kvinnan svält det första läkemedlet inleds den farmakologiska aborten, som gör att graviditeten avbryts. Den inledande behandlingen ges alltid på vårdenheten även om den avslutande delen kommer att göras i hemmet. Det första läkemedlet intas således på vårdenheten, och om aborten ska av-

---

<sup>6</sup> Buchan, J, Calman, L Skill-Mix and policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles, OECD Health working papers (2004). Tillgänglig: <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>

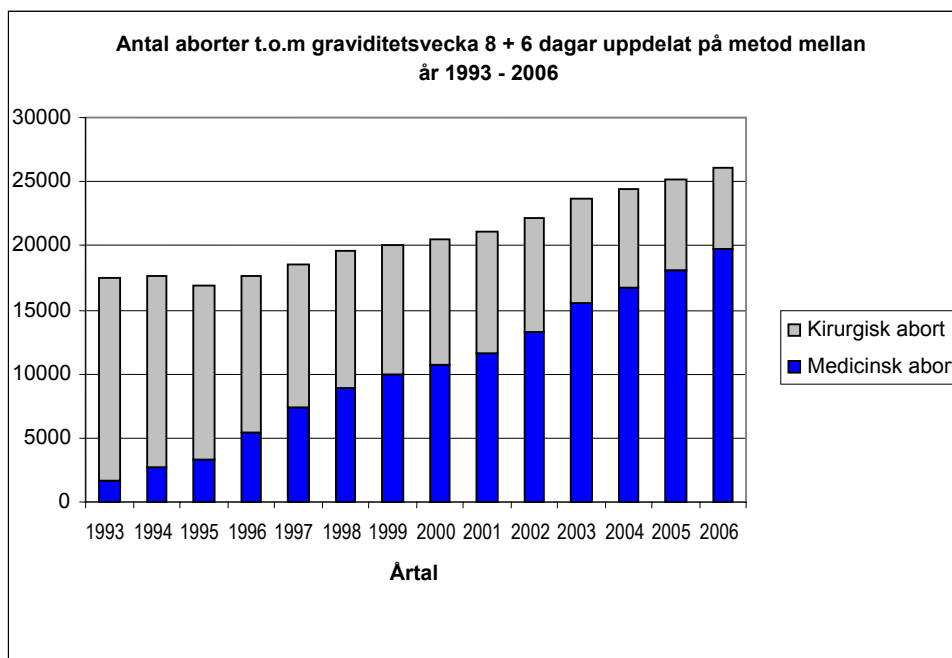
<sup>7</sup> Lindström, M (2007) Gynekologer och barnmorskor inom svensk abortvård – åsikter, erfarenheter och upplevelser. Akademisk avhandling. Tillgänglig: <http://www.diva-portal.org/umu/theses/abstract.xsql?dbid=1382>

slutas i hemmet får kvinnan med sig, utöver prostaglandin, även smärtstillande tabletter.

### Tidiga aborter

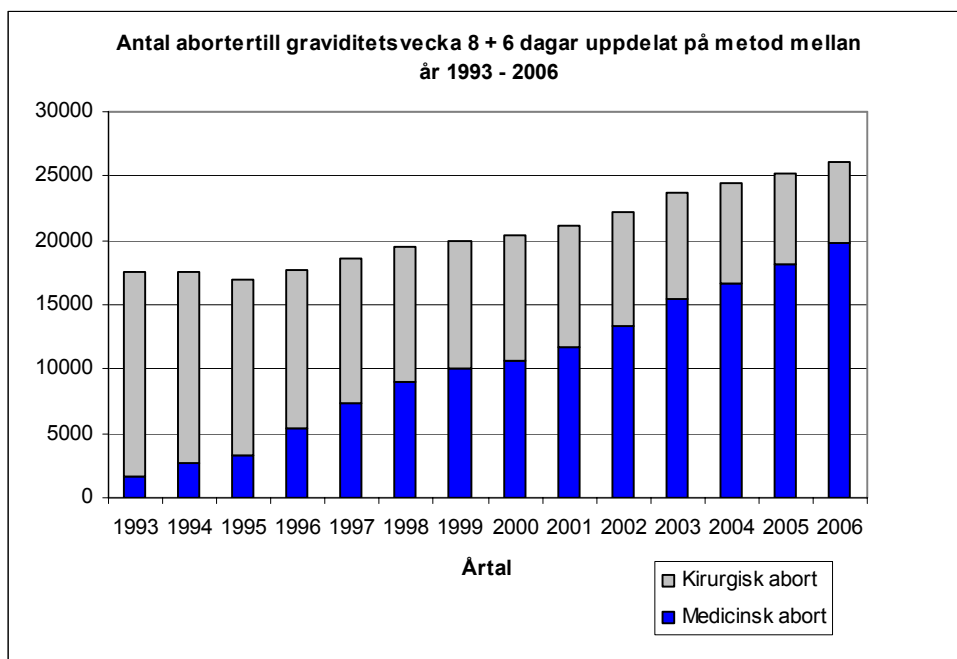
Medicinsk abort kan utföras till och med graviditetsvecka nio. Om kvinnan söker vård före utgången av den nionde graviditetsveckan så har hon möjlighet att, efter samråd med läkare eller barnmorska, välja abortmetod. Läkare har det yttersta ansvaret vid val av abortmetod. Valet sker mot bakgrund av bl.a. graviditetslängd, kvinnans hälsotillstånd och kvinnans önskemål.

Antalet medicinska aborter har ökat sedan metoden började användas i Sverige år 1992. Figur 1 nedan visar en stadig ökning av utförda medicinska aborter och att antalet utförda aborter med kirurgisk metod, vakuumaspiration, är fallande. År 2006 genomfördes totalt 26 161 aborter före utgången av den nionde graviditetsveckan, av dessa var 19 797 medicinska aborter.



Figur 1. Antal utförda aborter fram till graviditetsvecka 9 (8+6) uppdelat på metod från år 1993 till och med 2006. Källa: Socialstyrelsens abortstatistik.

