

Litteratur

1. Von der Maase H. Current and future perspectives in advanced bladder cancer: is there a new standard? *Semin Oncol* 2002;29:3-14.
2. Loehrer PJ, Einhorn LH, Elson PJ et al. A randomized comparison of cisplatin alone or in combination with methotrexate, vinblastine, and doxorubicin in patients with metastatic urothelial carcinoma: a cooperative group study. *J Clin Oncol* 1992;10:1066-73.
3. Logothetis CJ, Dexeus FH, Finn L et al. A prospective randomized trial comparing MVAC and CISCA chemotherapy for patients with metastatic urothelial tumors. *J Clin Oncol* 1990;8:1050-5.
4. Von der Maase H, Hansen SW, Roberts JT et al. Gemcitabine and cisplatin versus methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin in advanced or metastatic bladder cancer: results of a large, randomized, multinational, multicenter, phase III study. *J Clin Oncol* 2000;18:3068-77.
5. Ghersi D, Stewart LA, Parmar MK et al. Does neoadjuvant cisplatin-based chemotherapy improve the survival of patients with locally advanced bladder cancer. *Br J Urol* 1995;75:206-13.
6. Malmstrom PU, Rintala E, Wahlqvist R et al. Five-year followup of a prospective trial of radical cystectomy and neoadjuvant chemotherapy: Nordic Cystectomy Trial I. The Nordic Cooperative Bladder Cancer Study Group. *J Urol* 1996;155:1903-6.
7. Sherif A, Rintala E, Mestad O et al. Neoadjuvant cisplatin-methotrexate chemotherapy for invasive bladder cancer. Nordic cystectomy trial 2. *Scand J Urol Nephrol* 2002;36:419-25.
8. Sengelov L, von der Maase H, Lundbeck F et al. Neoadjuvant chemotherapy with cisplatin and methotrexate in patients with muscle-invasive bladder tumours. *Acta Oncol* 2002;41:447-56.
9. Neoadjuvant cisplatin, methotrexate, and vinblastine chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: a randomised controlled trial. International collaboration of trialists. *Lancet* 1999;354:533-40.
10. Grossman HB, Natale RB, Tangen CM et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. *N Engl J Med* 2003;349:859-66.

Abortus provocatus legalis

Hvorfor er det så vigtigt at passe på den?

Overlæge Charlotte Wilken-Jensen,
mag.art. Connie Carøe Christiansen, læge Ellen Ryg Olsen,
seniorforsker Garbi Schmidt &
mag.scient.soc. Mogens Nygaard Christoffersen

Socialforskningsinstituttet, København

Studiets formål var at undersøge eventuelle fysiske og psykiske eftervirkninger af abort. For at afdække dette har en forskergruppe fra Socialforskningsinstituttet efter oplæg fra Sundhedsstyrelsen foretaget en kvantitativ registerundersøgelse og suppleret med en kvalitativ undersøgelse baseret på interview. Fundene findes relevante for både hospitalslæger og praktiserende læger.

Materiale og metoder

Den kvantitative del er baseret på et forskningsregister som en prospektiv registerundersøgelse.

Undersøgelsen er baseret på hele fødselsårgangen af kvinder, der blev født i 1966. Der er foretaget en analyse af eventuelle eftervirkninger frem til 27-års-alderen. Omkring 7.000 kvinder i denne fødselsårgang (svarende til 17%) har fået foretaget en abort. Deres psykiske og fysiske helbredstilstand efter aborten sammenlignes med jævnaldrenes forhold. Forskningsregistret er baseret på Landspatientregistret over legalt provokerede aborter, der er sammenkørt med registre, der indeholder oplysninger om kvindernes opvækstfamilie og deres uddannelses- og erhvervsmæssige situation forud for indgrebet.

Den kvalitative del er baseret på interview med 14 kvinder, der havde fået foretaget abort mindst et år før interviewtidspunktet. Kvinderne henvendte sig selv efter at have læst om undersøgelsen på internetsider. De fleste interview foregik over telefonen, enkelte ved direkte kontakt. Interviewenes varighed var en halv til en hel time. I oplægget til interviewpersonerne blev det understreget, at abort også er en erfaring, og der blev på den måde lagt op til, at den enkeltes oplevelser har en relevans for andre. Den population, der fremkom, supplerer registeroplysningerne i mere end en forstand, idet disse kvinder repræsenterer en bredere aldersgruppe, ligesom de ikke nødvendigvis har haft nogen komplikationer i forbindelse med abortindgrebet.

