

## Sammanfattning

### Syfte och bakgrund

Den svenska abortlagen (1974:595), som togs i bruk 1975, anger att aborter ska utföras på vårdinrättning<sup>1</sup>. Syftet var att säkerställa att kirurgiska abortingrepp skulle utföras med medicinsk kompetens under säkra förhållanden. Idag utförs dock nästan alla aborter utan kirurgiskt ingrepp som så kallade medicinska aborter.

I en medicinsk abort ingår två läkemedel som i kombination med varandra bidrar till en effektiv och för kvinnan<sup>2</sup> så skonsam utstötning av graviditeten som möjligt. Behandlingen inleds med mifepriston och 24 till 48 timmar därefter tar kvinnan det andra läkemedlet, misoprostol. De sammandragningar och blödningar som är förknippade med medicinsk abort och själva aborten sker vanligen inom några timmar efter administreringen av misoprostol.

Kvinnor som genomgår en medicinsk abort måste idag ta det första läkemedlet, mifepriston, på vårdinrättning under övervakning av vårdpersonal. Detta eftersom det i enlighet med abortlagen (1974:595) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort inte är tillåtet att ta mifepriston hemma. Kvinnor i tidig graviditet<sup>3</sup> kan välja att utföra behandlingen med det andra läkemedlet, misoprostol, och genomgå aborten i hemmet, vilket de allra flesta väljer att göra.



Syftet med denna rapport är att utvärdera det vetenskapliga stödet för att vid en medicinsk abort ta läkemedlet mifepriston i hemmet. Vi definierar hemmet som en plats utanför vårdinrättning som kvinnan själv väljer och vi jämför det med att ta mifepriston på vårdinrättning. Vi utvärderar hur detta påverkar effektiviteten av abortbehandlingen, det vill säga att aborten genomförs utan ytterligare behov av åtgärder. Vi utvärderar även komplikationer, behovet av vård, följsamheten till behandlingen, kvinnors upplevelse av aborten och praktiska konsekvenser av att kunna anpassa platsen och tiden för aborten, samt etiska aspekter. Rapporten är ett uppdrag från regeringen (dnr S2021/05342).

<sup>1</sup> Med vårdinrättning avses allmänt sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning som Inspektionen för vård och omsorg (IVO) godkänt där aborter får genomföras i enlighet med 5§ abortlagen (1974:595).

<sup>2</sup> I rapporten använder vi benämningen kvinnor genomgående eftersom det är det ord som används i lagstiftningen och i de studier vi utvärderat. I benämningen kvinnor inkluderar vi även de som inte definierar sig som kvinnor men som kan tänkas göra en abort.

<sup>3</sup> Med tidig graviditet menar vi den första delen av graviditeten, vilket är ungefär de första 12 till 13 veckorna av graviditeten (första trimestern). Eftersom gränsen har ändrats med tiden och det kan komma att ske ändringar även i framtiden väljer vi att inte ange något exakt tidsspann.

## Slutsatser

- ▶ Det är ingen skillnad i effektivitet av abortbehandlingen då mifepriston tas i hemmet jämfört med på en vårdinrättning (hög tillförlitlighet). Det är inte heller någon skillnad i följsamhet till behandlingen (måttlig tillförlitlighet). Komplikationer relaterade till aborten är ovanliga och det finns ingen påvisbar skillnad mellan grupperna.

## Kommentar

En övervägande majoritet av de kvinnor som tagit mifepriston hemma anger att de föredrar detta, vilket tyder på en hög acceptans. Kvinnans självbestämmande ökar och hon kan anpassa aborten efter egna behov och åtaganden, till exempel arbete. Det kan också öka möjligheten för närstående att vara delaktiga. Detta sammantaget med att effektiviteten och säkerheten är lika hög oavsett var mifepriston tas visar att mifepriston med fördel kan tas i hemmet av de kvinnor som önskar det. Eftersom behoven varierar är det dock viktigt att kvinnan även fortsättningsvis har möjlighet att välja om den medicin-

ska abortbehandlingen och aborten ska ske hemma eller på vårdinrättning. En förutsättning är också att kvaliteten i alla delar av abortvården bibehålls, så som snabb och säker kontakt med vården vid behov.

En förändring som gör att det blir möjligt att ta mifepriston hemma skulle även bidra till en mer jämlik vård. Dels blir förutsättningarna mer lika oavsett var i landet man bor, då det idag kan vara svårt för kvinnor som bor långt ifrån en abortmottagning att anpassa tiden för aborten efter egna behov. Dels blir abortbehandlingen mer lik annan vård, där man utgår ifrån att patienterna själva kan hantera och administrera läkemedel. Ett närliggande exempel är behandling med mifepriston vid missfall som får ske i hemmet. En förändring möjliggör också fortsatt utveckling och implementering i Sverige av en evidensbaserad abortvård i enlighet med WHO:s rekommendationer. Vid ytterligare förändringar i abortvården behöver dessa dock utvärderas.