Andelen medicinska aborter har ökat över tid. Allt fler kvinnor väljer den medicinska abortmetoden istället för den kirurgiska. Figur 2 nedan visar att andelen medicinska aborter är, från och med år 2000, större än andelen aborter utförda med den kirurgiska abortmetoden. Andelen medicinska aborter har kontinuerligt ökat och utgjorde 76 procent år 2006 av samtliga aborter som utförs före utgången av den nionde graviditetsveckan.



Figur 2. Andel aborter utförda med kirurgisk respektive medicinsk metod före utgången av den nionde graviditetsveckan från år 1993 till och med 2006. Källa: Socialstyrelsens abortstatistik.

I Socialstyrelsens kartläggning<sup>8</sup> av abortverksamheten i Sverige intervjuades ansvariga för hälso- och sjukvården i landstingen bl.a. om vilka abortmetoder som prioriterades av vården. Följande citat visar att den medicinska abortmetoden prioriteras i många delar av landet. ”Drygt hälften av de intervjuade uppger att landstinget har mål eller prioriterar en särskild abortmetod – den medicinska i samtliga fall.”

Flera landsting har uppsatta mål för prioriterad abortmetod. ”Mål kan t.ex. vara uttryckt som andel, t.ex. att mellan 50 och 60 procent av aborterna före graviditetsvecka nio ska utföras med den medicinska metoden. Andra landsting har enbart mål för prioritering av typ av abortmetod, den medicinska.”

Några intervjupersoner som uppger att landstinget inte har mål eller prioritering när det gäller abortmetoder uppger att den medicinska metoden omnämns i ”positiva” ordalag, t.ex. i program, eller att deltagare i samrådsgrupper m.m. är ”överens om” den medicinska metodens fördelar eller att ”det finns en strävan mot” den metoden. Flertalet anger först och främst medicinska skäl till att prioritera den medicinska metoden som ger färre komplikationer och är enklare. Andra skäl som några respondenter anger är att den medicinska abortmetoden är efterfrågad, ger större delaktighet för kvinnan, är kostnadseffektiv, mindre resurskrävande och är inte beroende av operationskapacitet. Den medicinska abortmetoden förordas i de flesta landsting och vårdenheter genom uppsatta mål och prioriteringar.

<sup>8</sup> Socialstyrelsen (2007) Abortverksamheten till och med graviditetsvecka 12

## Läkemedel och komplikationer

Den medicinska aborten sker i två steg. Vid steg ett får kvinnan antiprogesteron, som är ett graviditetshämmande läkemedel där den verksamma substansen är mifepriston. Det andra läkemedlet, prostaglandin, stimulerar till ett effektivt värkarbete. Läkemedlen ger sammantaget en process som kan liknas vid spontan abort.

Vid avbrytande av okomplicerade graviditeter, med den medicinska abortmetoden, är de allvarliga komplikationerna få. De flesta kvinnor får smärtor under steg två, prostaglandinbehandlingen, andra kan även bli illamående. Under denna fas kan kvinnan behöva smärtlindring.

Det är ovanligt med allvarliga komplikationer vid medicinska aborter när de utförs tidigt i graviditeten.

I rapporten Antikonception och aborter<sup>9</sup> framgår att cirka två procent av aborterna blir inkompleta och i en procent av de medicinska aborterna misslyckas behandlingen helt. Graviditetsvävnaden måste i dessa fall avlägsnas, oftast med vacuumaspiration.

Vid kirurgiska aborter, som kan utföras även vid sena graviditeter, är risken för rikliga blödningar mindre än vid medicinska aborter. Risken för infektioner är däremot större efter kirurgiska aborter.

## Abortprocessen

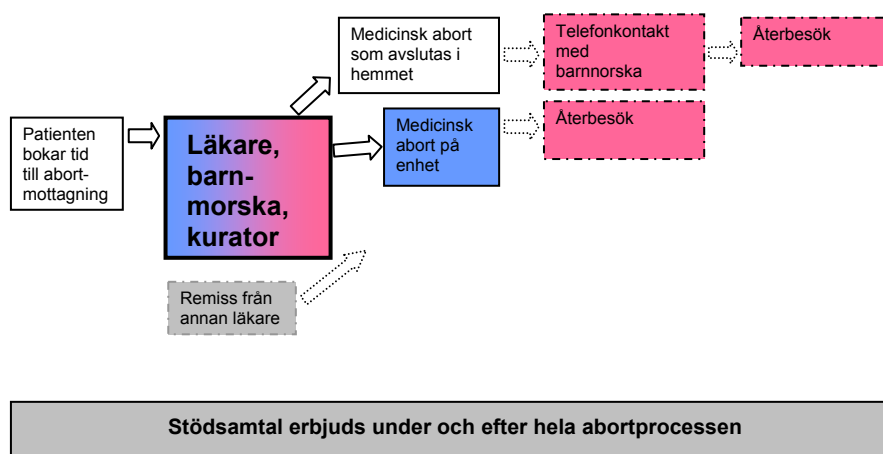
När kvinnan kontaktar en abortenhet för att boka tid eller rådgivning inför en abort är det oftast en barnmorska som hon talar med. Vid andra vårdenheter kan det vara en sjuksköterska, kurator eller receptionist som sköter tidsbokningen till det första läkarbesöket. En första rådgivning inför aborten, erbjudande om tid till samtal med kurator eller annan beteendevetare och tidsbokning till läkarbesök sker vid många kliniker vid den första telefonkontakten.

Vid kvinnans första besök på abortmottagningen görs en gynekologisk undersökning, oftast inkluderande ett vaginalt ultraljud för att mäta hur långt gången graviditeten är och för att se om graviditeten är normal. Den vaginala ultraljudstekniken gör det möjligt att mäta graviditetslängden i antal veckor och dagar. I samband med det första besöket då en gynekologisk undersökning och val av abortmetod görs träffar kvinnan, i normalfallet oftast en läkare och en barnmorska för information om den förestående aborten. Kvinnan informeras om tillämpliga abortmetoder och ges rådgivning om preventivmedel. Hon ska även erbjudas tid för stödsamtal hos en kurator eller annan beteendevetare. Kvinnan kan välja abortmetod efter samråd med läkare eller barnmorska. Det yttersta beslutet om den abortmetod som ska användas ligger hos läkaren, framförallt baserad på graviditetslängd, kontraindikationer och alltid med patientens säkerhet som grundläggande perspektiv. De kontraindikationer som är aktuella vid medicinska aborter finns beskrivna i interna PM i abortverksamheten. Om den medicinska metoden ska

---

<sup>9</sup> Odland, V, Milsom, I. Antikonception och aborter, Läkemedelsboken 2007/2008 ©apoteket ab

tillämpas är det oftast barnmorskan som administrerar läkemedlet och är närvarande då kvinnan sväljer det.

