

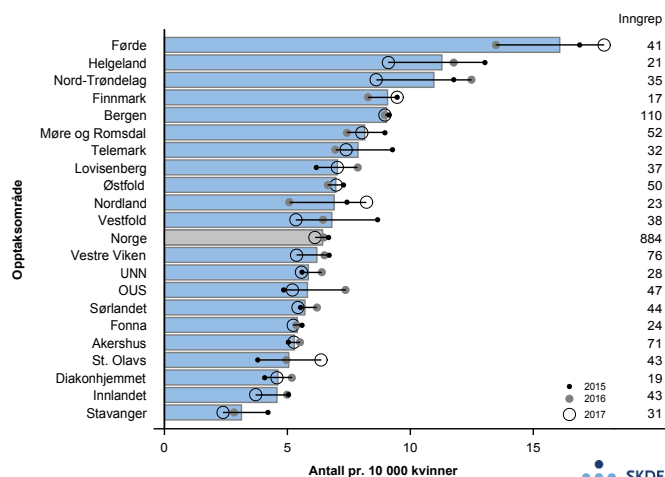
Medikamentell behandling og kirurgisk inngrep er alternative behandlinger ved både spontanabort og ved selvbestemt abort før tolvte svangerskapsuke. Medikamentell behandling som får innholdet i livmoren til å løsne og deretter livmoren til å trekke seg sammen, er den foretrukne metoden. Kirurgi (utskrapning) benyttes når man ikke kommer til målet med medikamentell behandling, særlige medisinske forhold oppstår eller at kvinnen sterkt ønsker denne metoden.

### Kirurgisk inngrep etter spontanabort

Ved en komplett spontanabort tømmes livmoren for svangerskapsprodukter. Ved en inkomplett abort forekommer vaginalblødning i varierende grad, men det er fortsatt ikke levedyktige svangerskapsrester i livmoren. Ved en inkomplett abort anbefales avventende behandling i en-to uker, dersom kvinnen ikke har sterke smerter eller blødninger. Dersom livmoren ikke tømmer seg i denne perioden, forsøkes medikamentell behandling som får livmoren til å trekke seg sammen. I noen tilfeller vil det ligge igjen svangerskapsrester i livmoren og kirurgisk fjerning (revisio) kan bli nødvendig. Ved tegn til infeksjon eller rester etter avventende og/eller medikamentell behandling, anbefales kirurgisk behandling.

I perioden 2015–2017 ble det årlig utført i underkant av 900 kirurgiske inngrep på norske kvinner i forbindelse med spontanabort. Kirurgisk behandling av spontanabort ble oftest gjort for kvinner i alderen 26–39 år og gjennomsnittsalderen for de som fikk utført inngrepet var 32 år.

Mange opptaksområder har en rate som ligger forholdsvis nær ( $\pm 30\%$ ) det nasjonale snittet på 6,4 inngrep pr. 10 000 kvinner. Det var likevel en betydelig geografisk spredning i bruk av kirurgi ifm. spontanabort. For kvinner bosatt i opptaksområdet Helse Førde var bruken av kirurgisk behandling etter en spontanabort fem ganger så høy som for kvinner bosatt i opptaksområdet Helse Stavanger.



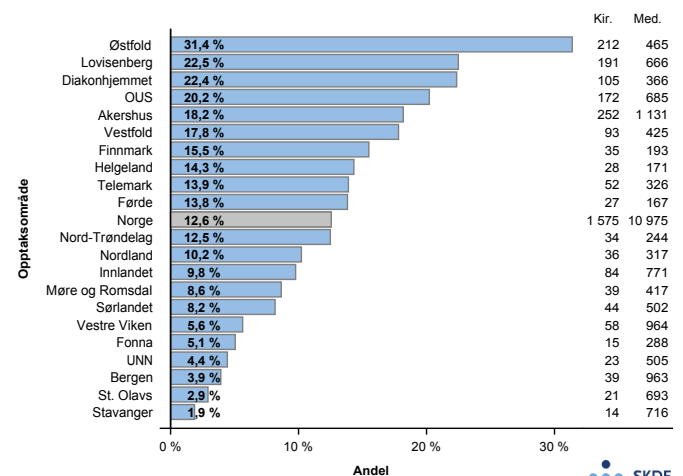
Kilde: NPR/SSB

**Antall inngrep etter spontanabort pr. 10 000 kvinner, aldersjustert, gjennomsnitt pr. år for 2015–2017 fordelt på opptaksområde. Utvalget er begrenset til kvinner i aldersgruppen 16–55 år.**

Det er ingen grunn til å tro at det er ulik geografisk fordeling av forekomsten av spontanabort, eller av infeksjon og svangerskapsrester etter medikamentell behandling. Det er derfor heller ikke forventet at behovet for kirurgisk behandling av spontanabort varierer geografisk i vesentlig grad.

Det er mulig at kvinners preferanser i noen grad får påvirke bruken av kirurgisk behandling. Videre er omfanget av kirurgi ved spontanabort er såpass beskjeden at man må forvente et ikke ubetydelig innslag av tilfeldig variasjon.

Det er vanskelig å fastslå hvorvidt ulikheter i pasientpreferanser og behov, og innslag av tilfeldig variasjon kan være tilstrekkelig til å forklare den observerte variasjonen, men variasjonen er såpass stor at det bør reises spørsmål om den kan være uberettiget.



Kilde: Abortreg./SSB

**Andel selvbestemte aborter gjennomført kirurgisk i perioden 2015–2017. Utvalget er begrenset til kvinner i aldersgruppen 16–55 år.**

### Kirurgi ved selvbestemt abort

Lov om svangerskapsavbrudd fra 1975 gir kvinnen selv rett til å bestemme om hun vil avbryte eller fullføre et svangerskap innen utgangen av svangerskapets tolvte uke. Medikamentell behandling er den foretrukne metoden og vanligst i dag. Kirurgisk abort utføres hvis medikamentell behandling ikke fungerer, eller hvis kvinnen selv ønsker det. I perioden 2015–2017 valgte årlig omlag 12 000 norske kvinner å avslutte et svangerskap før svangerskapets tolvte uke. Nasjonalt ble omlag 13 % av selvbestemte aborter før tolvte uke gjennomført som et kirurgisk inngrep, og den geografiske variasjonen var veldig stor. Over 30 % av kvinner som valgte å avbryte et svangerskap bosatt i opptaksområdet Østfold fikk dette utført som et kirurgisk inngrep, mens bare 1,9 % av kvinner bosatt i opptaksområdet Helse Stavanger fikk en kirurgisk abort.

Den geografiske variasjonen i bruken av kirurgisk metode ved selvbestemt abort er svært stor og må ha andre årsaker enn variasjon i andelen medikamentelle behandlinger som ikke fører frem og ulike pasientpreferanser. Variasjonen må derfor anses som uberettiget.