Statistik

I den undersøgte periode har landspatientregisteret, sammen med 14 andre registre givet oplysninger om eventuelle psykiske og socialt belastende forhold i kvindens opvækstfamilie. Indikatorer på socialt belastende opvækstforhold har været: forældres misbrug, vold i familien, forældres suicidal adfærd og arbejdsløshed. Endvidere er der set på, om kvinden som barn eller ung har været anbragt uden for hjemmet, har været separeret fra en forælder eller om hendes mor har haft et tidligt moderskab som teenager. Med hensyn til kvindens voksne liv er der inddraget eventuel kriminalitet (frihedsdom), psykiatrisk indlæggelse og alvorligt somatisk handicap. Endelig er kvindens nuværende erhvervsmæssige tilknytning (skole-, erhvervsuddannelse og længerevarende ledighed) året forud for den undersøgte begivenhed inddraget.

En række begivenheder (udfald) er undersøgt, fordi de

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 1. Kvindens situation året efter førstegangs-abort. Kvinder født i 1966, fulgt i 1981-1993.

	Udfald i samlet model (n = 7.165) ^a						EF ^b
	antal cases	% af cases	% af kontrol	odds-ratio	konfidens-interval (95%-niveau)	p<	
<i>Udfald omhandlende somatiske forhold</i>							
Underlivsbetændelse	92	4,0	1,5	2,0	1,6-2,5	0,0001	1,5
Spontan abort	82	3,8	1,5	1,5	1,2-1,9	0,0003	0,7
<i>Udfald omhandlende psykiske forhold</i>							
Selvmordsforsøg	20	4,1	1,5	1,6	1,0-2,5	0,05	0,9

- a) Undersøgelsens totale antal kvinder, som fik foretaget legal abort ved hospitalsindlæggelse, udgjorde i undersøgelsesperioden 7.165. Det samlede antal kvinder, der blev fulgt i undersøgelsen, var 41.362 født i 1966. Odds-ratio er korrigeret under hensyntagen til sociale baggrundsforhold.
- b) De præsenterede analyser kan anvendes til at foretage et tankeeksperiment, hvor man forestiller sig, at man kan reducere eller fjerne en belastningsfaktor. Under forudsætning af, at modellen holder, kan man beregne, hvor stor en reduktion, der vil ske af de uønskede udfald som følge af dette indgreb. Reduktionens andel af samtlige negative udfald kaldes for ætiologisk fraktion (EF).

både i fagkredse og i nogle tilfælde uden for fagkredse opfattes som mulige eftervirkninger.

De statistiske analyser er udført som diskret sammenligning af tidsperioder ved hjælp af en Cox-regressionsmodel. En række forskellige udfald er analyseret separat for at vurdere, om provokeret abort eller belastende forhold i kvindens opvækst eller baggrund kan forudsige det pågældende udfald. Et udfald indgår kun første gang, det forekommer, idet personen efterfølgende tages ud (bortcensureres) fra risikogruppen.

I **Tabel 1** er der vist de korrigerede odds-ratioer med angivelse af signifikante determinanter i den endelige regressionsmodel for hvert udfald.

Resultater

I SFI-rapporten er undersøgelsens kvalitative og kvantitative resultater adskilt og beskrevet i hver sin del af rapporten [1].

I denne artikel har vi valgt at bringe en blanding af de kvalitative og kvantitative resultater i en logisk rækkefølge, ud fra kvindens oplevelse i forbindelse med provokeret abort.

Vi har udvalgt de resultater, som vi anser for at være de vigtigste, og de resultater, som det sundhedspersonale, der beskæftiger sig med provokeret abort, kan drage nytte af.

Kvinder med speciel risiko for at blive uønsket gravide

Af den kvantitative del af undersøgelsen fremgår det, at der især er tre grupper, som har forhøjet risiko for at komme i en situation, hvor de ønsker at få foretaget en abort: Kvinder, som har haft vanskelige forhold i deres opvækst (anbragt uden for hjemmet, været udsat for omsorgssvigt eller vold), kvinder, som har en dårlig arbejdsmarkedsmæssig tilknytning (langvarig arbejdsløshedsperiode året før aborten) og kvinder, der har født inden for det sidste år (**Tabel 2**).