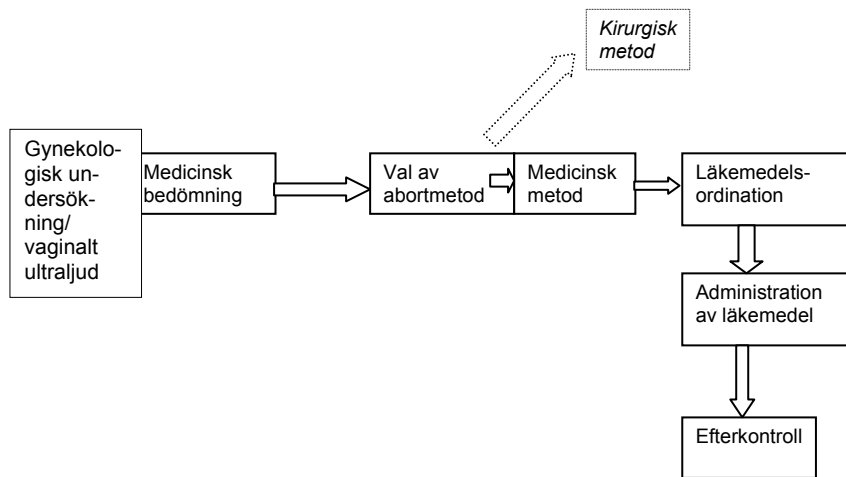


Figur 3. Abortprocessen vid medicinsk abort. Patientens tidsbeställning leder till det första läkarbesöket på vårdenheten. Efter patientens samråd med läkare eller barnmorska om val av metod, utförs aborten. Eventuella stödsamtal kan kvinnan få när som helst före, under och efter aborten.

## Abortprocessen ur vårdens perspektiv

Abortprocessen vid medicinsk abort kan beskrivas i fem delprocesser:

1. Gynekologisk undersökning, oftast med vaginalt ultraljud, bl.a. för fastställande av graviditetens längd. Här ingår även medicinsk bedömning utifrån undersökning och kvinnans egen berättelse.
2. Information om abortmetoder och preventivmedelsrådgivning ges på abortenheten. Kvinnan väljer abortmetod i samråd med läkare eller barnmorska.
3. Rekvirering och ordination av läkemedel som används för att utföra aborten. Läkemedlen antiprogesteron och ett prostaglandinpreparat rekvireras till vårdenheten av läkare som även ordinerar dessa läkemedel.
4. Administration av läkemedel och kvinnan sväljer det första preparatet, antiprogesteron, på vårdenheten.
5. Läkaren ansvarar för att kvinnan kommer på återbesök, då det fastställs att aborten är komplett. Även vid återbesöket bör patienten få preventivmedelsrådgivning, om det inte getts tidigare. Praxis är att en barnmorska eller sjuksköterska bokar tid för återbesök för efterkontroll och kontaktar patienten om hon inte infinner sig. En notering görs i journalen om patienten efter upprepad kontakt uteblir från efterkontrollen.



Figur 4. Abortprocessen ur vårdens perspektiv.

# Metod och genomförande

---

Underlaget till denna rapport består av diskussioner med referensgruppen och med expertgruppen (vetenskapligt råd och expert i obstetrik och gynekologi) samt granskning av såväl skadeanmälningar som tillämpliga författningar på området.

## Avgränsningar

Utredningen berör endast svensk abortverksamhet. Diskussioner om barnmorskors möjlighet att utföra medicinska aborter förs i flera länder. Att inom ramen för detta projekt utvärdera andra länders ställningstaganden om barnmorskors yrkesroll, kompetens och behörighet har inte varit tidsmässigt möjligt i denna utredning. Utredningen har därför avgränsats till abortverksamheten i Sverige.

## Referensgrupp

Kunskap om abortverksamheten i praktiken har tillförts genom den referensgrupp som varit knuten till projektet. Gruppen bestod av två representanter från Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG), två representanter från Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och en representant från LäkeMedelsverket. Gruppen har haft diskussioner som inriktats på frågor om läkemedel vid medicinska aborter och nuvarande praxis när det gäller ansvarsfördelning i abortverksamheten. Diskussionerna har varit ett underlag för arbetsgruppens arbete. Referensgruppen har träffats vid två tillfällen.

## Expertgrupp – Vetenskapligt råd

En expertgrupp tillsattes, för denna utredning, med syftet att diskutera och förankra arbetsgruppens slutsatser och förslag. Experterna bestod av Jan-Henrik Stjern Dahl, Socialstyrelsens vetenskapliga råd, docent, överläkare med specialitet obstetrik, gynekologi och dessutom sakkunnig i abortfrågor och Marc Bygdeman, professor emeritus i obstetrik och gynekologi och ledamot av Socialstyrelsens Rättsliga råd i abort- och steriliseringsärenden samt IVF-ärenden. Arbetsgruppen har träffat expertgruppen vid ett tillfälle. Jan-Henrik Stjern Dahl och Marc Bygdeman har faktagranskat rapporten.

## Anmälda skador i abortverksamheten

Patienter som skadas i svensk hälso- och sjukvård kan söka och få ersättning enligt patientskadlagen.<sup>10</sup> Patientförsäkringen gäller vid skada i samband med undersökning eller behandling och vid skada vid behandling som orsa-

---

<sup>10</sup> Patientskadlagen (1996:799)

kats av felaktig diagnos. Skada eller risk för skada i samband med sjukvård kan anmälas till flera instanser. Då vårdgivaren anmäler en incident som ”Lex Maria-ärende” registreras ärendet, efter beslut, i Socialstyrelsens RiskDataBas. Patienter kan, liksom Socialstyrelsen, anmäla yrkesutövare till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. Den patient som söker ersättning för skada anmäler detta till försäkringsgivaren enligt Patientförsäkringen eller Läkemedelsförsäkringen.

