

MEDICINSK VERSUS KIRURGISK 1. TRIMESTER ABORT

En medicinsk teknologivurdering - sammenfatning

2005

MEDICINSK VERSUS KIRURGISK 1. TRIMESTER ABORT

En medicinsk teknologivurdering - sammenfatning

Christina Rørbye¹, Lisbeth Nilas¹, Rikke Juul Larsen², Helle Wallach Kildemoes², Jørgen Folkersen²

1. Gynækologisk/obstetrisk afdeling, Hvidovre Hospital

2. MTV-enheden ved Hvidovre Hospital

Medicinsk versus kirurgisk første trimester abort – en medicinsk teknologivurdering. Sammenfatning

© Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Emneord: Abort, provokeret abort, medicinsk abort, kirurgisk abort, MTV, medicinsk teknologivurdering

Sprog: Dansk med engelsk sammenfatning

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 13. september 2005

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Design: Sundhedsstyrelsen

Opsætning: P.J.Schmidt Grafisk Produktion

Tryk ISBN: 87-7676-181-9

Elektronisk ISBN: 87-7676-183-5

Trykt ISSN: 1601-5851

Elektronisk ISSN: 1601-586X

Denne rapport citeres således:

Rørbye C, Nilas L, Larsen RJ, Kildemoes HW, Folkersen J.

Medicinsk versus kirurgisk første trimester abort – en medicinsk teknologivurdering

Medicinsk Teknologivurdering puljeprosjekter 2005; 5(6)

København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2005

Serietitel: Medicinsk Teknologivurdering – puljeprosjekter

Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig

Serieredaktionssekretær: Stig Ejdrup Andersen

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til

Sundhedsstyrelsen

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: cemtv@sst.dk

Hjemmeside: www.cemtv.dk

Forord

En foreløbig opgørelse fra Sundhedsstyrelsen viser, at antallet af medicinske aborter de senere år er steget markant – fra at udgøre eneste abortmetode ved 2,2% af alle aborter i 1998 til at udgøre 29,4% i 2004. Samlet set blev der i 2004 udført 14.674 provokerede aborter i Danmark. Heraf blev 9.706 gennemført som kirurgiske aborter og 4.308 som medicinske aborter. Hertil kommer 598 aborter, hvor begge metoder blev anvendt.

Denne rapport sammenligner med en MTV-tilgang den kirurgiske abort med den medicinske. Det vil sige, at rapporten ud over at sammenligne metodernes evne til sikkert og med så få bivirkninger som muligt at fjerne den uønskede graviditet, også analyserer patienternes holdninger til og erfaringer med de to metoder. Endelig indeholder rapporten analyser af de organisatoriske og økonomiske konsekvenser ved henholdsvis kirurgisk og medicinsk abort.

Rapporten konkluderer, at medicinsk abort, ud fra en klinisk effektivitetsbetragtning og ud fra et sundhedsøkonomisk synspunkt, fremstår svagt bedre end kirurgisk abort. Analysen af patienternes holdninger og erfaringer tegner et lidt mere komplekst billede. Tilfredsheden er lavere efter medicinsk end efter kirurgisk abort, men tilfredsheden er højere, hvis kvinden selv kan vælge metode, end hvis hun ikke får valgmulighed mellem de to behandlingsmetoder.

Rapporten vil, omend den ikke giver et entydigt beslutningsgrundlag, være et nyttigt inspirationsmateriale for landets gynækologisk/obstetriske afdelinger, når de skal tilrettelægge tilbud om provokeret abort. Rapporten synliggør desuden evidensgrundlaget for forskellige procedurer i forbindelse med kirurgisk og medicinsk abort.

Rapporten udgives i CEMTVs serie »Medicinsk Teknologivurdering – puljeprosjekter«. Puljeprosjekter er enten helt eller delvist finansieret af CEMTV, men udføres uden for centrets regi. Før en rapport kan blive publiceret i serien, skal den gennemgå eksternt peer-review.

*Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Oktober 2005*

*Finn Børlum Kristensen
centerchef*

Den følgende sammenfatning er baseret på rapporten »Medicinsk versus kirurgisk første trimester abort – en medicinsk teknologivurdering«. Rapporten kan læses på www.cemtv.dk under publikationer. Herfra kan også nærværende sammenfatning downloades.

Sammenfatning

Nærværende Medicinske Teknologi Vurdering (MTV) belyser, om det med den viden der eksisterer i dag, ville være hensigtsmæssigt at indføre medicinsk abort i Danmark. Medicinsk abort er en ny metode til svangerskabsafbrydelse, som er et alternativ til den konventionelle kirurgiske metode.