Kvindernes forventninger til sundhedsvæsenet

I interviewdelen – altså den kvalitative del af undersøgelsen – beskrives kvindernes forventninger til sundhedsvæsenet.

Kvindens første kontakt med sundhedsvæsenet er mødet med den praktiserende læge. Generelt finder kvinderne dette møde for upersonligt. Lægerne udviser for stor professionel distance, som tolkes som manglende indlevelsesevne. Kvinderne føler, at de ikke bliver taget alvorligt. Der mangler omtale af alternativer til provokeret abort, som eksempelvis oplysninger om, hvilke sociale støttemuligheder der er, hvis man vælger at gennemføre graviditeten. Og der mangler information om støttesamtaler.

Mødet med hospitalet er for nogle samlebåndsagtigt, og kvinderne efterlyser mulighed for at gennemdiskutere et personligt valg, som for dem har været betydningsfuldt, med fagligt kompetente personer. Sundhedspersonalets omsorg er vigtig for de abortsøgende kvinder. Omsorg er for nogle muligheden for at snakke eller blive holdt i hånden, og for andre er det muligheden for at være i fred, og for eksempel ikke blive konfronteret med patienter, som er ønsket gravide, behandles for barnløshed eller har gennemgået en ufrivillig abort.

De tre ting, der er væsentlige for kvinden i mødet med hospitalet, er, om hendes behov for kontakt opfyldes, om de fysiske rammer og menneskelige sammenhænge er tilfredsstillende, og om hun får den opbakning, hun har brug for.

En del kvinder oplever dog mødet med både den praktiserende læge og med hospitalsvæsenet som positivt.

Fysiske følger efter abort

De fysiske følger efter abort er beskrevet i undersøgelsens kvantitative del. Knap 6% af kvinderne indlægges med blødning efter abort eller ufuldstændig abort. Unge under 25 år og førstegangsgravide er overrepræsenteret i denne gruppe. Risi-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 2. Kvindens situation forud for førstegangsabort. Kvinder født i 1966, fulgt i 1981-1993.

	Risikofaktorer i samlet model (n = 7.165) ^a							EF ^b
	type	antal cases	% af cases	% af kontrol	odds-ratio	konfidens-interval (95%-niveau)	p<	
<i>Faktorer omhandlende kvindens opvækstforhold og hendes forældre</i>								
Far/mor indlagt pga. misbrug	III	493	6,9	3,8	1,2	1,1-1,3	0,0001	0,8
Forældre indlagt pga. vold/dømt for vold	III	247	3,4	1,7	1,2	1,1-1,4	0,002	0,3
Forældres selvmord eller selvmordsforsøg	II	230	3,2	1,8	1,2	1,1-1,4	0,006	0,4
Far arbejdsløs mere end 21 uger	I	583	8,1	5,9	1,1	1,0-1,2	0,02	0,6
Mor arbejdsløs mere end 21 uger	I	861	12,0	9,1	1,1	1,0-1,2	0,02	0,9
<i>Faktorer omhandlende kvindens barndom dvs. inden det 19. år</i>								
Anbragt uden for hjemmet	II	693	9,7	3,2	2,0	1,8-2,2	0,0001	3,1
Udsat for vold/omsorgssvigt	III	66	0,9	0,4	1,5	1,2-1,9	0,002	0,2
Familien opløst	II	1.037	14,5	11,1	1,3	1,2-1,4	0,0001	3,2
Moderen teenagemoder	II	768	10,7	8,4	1,2	1,1-1,3	0,0001	1,7
<i>Faktorer vedrørende kvinden</i>								
Kvinden har fået frihedsdom	II	16	0,2	0,05	1,7	1,0-2,9	0,04	0,0
Kvinden har været indlagt med psykisk lidelse	II	37	0,5	0,3	1,4	1,0-2,0	0,04	0,1
Kvinden har alvorligt handicap	II	212	3,0	–	–	–	NS	
Kvinden har født et barn året forud	I	498	7,0	3,6	1,7	1,6-1,9	0,0001	2,5
Kvinden har ingen erhvervsuddannelse	II	5.878	82,0	80,7	1,1	1,0-1,2	0,009	7,5
Kvinden har ingen studentereksamen	II	5.684	79,3	–	–	–	NS	
Kvinden har været arbejdsløs i mere end 21 uger	I	1.591	22,2	11,9	1,6	1,5-1,7	0,0001	6,7