Det är svårt att utifrån befintliga register sammanställa eventuella brister i abortverksamheten för medicinska aborter. Variabler och koder för skadeärenden som rör kirurgiska aborter finns i de befintliga registren men saknas för de medicinska. En manuell genomgång av registren måste därför göras i skadeärenden som rör samtliga aborter. Ansvariga för registren har varit behjälpliga i så stor utsträckning som varit möjlig utifrån de specifika regler som gällt för dessa register.

Utredningen har inte fått tillgång till personnummer för de kvinnor som anmält sin skada till vare sig Läkemedelsförsäkringen, landstingens gemensamma försäkring för patientskador eller Patientförsäkringen. Dessutom har Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF) garantier för uppgiftslämnare till Personskaderegistret att inga uppgifter om försäkringsärenden någonsin, på något sätt överlämnas till Socialstyrelsen, HSAN eller annan myndighet.

### *Lex Maria-anmälningar*

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska, vid en negativ händelse eller ett tillbud i vården, snarast göras en bedömning om det inträffade.<sup>11</sup> Det föreligger en generell rapporteringsplikt, Lex Maria<sup>12</sup>, inom hälso- och sjukvården om behandlingen medfört allvarlig skada eller sjukdom eller risk för sådan skada eller sjukdom för en patient.

En sökning i Socialstyrelsens RiskDataBas, efter Lex Maria-anmälningar i samband med medicinska aborter har gjorts. Totalt har fem anmälningar som rör medicinska aborter inkommit till Socialstyrelsen och införts i RiskDataBasen sedan 1996.

### *Patientförsäkringen*

Patienter som skadas i sjukvården kan anmäla detta till den patientförsäkring som samtliga landsting, Gotlands kommun och privata vårdgivare har tecknat, i första hand LÖF. Patientförsäkringen gäller vid skada i samband med undersökning eller behandling och vid skada vid behandling som orsa-

---

<sup>11</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2005:28) om anmälningsskyldighet

<sup>12</sup> I 6 kap. 4 § i lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område står att om en patient i samband med hälso- och sjukvård drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom ska vårdgivaren snarast anmäla detta till Socialstyrelsen.

kats av felaktig diagnos. Anmälningarna består av ersättningskrav för skador i samband med medicinsk abort.

Mellan år 2000 och 2006 har 13 patienter ställt ersättningskrav för skador i samband med medicinsk abortmetod.

### ***Läkemedelsförsäkringsföreningen***

Läkemedelsförsäkringsföreningen (LFF) är en, för läkemedelsindustrin, gemensam försäkring som ger möjlighet till ersättning för den som drabbas av läkemedelsskada. Anspråken ska dock ställas till berörd försäkringsgivare. Det är i huvudsak två läkemedel som används vid medicinska aborter. Ett med antiprogesteron, som innehåller substansen mifepriston och ett prostaglandinpreparat. Därutöver används ofta smärtstillande läkemedel. Två anmälningar har inkommit till LFF sedan 1994.

### ***Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd***

Till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) kan patienter, Socialstyrelsen samt i vissa fall anhöriga anmäla yrkesutövare i vården.

Fem anmälningar, som avser medicinska aborter har inkommit till HSAN mellan 2004 och 2006.

# Resultat

---

## Referensgruppens diskussioner

En genomgång av nuvarande praxis lade grunden för gruppens diskussioner om patientsäker och flexibel abortverksamhet. Under diskussionerna i referensgruppen framkom följande:

Referensgruppen var enig om att barnmorskor, på de flesta vårdenheter, i praktiken redan utför arbetsuppgifter som direkt berör utförandet av, vård under och efterkontroll av medicinska aborter.

Samtliga i referensgruppen var överens om att det är bra och önskvärt att ansvaret för medicinska aborter, även fortsättningsvis, ligger hos läkaren. Det fanns en enighet om att barnmorskor kan delta i flera arbetsmoment än idag under abortprocessen.

Verksamhetschefen har en viktig roll att utforma vägledande rutiner och fördela arbetsuppgifterna så att abortverksamheten blir flexibel och att hänsyn till patientsäkerheten beaktas.

Praxis varierar starkt mellan såväl olika abortmottagningar som landsting och privata kliniker där PM och riktlinjer som styr enheterna kan ha olika inriktning avseende abortprocessen.

Rutinerna kring återbesök är att de, oftast, bokas av barnmorska eller sjuksköterska. Om kvinnan uteblir från återbesöket är det barnmorskan som kontaktar patienten för att påminna och informera om vikten av efterkontrollen. Kommer inte patienten efter flera påstötningar antecknar barnmorskan detta i patientjournalen. Läkaren ansvarar för att efterkontrollen blir genomförd. I praktiken är det barnmorskan som vanligen gör efterkontrollen.

Barnmorskan sköter oftast tidsbeställning, undersökning såväl som ny kallelse och notering i journal om patienten uteblir. Barnmorskan bär själv ansvaret för hur dessa uppgifter fullgörs.

Hela *vårdteamet*, dvs. gynekologer, barnmorskor, sjuksköterskor och kuratorer, är viktiga i abortverksamheten.

Gynekologer såväl som barnmorskor kan efter utbildning och erfarenhet utföra vaginala ultraljud. För såväl gynekologer som barnmorskor krävs gedigen utbildning, erfarenhet och personlig lämplighet, då vaginala ultraljud betraktas som ett avancerat arbetsmoment. Verksamhetschefen har möjlighet att låta den som är mest lämplig utföra vaginala ultraljud, eftersom detta inte är en regelstyrd arbetsuppgift.

Referensgruppen diskuterade även att läkare på en abortmottagning har möjlighet att ordinera läkemedel, som används vid medicinsk abort, enligt generella direktiv, så att en barnmorska kan ge dessa läkemedel till en patient efter en behovsbedömning. Läkaren styr förutsättningarna för när en ordination enligt generellt direktiv kan användas genom att ange indikationer och kontraindikationer. Det är dock ytterst verksamhetschefen som av-

gör huruvida ordination enligt generella direktiv får förekomma inom verksamheten.