Formålet med denne MTV er at give beslutningstagere i sundhedsvæsenet et bredt og flerfagligt beslutningsgrundlag, som fremkommer ved en samlet analyse af de fire perspektiver, som er defineret i den danske model for MTV; Teknologi, Patient, Organisation og Økonomi. Analyseresultaterne er baseret på den seneste nationale og internationale viden om hver af de fire analytiske perspektiver.

Teknologien

Primær effektivitet

Såvel kirurgisk som medicinsk abort er forbundet med høj sikkerhed og høj effektivitet. Efter begge metoder er der risiko for, at aborten ikke er fuldstændig, hvorfor der må gennemføres en efterfølgende kirurgisk udskrabning af livmoderen. På lang sigt er effektiviteten 100% ved begge metoder, men der er stærk evidens for, at den primære succes rate (aborter, der ikke kræver efterfølgende kirurgisk intervention) er højere efter kirurgisk abort (ca. 98%) end efter medicinsk abort (ca. 95%). Der er moderat evidens for, at tidspunktet for de efterfølgende kirurgiske interventioner er senere efter medicinsk (ca. 3 uger) end efter kirurgisk abort (indenfor 1 uge). Baseret på mange undersøgelser med svag evidens er den primære effektivitet af medicinsk abort aftagende med stigende graviditetslængde.

Komplikationer

Risikoen for livstruende komplikationer er overordentlig lille ved begge metoder. De få alvorlige komplikationer efter kirurgisk abort er især relateret til instrumentering af livmoderen og fuld bedøvelse. Der er moderat evidens for, at risikoen for at blive behandlet med antibiotika på grund af underlivsbetændelse eller mistanke herom er større efter en kirurgisk (8-12%) end efter en medicinsk abort (1-5%), også selvom der screenes og behandles for klamydia infektion inden indgrebet.

Bivirkninger

Almindeligt forekommende bivirkninger til provokeret abort omfatter kvalme, opkastninger, diaré og svimmelhed. Der er moderat evidens for, at disse bivirkninger er kraftigere og af længere varighed i forbindelse med medicinsk end med kirurgisk abort.

Det optimale medicinske regime

Medicinsk abort initieres med et antiprogesteron (mifepriston), som hæmmer graviditetens normale udvikling og efterfølges af en prostaglandinanalogue ca. 2 dage senere, som medfører sammentrækninger af livmoderen, hvorved graviditeten udstødes. Det optimale medicinske abortregime defineres som det regime, der har den højeste sikkerhed, den højeste primære effektivitet og de færreste bivirkninger. Med den nuværende viden består det optimale medicinske regime af 200 mg mifepriston efterfulgt af vaginalt administreret misoprostol. Den optimale dosis af misoprostol kendes ikke.

Anbefaling på baggrund af teknologien

Den teknologiske vurdering af medicinsk og kirurgisk abort tilstræber den højeste effekt-sikkerhedsprofil. Da begge abortmetoder på lang sigt er 100% effektive rettes fokus på komplikationer ved de to metoder. Det højere forbrug af antibiotika efter kirurgisk abort formodes at afspejle en højere frekvens af underlivsbetændelse, som på længere sigt kan medføre nedsat frugtbarhed for flere kvinder. Så længe denne sammenhæng ikke er eftervist, kan én behandlingsmetode ikke entydigt anbefales frem for den anden. Hvis ovenstående sammenhæng derimod eftervises, anbefales medicinsk abort ud fra en teknologisk vinkel frem for kirurgisk abort, eftersom majoriteten af abortsøgende kvinder ønsker at blive gravide senere i livet.

Patienten

Efterspørgslen efter medicinsk og kirurgisk abort udviser stor variation afhængig af kvindernes præference, tradition, kultur og den lægelige anbefaling. Kvinder vælger henholdsvis medicinsk og kirurgisk abort med følgende argumenter:

Medicinsk abort	Kirurgisk abort
– for at undgå fuld bedøvelse	– fordi det er hurtigere overstået
– fordi det minder om en spontan abort	– fordi der er færre smerter
– fordi det opleves mere naturligt	– for ikke at være vågen under indgrebet
– for at være vågen og føle kontrol	

Patienttilfredsheden er høj efter både medicinsk og kirurgisk abort. Der er imidlertid moderat evidens for, at flere både udenlandske og danske kvinder er tilfredse med en kirurgisk end en medicinsk abort (90-95% vs. 75-80%). Flere kvinder ville også vælge samme metode igen efter en kirurgisk end efter en medicinsk behandling (85-94% vs. 55-95%). Der er moderat evidens for, at hyppigheden af psykiske og psykiatriske lidelser er ens efter medicinsk og kirurgisk abort.