a) Undersøgelsens totale antal kvinder, som har fået foretaget legal abort ved hospitalsindlæggelse, udgjorde i undersøgelsesperioden 7.165. De baggrundsvariabler, der indgår i modellen, kan estimeres til at kunne forklare omkring 28% af antallet af aborter.

b) Angiver sammenhængen mellem risikofaktorer og sandsynligheden for abort det efterfølgende år. I den første linje kan man f.eks. læse, at de kvinder, som er vokset op i en familie, hvor deres forældre har været indlagt som følge af misbrug, har en overrisiko for at få en abort. Disse kvinder har 20% (1,2) større risiko end de øvrige kvinder, som ikke har oplevet forældremisbrug.

koen for at blive indlagt med underlivsbetændelse er fordoblet i året efter en provokeret abort. Kvinder, der har født inden for det seneste år før aborten, har ingen risikoforøgelse. Der er en forhøjet risiko for spontan abort året efter en provokeret abort. Risikoen er af samme størrelsesorden, som for dem, der har født året forinden. Der er ingen øget risiko for graviditet uden for livmoderen, for tidlig fødsel eller ufrivillig barnløshed hos kvinder, der har fået foretaget abort.

Psykiske følger efter abort

Af den kvantitative del af undersøgelsen fremgår det, at der ikke er nogen sammenhæng mellem indlæggelse på psykiatrisk afdeling og provokeret abort. En eventuel sammenhæng mellem psykose og provokeret abort er ikke fundet, men heller ikke afkræftet. En svag sammenhæng med selvmordsforsøg året efter kan skyldes andre forhold end selve abortindgrebet.

I den kvalitative del af undersøgelsen beskrives det, at en følelse af tomhed og sorg hyppigt er til stede efter en provokeret abort. Samtidig kan kvinden dog føle en stor lettelse og tage oplevelsen med sig som en livserfaring. Det var det rigtige at gøre på det tidspunkt, og deres liv er blevet bedre, fordi de var i stand til at tage beslutningen, gennemføre den og siden acceptere den. Men det er dog stadig sådan, at det at have fået

foretaget en provokeret abort er en erfaring, en kvinde holder for sig selv, for ikke at blive betragtet som et skødesløst og overfladisk menneske.

Diskussion

I Danmark har antallet af uønskede graviditeter og dermed af provokerede aborter været faldende siden 1975. Det er en udvikling, som er ønskværdig, og det er vigtigt, at der til stadihed afsættes energi og midler til, at den kan fortsætte.

Der vil dog altid være behov for adgang til provokeret abort, og det skyldes blandt andet:

- at præventionssvigt er uundgåelige
- at et pars livssituation kan ændre sig afgørende, fra graviditeten planlægges, og til den er opstået
- at seksuel debut finder sted, før der er taget stilling til prævention
- at information og dermed kundskab om prævention og nødprævention ikke er tilstrækkelig tilgængelig og udbredt
- at fornuft ikke altid er den dominerende faktor i forbindelse med forelskelse og begær.

Sundhedspersonalets opgave i forbindelse med provokerede aborter er at sørge for, at de kan foregå, så kvinder kommer

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISK PROCEDURE

igennem oplevelsen (hændelsen?) uden fysiske men og med så få psykiske eftervirkninger som muligt.

Viden om såvel fysiske som psykiske eftervirkninger er derfor vigtig at have, og det behov er denne rapport fra Socialforskningsinstituttet med til dække.

Rapportens resultater kan anvendes på flere planer: 1) Vi er her blevet gjort opmærksom på grupper af kvinder, som vi skal have et øget fokus på, når det gælder præventionsrådgivning. Det gælder kvinder med vanskelige opvækstkår og kvinder med svag tilknytning til arbejdsmarkedet. Den praktiserende læge vil ofte kende disse forhold hos sine patienter. Det gælder også kvinder, der for nylig har født. Disse kvinder har både hospitalernes fødeafdelinger, sundhedsplejerskerne og den praktiserende læge mulighed for at hjælpe til at undgå denne situation.