## Författningar som reglerar abortverksamheten

Begär en kvinna att hennes graviditet ska avbrytas, får abort utföras om åtgärden vidtas före utgången av 18:e graviditetsveckan om den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Detta framgår av 1 § abortlagen (1974:595). Efter utgången av 18:e graviditetsveckan får abort utföras endast om Socialstyrelsen lämnar kvinnan tillstånd till åtgärden. Tillstånd får inte lämnas, om det finns anledning att anta att fostret är livsdugligt, vilket framgår av 3 §.

Enligt 5 § andra stycket får endast den som är behörig att utöva läkaryrket utföra abort. Aborten ska utföras på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänner. Av 2 och 8 §§ framgår att kvinnan ska erbjudas stödsamtal, såväl före som efter aborten. Den som ansvarar för verksamheten på det sjukhus eller den inrättning där åtgärden utförts ska se till att kvinnan får erbjudande om stödsamtal.

Inför aborten ska kvinnan få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns, vilket framgår av 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Enligt 2 a § andra stycket ska vården och behandlingen så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Detta innebär att kvinnan bl.a. ska få information om de abortmetoder som finns och därefter i samråd med sjukvården ta ställning till val av metod. Läkaren fattar, formellt, det avgörande beslutet om abortmetod med hänsyn till graviditetslängd, kvinnans hälsotillstånd och hennes egna önskemål.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:4) om abort ska tillämpas inom abortverksamheten. Enligt 2 kap. 1 § ska, vid medicinska aborter, den inledande läkemedelsbehandlingen ges på ett allmänt sjukhus eller någon annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen har godkänt. Aborten kan därefter avslutas hemma eller på sjukhuset. Aborten ska avslutas med en efterkontroll som syftar till att fastställa att den är helt genomförd. En anteckning om resultatet av efterkontrollen ska göras i patientjournalen. Den ansvariga läkaren vid sjukvårdsinrättningen där den inledande läkemedelsbehandlingen ges är även ansvarig för att efterkontrollen genomförs även om den görs på ett annat ställe, t.ex. preventivmedelsmottagning eller en gynekologisk mottagning. Om kvinnan trots påminnelse inte infinser sig till efterkontroll, ska anteckning om detta göras i patientjournalen. Vid en kirurgisk abort ska den ansvarige läkaren erbjuda kvinnan tid för efterkontroll, vilket framgår av 2 kap. 3 §. Erbjudandet om och resultatet av efterkontrollen ska antecknas i patientjournalen. Vid efterkontrollen bör även preventivmedelsrådgivning ingå. Av 3 kap. framgår att stödsamtal före och efter en abort bör ges av en yrkesutövare med beteendevetenskaplig kompetens.

Det är, som ovan nämnts, läkare som får utföra aborter. I begreppet ”utföra” ryms, när det gäller medicinska aborter, ordinationen av aktuellt läke-

medel samt ansvaret att den medicinska aborten blir genomförd.<sup>13</sup> Inför ordination av läkemedel krävs bedömning av bl.a. indikationer och kontraindikationer. Övriga arbetsuppgifter som förekommer före och efter aborten, t.ex. ultraljudsundersökning, är inte reglerade i någon författning. Följaktligen får annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare utföra övriga arbetsuppgifter, förutsatt att de besitter den kunskap som behövs för att utföra uppgifterna på ett korrekt och säkert sätt. Verksamhetschefen ansvarar för att den personal som ska utföra olika arbetsuppgifter har den kompetens (utbildning och erfarenhet) som krävs för detta.

## Läkemedelshantering vid medicinska aborter

I Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:10)<sup>14</sup> om förordnande och utlämnande av läkemedel m.m. regleras förordnande av läkemedel, dvs. ordination eller beställning av läkemedel. Av 5 § framgår att läkare som har legitimation för yrket eller som har särskilt förordnande är behörig att förordna läkemedel för behandling av människa.

Det finns begränsningar i forskrivningsrätten för läkare när det gäller substansen mifepriston, vilket är den aktiva substansen i det läkemedel som används vid medicinska aborter. Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1992:4) om förordnande av viss farmaceutisk specialitet får läkemedel som innehåller mifepriston tills vidare utlämnas från apotek endast om det förordnats av läkare som enligt abortlagen (1974:595) är behörig att utföra abort. Läkemedlet får utlämnas från apotek endast till den klinik där läkaren är verksam. Läkemedlet får inte utlämnas till enskild patient efter ordination på recept. De läkemedel som innehåller substansen mifepriston kan således endast ordineras av läkare på ett allmänt sjukhus eller på en privat klinik, som har Socialstyrelsens tillstånd att utföra aborter.

Barnmorskors forskrivningsrätt regleras i 12 § i nämnda receptföreskrifter. Vilka läkemedel som barnmorskor får ordinerat styrs bl.a. av hur potent läkemedlet är, vilka kontraindikationer som förekommer samt möjliga biverkningar och komplikationer. Barnmorska som uppfyller av Socialstyrelsen fastställd utbildning och övriga villkor<sup>15</sup> är behörig att förordna läkemedel som används i födelsekontrollerande syfte på människa. Behörigheten omfattar endast läkemedel enligt särskild bilaga till föreskrifterna.

Barnmorskor får inte ordinerat läkemedel som innehåller substansen mifepriston eller andra läkemedel som används för att genomföra en medicinsk abort. Rätten att ordinerat läkemedel som innehåller substansen mifepriston är, som ovan nämnts, begränsad även för läkare.

Barnmorskor får iordningställa och administrera såväl läkemedel som innehåller mifepriston som andra läkemedel, vilket framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i

---

<sup>13</sup> Dessa arbetsuppgifter får, enligt Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:10) om förordnande och utlämnande av läkemedel m.m. och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:4) om abort, endast utföras av läkare.

<sup>14</sup> Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:10) om förordnande och utlämnande av läkemedel m.m. (receptföreskrifter).