Der er endvidere moderat evidens for, at flere kvinder er tilfredse efter selv at have valgt den medicinske procedure (82%), end hvis valget var sket ved lodtrækning (68%). Dette understreges af, at flere af de kvinder der selv vælger behandlingsmetode ville vælge samme metode igen, end de kvinder der ved lodtrækning får enten en medicinsk eller en kirurgisk behandling. Valgmuligheden mellem de to procedurer er følgende vigtig for tilfredsheden.

Flere faktorer med negativ indflydelse på kvinders tilfredshed med medicinsk abort er identificeret, herunder smerteintensitet og stigende gestationsalder. En fremtidig optimering af den medicinske procedure kan formentlig øge kvindernes tilfredshed hermed.

Organisationen

Der udføres ca. 15.000 provokerede aborter om året i Danmark. Størstedelen af disse kan udføres medicinsk. Medicinsk abort kræver, at kvinderne hurtigt er afklarede i deres ønske om svangerskabsafbrydelse, og at henvisningsproceduren til behandlingsstedet er effektiv. Den skriftlige og mundtlige information til de abortsøgende skal være af høj kvalitet og muliggøre et informeret og kvalificeret valg for den enkelte kvinde. Medicinsk abort kræver endvidere, at afdelingen har kapacitet til hurtig visitation og indkaldelse, samt at der er passende fysiske faciliteter til de abortsøgende. Metoden stiller også krav til en sikker efterkontrol, som kan opdag evt. ineffektiv behandling.

På Hvidovre Hospital har indførelse af medicinsk abort medført et reduceret behov for operationsstuer. På personalesiden er der sket en omfordeling af plejepersonalet og en nedskæring af operationssygeplejersker, anæstesi-læger, anæstesisygeplejersker og portører. Den medicinske procedure giver derved mulighed for at frigøre personaleressourcer med en længere sundhedsfaglig uddannelse til andre opgaver.

Etablering af valgmulighed mellem to metoder skønnes på Hvidovre Hospital at have medført en lavere organisatorisk udnyttelsesgrad, hvorfor den samlede omkostning per medicinsk og kirurgisk abort formentlig er steget. Størrelsen af meromkostningen er ikke estimeret. En retablering af omkostningseffektiviteten kan ske ved en af flere organisatoriske ændringsmuligheder, som er specificeret særskilt.

Økonomien

Det direkte forbrug af personaleressourcer og materialer til såvel kirurgisk som medicinsk abort afhænger af de aktuelle abortregimer og de organisatoriske scenarier.

Det nye regime til medicinsk abort (200 mg mifepriston+0,8 mg misoprostol med blodprøvekontrol på hospitalet og klinisk kontrol hos egen læge) er mere omkostningseffektivt end kirurgisk abort i fuld bedøvelse. Medicinsk hjemmeabort er ud fra sundhedsvæsenets vinkel omkostningsbesparende i forhold til kirurgisk

abort. Set udfra et samfundsøkonomisk perspektiv er hjemmeabort derimod mere omkostningskrævende end medicinsk abort på hospitalet.

Organiseringen af to samtidige behandlingstilbud frem for ét skønnes at have negativ betydning for udnyttelsesgraden af de tilgængelige ressourcer, hvilket formentlig reducerer den overordnede omkostningseffektivitet.

Konklusion

Udfra en teknologisk og en sundhedsøkonomisk vinkel fremstår medicinsk abort udfra MTV-analysen svagt bedre end kirurgisk abort. Set fra patientens vinkel er billedet lidt mere kompleks, eftersom tilfredsheden er lavere efter medicinsk end efter kirurgisk abort. Tilfredsheden er imidlertid højere, hvis kvinden selv vælger såvel medicinsk som kirurgisk abort, end hvis hun ikke får valgmulighed mellem de to behandlingsmetoder. Såfremt hovedvægten lægges på at minimere antallet af komplikationer på lang sigt kombineret med en omkostningsminimering, er MTV-konklusionen således, at det ville være hensigtsmæssigt at indføre medicinsk abort. Såfremt hovedvægten lægges på at opnå den højest mulige patienttilfredshed er det tvivlsomt, om det ville være hensigtsmæssigt at indføre medicinsk abort.