2) Vi har fået et bedre grundlag for at informere kvinden om komplikationer ved og eftervirkninger af abort. Vi kan med en solid baggrund fortælle kvinden, at en provokeret abort ikke vil ødelægge hendes fysiske eller psykiske helbred. En del var kendt viden, men det, at man kan komme gennem aborten styrket i sit selvværd, er nok nyt for de fleste. Også

informationen om, at en provokeret abort fortsat kun hører til i en kvindes allerintimeste sfære, er ny.

3) Oplysningerne om, hvordan kvinden opfatter mødet med sundhedsvæsenet i forbindelse med provokeret abort, kan og skal vi bruge til at gøre det bedre. Der er ingen kvinde, der »bare« får foretaget en abort. Forud for beslutningen og efter indgrebet er der mange overvejelser og reaktioner, som der skal være plads til. Kvinderne ønsker ikke neutralitet, og de ønsker ikke omklamring. Vi skal blive gode til at finde den balance, hvor kvinden føler sig hørt og velbehandlet, men ikke umyndiggjort. Den sundhedsperson, som ikke vil eller kan det, må benytte sig af sin lovfæstede ret til at henvise til en anden.

Korrespondance: Charlotte Wilken-Jensen, Strandboulevarden 27, 2. tv., DK-2100 København Ø. E-mail: cwj@dadlnet.dk

Antaget: 31. marts 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Christiansen CC, Schmidt G, Christoffersen MN. Provokeret abort – undersøgelse af baggrund og virkninger. København: Socialforskningsinstituttet, 2003.

Knudeteknik

Overlæge Pål Wara

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Kirurgisk Afdeling L

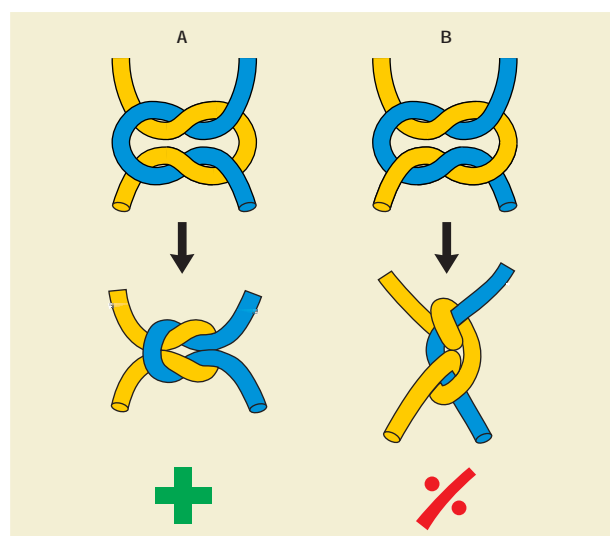
Det forventes af læger, især kirurger, at de kan slå korrekt anlagte, holdbare knuder af dertil egnet sutur- og ligaturmateriale. I praksis er der dog noget, der tyder på, at ikke alle har sat sig tilstrækkeligt ind i de tekniske detaljer og nødvendige forudsætninger.

Knudetyper, teknisk udførelse og knudestabilitet

Råbåndsknude

Uanset om man vælger en- eller tohåndsknudeteknik eller instrumentanlagt knudeteknik, tilstræbes råbåndsknuden (Figur 1A). Denne knude er den mest knudestabile [1, 2] og anbefales som standard til såvel åben som laparoskopisk kirurgi. Råbåndsknuden fremkommer ved, at den samme tråd holdes på samme side ved begyndelsen af hvert slag, og at trækretningen for hver tråd efter hvert slag skifter 180° (Figur 2). Knuden strammes til ønsket tension på første slag, idet de efterfølgende råbåndsslag ikke yderligere kan stramme det første slag.

Råbåndsknude kan udføres i standardversion med enkeltslag (Figur 1), med første slag udført som dobbeltslag (kirurgisk knude) eller dobbeltslag både første og andet slag (dobbeltknude).



Figur 1A. Råbåndsknude. Samme tråd på samme side ved begyndelsen af hvert slag og 180° ændring i trækretning efter hvert. slag. B. Kællingeknude.