<sup>15</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:21) om rätt för barnmorskor att förskriva läkemedel i födelsekontrollerande syfte.

hälso- och sjukvården. Enligt 4 kap. 1 § ska läkemedel iordningställas och administreras av en sjuksköterska, läkare, tandläkare, receptarie eller apotekare. En sjuksköterska, läkare eller tandläkare som iordningställt ett läkemedel har själv ansvaret för administreringen av läkemedlet till patienten. Uppgifter som enligt föreskrifterna ska utföras av sjuksköterskor får även utföras av barnmorskor, vilket framgår av 1 kap. 5 §. Barnmorskor får följaktligen iordningställa och administrera de läkemedel som används vid medicinska aborter.

Av 3 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården framgår vidare att läkare har möjlighet att ordinera läkemedel enligt generella direktiv. I de generella direktiven ska anges indikationerna och kontraindikationerna samt doseringen och antalet tillfällen som läkemedlet får ges till en patient utan att en läkare kontaktas. Det är således fortfarande läkaren som är ansvarig för ordinationen. Läkemedel som ordinerats enligt generella direktiv får ges till en patient endast efter att en sjuksköterska (eller barnmorska) gjort en behovsbedömning. Ordinationer enligt generella direktiv ska utfärdas restriktivt och omprövas regelbundet. Anvisningar för ordinationer enligt generella direktiv ska finnas i den lokala instruktionen för läkemedelshantering. Det finns inga begränsningar enligt föreskrifterna när det gäller vilka läkemedel som får ordinerats enligt generella direktiv.

*Ordination av läkemedel enligt generella direktiv* i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, ska inte förväxlas med *delegering av arbetsuppgifter* i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. För *delegering av arbetsuppgifter* gäller att de inte får verkställas om det av en bestämmelse i en författning, en instruktion eller liknande framgår att uppgiften är förbehållen en viss yrkesgrupp, exempelvis läkare. Arbetsuppgiften att ordinera de aktuella läkemedlen är inte möjlig att delegera till barnmorskor. En *ordination av läkemedel enligt generella direktiv* gäller för patienterna på en viss enhet vid vissa angivna tillstånd och under särskilda villkor, utan att en särskild individuell ordination behöver ges. En ordination av läkemedel enligt generella direktiv kan efter omprövning dras tillbaka. Det är alltid en läkare som är ytterst ansvarig för ordinationen och det är verksamhetschefen som avgör huruvida ordination enligt generella direktiv får förekomma inom verksamheten.

## Ansvarsfördelning och flexibilitet i abortverksamheten

Vårdgivaren ska säkerställa att ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet innehåller rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna. Ledningssystemet ska även innehålla rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter och planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Se Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Det är varje verksamhetschefs ansvar att inom ramen för den personal som vårdgivaren ställer till förfogande leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna allt efter art och svårighetsgrad och med hänsyn till behovet av kompetens. Det finns enstaka regelstyrda arbetsuppgifter som bara vissa yrkesgrupper får utföra, eller som på annat sätt kräver särskild utbildningsbakgrund, erfarenhet eller befattning. Uppgifter av detta slag kan inte delegeras eller uppdras till den som saknar angiven kompetens. I övrigt är verksamhetschefen fri att fördela arbetsuppgifterna mellan de olika personalkategorierna.

Det finns idag stora möjligheter för verksamhetschefen att genom ett flexibelt och effektivt användande av befintlig personals kompetens och kompetenshöjande åtgärder organisera en abortverksamhet som motsvarar kraven på en tillgänglig och säker vård. Förskjutningar av arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier får dock aldrig ske på bekostnad av patientsäkerheten.

## Vetenskapligt råd – Expertgrupp

Expertgruppen var överens om förslaget att barnmorskor får en större roll under abortprocessen än idag, vid okomplicerade graviditeter. Det poängterades att när en barnmorska kan följa kvinnan från gynekologisk undersökning (med bl.a. vaginalt ultraljud) till abortens genomförande och efterkontroll är det en fördel för såväl patient som yrkesutövaren. Det kan kännas tryggare för kvinnan att träffa en och samma person under hela abortprocessens förlopp. Expertgruppen konstaterade att läkare behövs inom abortverksamheten för att säkerställa patientsäkerheten och för att kunna ta hand om komplicerade fall men även för att kvinnan har rätt att träffa en läkare om hon så önskar. Vidare ansåg expertgruppen att ansvaret för att utföra aborter, såväl medicinska som kirurgiska, bör förbli en läkaruppgift. Ordination enligt generella direktiv gör att barnmorskor kan ges möjlighet att arbeta med hela abortprocessen vid okomplicerade graviditeter.

## Anmälningar i samband med medicinska aborter

Antalet anmälningar för skador som uppkommit under abortprocessen för medicinska aborter, medicinska aborter kan belysa metodens säkerhet. Utredningen vill med genomgång av anmälningar i abortverksamheten se antalet anmälningar samt var i abortprocessen, för medicinska aborter, flest skador sker.

En händelse kan förekomma i flera register för samma skada. Exempelvis kan kliniken anmäla en skada, i enlighet med Lex Maria, och därefter läggs det in i RiskDataBasen. Och patienten kan, på egen hand, begära ersättning i patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen kan i sin tur registrera skadan som en läkemedelsskada. Med den begränsade information som Socialstyrelsen har fått, har det inte gått att bedöma om samma patientskada förekommer i flera register.

Det har generellt varit svårt att få tillgång till anmälningar och beslut före 2000. Sammanställningen av ärenden i de olika registren är därför inte fullständig, detta bedöms dock inte kunna påverka utredningens slutsatser.

De anmälningar som Socialstyrelsen fått ta del av är:

- Fyra Lex Maria-anmälningar 1996–2006
- Fem anmälningar till HSAN 2004–2006
- Två anmälningar avseende läkemedel till LFF 1994–2006
- Tretton anmälningar till Patientförsäkringen 2000–2006

Närmare beskrivning av anmälningar och skadornas art finns i bilaga 1.

Utifrån de beskrivna anmälningarna som avser patientskador i samband med medicinska aborter kan det konstateras att de är få i förhållande till det totala antalet utförda aborter. Anmälningarna visar att efterkontrollen är viktig.