## Metod

Vi utförde den systematiska översikten enligt de internationella riktlinjerna PRISMA och SBU:s metodbok. Etiska aspekter har undersökts genom en strukturerad diskussion utifrån SBU:s vägledning för etiska aspekter.

För att inkluderas i översikten skulle studierna vara kontrollerade och ha jämfört intag av mifepriston hemma med intag på vårdinrättning för kvinnor som önskade genomföra en abort, oavsett längd på graviditeten. Vi inkluderade både experimentella och registerbaserade studier och de kunde vara prospektiva eller retrospektiva.

## Resultat

I utvärderingen har vi inkluderat totalt sex studier; en prospektiv randomiserad klinisk studie, fyra prospektiva icke-randomiserade kliniska studier och en retrospektiv registerstudie. I samtliga studier var kvinnorna i första trimestern av graviditeten och alla tog det andra läkemedlet, misoprostol, hemma. Totalt ingick 54 233 kvinnor i de inkluderade studierna.

I Tabell 1 redovisas de resultat där vi kunnat uttala oss om jämförelsen mellan att ta mifepriston hemma med att ta det på vårdinrättning.

Komplikationer relaterade till aborten är ovanliga och det finns inget som tyder på några skillnader mellan grupperna. Vad gäller erfarenhet av behandlingen så anger de allra flesta som tagit mifepriston hemma att de skulle vilja göra det även i framtiden om de skulle göra en ny abort och en övervägande majoritet är nöjda med abortproceduren oavsett var de tagit mifepriston.

**Tabell 1** Sammanfattning av resultat där mifepriston hemma jämförs med mifepriston på vårdinrättning.

Utfall	Resultat	Tillförlitlighet
<b>Effektivitet av abortbehandlingen</b>		
	Ingen skillnad	Hög (⊕⊕⊕⊕)
<b>Följsamhet till behandlingen</b>		
	Ingen skillnad	Måttlig (⊕⊕⊕○)
<b>Kontakt med sjukvården</b>		
Telefonsamtal till abortmottagningen	Något fler (4% (95% KI: 0 till 8%)) i gruppen som tagit mifepriston hemma	Låg (⊕⊕○○)
Oplanerade besök i sjukvården	Ingen skillnad	Låg (⊕⊕○○)
<b>Praktiska konsekvenser av att ta mifepriston hemma</b>		
Frånvaro från arbete	Färre (12% (95% KI: 4 till 20%)) i gruppen som tagit mifepriston hemma	Låg (⊕⊕○○)

KI = Konfidensintervall

**Innehållsdeklaration**

Denna publikation innehåller:

- ✓ En eller flera systematiska översikter
- ✓ En bedömning av etiska och sociala aspekter

SBU använder en noggrann process för att säkerställa att våra resultat är vetenskapligt väl underbyggda. För den här rapporten har vi gjort följande:

**Tagit fram ett vetenskapligt underlag tillsammans med externa sakkunniga:**

- ✓ Gjort en strukturerad och uttömmande litteratursökning
- ✓ Granskat om studierna vi hittat är relevanta
- ✓ Granskat om det finns metodbrister i studierna som skulle kunna påverka resultaten och ge risk för snedvridning
- ✓ Vägt samman resultatet från studier med låg, måttlig eller hög risk för snedvridning
- ✓ Bedömt hur tillförlitligt det sammanvägda resultatet är

**Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:**

- ✓ Externa sakkunniga
- ✓ SBU:s kvalitetssäkringsgrupp
- ✓ SBU:s vetenskapliga råd

**Projektgrupp Sakkunniga**

- Kristina Gemzell Danielsson, professor, överläkare, Karolinska Institutet och Karolinska universitetssjukhuset
- Jan Brynhildsen, professor, överläkare, Örebro universitet och Universitetssjukhuset i Örebro
- Ingela Lindh, med dr, barnmorska samt enhetschef på barnmorskemottagning, Göteborgs universitet och Regionhälsan i Västra Götalandsregionen

**SBU**

- Susanne Johansson, projektledare
- Anna Christensson, biträdande projektledare
- Klas Moberg, informationspecialist
- Emma Wernersson, projektadministratör

Rapport nr 363 (2023) • [registrator@sbu.se](mailto:registrator@sbu.se)  
Rapporten kan laddas ner från [www.sbu.se/363](http://www.sbu.se/363)

Grafisk produktion: Anna Edling, SBU