# Diskussion och slutsatser

---

Barnmorskor och i viss utsträckning även sjuksköterskor, som arbetar i abortverksamheten, medverkar i en stor del av abortprocessen från tidsbokning, rådgivning, administration av läkemedel och smärtlindring fram till den avslutande efterkontrollen. Barnmorskor såväl som gynekologer kan efter utbildning och erfarenhet utföra vaginala ultraljud.

Ansvar för aborter, såväl medicinska som kirurgiska, åvilar läkaren enligt lagstiftningen. Läkare behövs i abortverksamheten för att kunna ta hand om komplicerade fall men även för att kvinnan ska ha möjlighet att träffa en läkare om hon så önskar.

Det är ett ledningsansvar att säkerställa att abortverksamheten drivs på ett flexibelt, ändamålsenligt sätt med optimal tillgänglighet och hög patientsäkerhet. På nationell nivå finns det idag dock begränsade möjligheter att följa upp verksamheten utifrån den abortstatistik som finns.

Det finns, mot bakgrund av gällande lagar och föreskrifter en stor flexibilitet för verksamhetschefer att organisera abortverksamheten med bibehållen eller ökad tillgänglighet och med hänsyn tagen till patientsäkerheten. All personal har, enligt 2 kap. 5 § LYHS<sup>17</sup> ett ansvar för de uppgifter som de utför.

En optimal sammansättning av personalens kompetens, kontinuerlig utbildning och ordinationer enligt generella direktiv i abortverksamheten skulle vid en del av abortmottagningarna sannolikt leda till bättre tillgänglighet för abortsökande kvinnor och därmed en tänkbar möjlighet att fler tidiga och därmed färre sena aborter utförs.

## Slutsatser

Vårdgivaren ansvarar för att abortverksamheten fungerar på bästa sätt och att god vård ska ges genom hög patientsäkerhet och tillgänglighet. Det är varje verksamhetschefs ansvar att leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna med hänsyn till verksamhetens behov och personalens kompetens.

Förutom regelstyrda arbetsuppgifter som endast vissa yrkesgrupper får utföra eller som på annat sätt kräver särskild utbildningsbakgrund, erfarenhet eller befattning är verksamhetschefen fri att fördela arbetsuppgifterna mellan de olika personalkategorierna.

Att utföra abort är en regelstyrd uppgift som endast är förbehållen läkare. I begreppet ”utföra” ryms, när det gäller medicinska aborter, ordination av aktuella läkemedel samt ansvar för att aborten blivit genomförd. Läkaren har således, även vid generella direktiv, det övergripande ansvaret för utförandet av medicinska aborter.

Med ordinationer enligt generella direktiv ges verksamhetschefer i abortverksamheten möjlighet att ge barnmorskor en större roll i abortprocessen

---

<sup>17</sup> Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

för medicinska aborter, vid okomplicerade graviditeter. Detta är möjligt inom ramen för gällande författningar, förutsatt att det inte sker på bekostnad av patientsäkerheten.

# Bilagor

---

## Skadeanmälningar i abortverksamheten

### Lex Maria

Socialstyrelsen har granskat de Lex Maria-anmälningar som rör medicinska aborter och som har registrerats i RiskDataBasen. Anmälningarna nedan sträcker sig från år 1996 till och med år 2006. Fyra ärenden, som avser medicinska aborter, är anmälda till RiskDataBasen sedan 1996. Nedan beskrivs dessa ärenden kortfattat.

- Kvinna kom inte på efterkontroll. Patienten upptäckte senare att hon var gravid. Det konstaterades att hon var i graviditetsvecka 28. Anti-progesteron-programmet på kliniken granskades av Socialstyrelsen. Hon hade uteblivit från efterkontrollen vid en tidigare abort och hade då som nu informerats och fått tid till återbesöket.
- Ung kvinna förblödde i hemmet efter att en medicinsk abort genomförts på kvinnokliniken. Behandlingen utfördes i enlighet med den vetenskap och beprövade erfarenhet som vid tillfället fanns tillgänglig. I Socialstyrelsens beslut står det bl.a. att en kopia av reviderat informationsblad med patientinstruktioner vid medicinsk abort på den aktuella kvinnokliniken ska skickas till Socialstyrelsen. Chefläkaren erinrades om skyldigheten i SOSFS 2002:4 att informera patientens anhöriga och ombads att informera berörd personal om Socialstyrelsens beslut.
- Kvinna sökte vård, inte abort. Patient, gravid i vecka 6, fick blödningar och sökte vård. Ultraljudsundersökning gjordes och därefter, vid återbesöket, noterades en minskning av hinnsäckens storlek varvid man bedömde att det var ett icke fullständigt missfall. Kvinnan fick en läkemedelsbehandling, för att fullfölja missfallet. Vid förnyad kontroll efter några dagar konstaterades, vid en ultraljudsundersökning, ett levande foster. Graviditeten avbröts med tanke på den fosterskadande verkan som läkemedlet kan ha. Läkaren skulle, enligt Socialstyrelsen, ha avvaktat en vecka innan läkemedelsbehandlingen inleddes.
- Komplikation vid medicinsk abort. Patienten som var allergisk mot ett speciellt smärtlindrande läkemedel fick ett identiskt lika preparat med annat namn för sin smärta. Patienten drabbades av klåda och utslag men i övrigt ingen allvarlig komplikation.

Av de fyra ärenden i RiskDataBasen som rör medicinska aborter var en mycket allvarlig då en ung kvinna förblödde i hemmet. Tydligare information och patientinstruktioner var ett krav till den aktuella kliniken för att

händelsen inte ska behöva upprepas. Dödsfallet hade kunnat undvikas om patienten sökt vård vid så allvarliga blödningar.

### **Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd**

Till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, kan patienter anmäla yrkesutövare i vården.

Till HSAN har inkommit, mellan 2004 och 2007, fem ärenden som avser medicinska aborter.

- Patient anmälde en läkare som hade avrått henne från att genomgå en kirurgisk abort eftersom det kunde bli svårt att bli gravid på nytt. Läkare och patient kom därför överens om att medicinsk abort var det bästa. Ingreppet utfördes, enligt patienten, felaktigt eftersom hon fick ligga stilla i många timmar. Hon fick inte ha någon anhörig med sig och hon upplevde svåra smärtor. Graviditetslängden hade av läkaren mätts till 6–8 veckor men var 11–12 veckor. Nämnden konstaterade att patienten fått adekvat information och att läkaren mätt graviditetsveckorna rätt. Dock konstaterades fel i datum i journalen.
- Misstänkt utomkvedshavandeskap utreddes. Kvinnan valde att genomgå en medicinsk abort, men kände sig i efterhand vilseledd av läkaren genom att ha fått felaktig information.
- Läkare informerade abortsökande kvinna om att det inte skulle vara någon risk med den medicinska abortmetoden. Fem veckor efter patientens abort uppstod komplikationer som medförde att skrapning gjordes. Nämnden ansåg att kvinnan fått adekvat information och att det kliniska förloppet är en känd komplikation.
- Patient som var gravid uppsökte vårdcentral eftersom hon fått blödningar. Läkaren på vårdcentralen noterade inget hjärtljud. Läkaren bad kvinnan att återkomma. Även vid påföljande besök uppfattade läkaren inte hjärtljud. Hon fick besked om att kroppen skulle komma att stöta ut fostret utan läkemedel. Kvinnan anmälde att hon blivit kränkt och illa behandlad av de två läkarna som genomfört undersökningarna.
- Patient kände sig kränkt och illa bemött i samband med en abort. I HSAN:s beslut framgår inte om aborten var kirurgisk eller medicinsk.

Dessa anmälningar om medicinska aborter och som finns i HSAN:s register lämnades alla utan åtgärd.

### **Patientförsäkring**

Patienter som skadas i sjukvården kan anmäla detta till den patientförsäkring som samtliga landsting, Gotlands kommun och privata vårdgivare har tecknat. Patientförsäkringen gäller vid skada i samband med undersökning eller behandling och vid skada vid behandling som orsakats av felaktig diagnos.

Personskaderegleringen (PSR) gör en personskadeutredning på uppdrag åt Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), som sedan fattar beslut i

skadeärenden samt betalar ut ersättningar. Statistik om ersättningskrav för skador i samband med medicinsk abort har hämtats från LÖF.

På grund av regler för Patientförsäkringen har Socialstyrelsen endast fått tillgång till data på aggregerad nivå.

I patientförsäkringens handläggning av anmälningar kan ersättning ges bl.a. om skadan varit *undvikbar*, dvs. om skadan varit möjlig att undvika, om läkaren ställt en felaktig diagnos eller om infektion tillförts vid behandling.

Eftersom utredningen inte har fått tillgång till detaljer i dessa ärenden ges här en schematisk redovisning av de tretton ärenden som inkommit avseende medicinska aborter från år 2000 till och med 2006.

- Fem kvinnor ville ha ersättning p.g.a. att den medicinska aborten inte varit fullständig, skrapning utfördes.
- En kvinna kom inte till återbesök. Graviditetstest tre månader senare visade att den medicinska aborten inte varit fullständig. Kvinnan födde ett levande barn.
- En kvinna kom inte till återbesök på utsatt tid utan kom först efter tre månader då hon kände sig gravid. Kvinnan födde ett levande barn.
- En kvinna konstaterades vara gravid i 7:e graviditetsveckan och gick igenom en medicinsk abort. Graviditetstestet vid återbesöket var negativt trots att hon då fortfarande var gravid, vilket visade sig då hon var i 23:e graviditetsveckan. Barnet föddes för tidigt.
- En kvinna svimmade på sjukhuset, under den avslutande behandlingen, och skadade sig i ansiktet.
- En kvinna ville genomgå en kirurgisk abort men väntetiden på kliniken var, enligt läkaren, för lång. Läkaren föreslog då medicinsk abort. Kvinnan fick två veckor efter den medicinska aborten, svåra blödningar, blev akut opererad och fick blodtransfusion.
- En kvinnas graviditetstest visade på återbesöket negativt efter den medicinska aborten. Kvinnan återkom och var då i graviditetsvecka 22. Kvinnan födde barnet.
- Två kvinnor ville ha ersättning för psykiskt lidande då den medicinska aborten inte varit fullständig och tvåstegsabort var nödvändig. En av dessa kvinnor kom först en månad efter utsatt tidsbokat återbesök.

Utebliven full effekt av läkemedel är bland de tretton anmälningarna vanligast. Sju kvinnor har behövt gå igenom skrapning eller tvåstegsabort efter ofullständig medicinsk abort. Tre kvinnor uteblev helt från återbesök, varav en födde barn. En kvinna opererades akut p.g.a. kraftiga blödningar, två veckor efter den medicinska aborten.

### **Läkemedelsförsäkring**

Läkemedelsförsäkringen (LFF) har registrerat två läkemedel som används vid medicinska aborter. Ett läkemedel med antiprogesteron och det andra är ett prostaglandinpreparat. En granskning av anmälningar som registrerats av

LFF och som avser medicinska aborter visade att två ärenden inkommit sedan 1994. En anmälan gäller en smärre biverkning av antiprogesteron. Den andra avser en smärre biverkning av prostaglandinpreparatet. Ersättning utgick inte i något av fallen beroende på biverkningens ringa art.

Trots brist på fullständiga data och få anmälningar ger den sammanlagda informationen en vägledning om skadornas art och i viss mån dess omfattning.

Att graviditeten fortsätter efter att den medicinska aborten har genomförts och att skrapning måste utföras är ovanligt men är den sammantaget största anmälningsorsaken. I hälften av dessa anmälningar har kvinnan uteblivit från efterkontrollen och har senare själv konstaterat att aborten inte var fullföljd. I några fall har kvinnor fött barn efter ofullständig medicinsk abort. I andra fall har skrapning genomförts för att avbryta graviditeten helt.

Starka blödningar efter medicinsk abort har varit anledning till några få anmälningar.

Felaktigt läkemedel för smärtlindring, felskrivet datum, upplevd felaktig information om abortmetoder har varit anledningar till anmälningar.

Upplevd kränkning eller illa bemötande har två kvinnor anmält.



