



[ID-nr]	Selvbestemt abort gjennomført medikamentelt eller kirurgisk	
1. Definisjon	Andel selvbestemte aborter gjennomført medikamentelt eller kirurgisk inntil utgangen av 12. (11 uker + 6 dager) svangerskapsuke. Den viser også andel selvbestemte aborter utført innen utgangen av 9. (8 uker + 6 dager) svangerskapsuke og andel selvbestemte aborter utført medikamentelt inntil utgangen av 9. (8 uker + 6 dager) svangerskapsuke.	
2. Sektor	Spesialisthelsetjeneste	
3. Fagområde	Graviditet og fødsel	
4. Type	Prosess	
5. Primær dimensjon av kvalitet (Velg en)	Samordnet og preget av kontinuitet	
6. Evt. sekundær dimensjon av kvalitet	Tilgjengelig og rettferdig fordelt	
7. Måleområde	Rett tjeneste til rett tid	
Godkjenning		
8. Godkjent dato først gang	31.08.2017	
9. Godkjent av	HelseDirektoratet	
10. Revisjonshistorikk	1.0 – august 2017 etablert som ny kvalitetsindikator	
Faglig begrunnelse/målsetning		
11. Begrunnelse for valg	<p>Samfunnet skal så langt som mulig sikre betingelser for en trygg oppvekst. Som et ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmålene slik at antallet aborter blir lavest mulig (1). God reproduktiv og seksuell helse er et viktig mål for folkehelsearbeidet, som skal bidra til å fremme velferd og motvirke sosial ulikhet. Samfunnet har en overordnet forpliktelse til å forebygge uønsket svangerskap. Denne forpliktelsen, som er nedfelt i lov om svangerskapsavbrudd (1), innebærer at samfunnet skal sørge for at befolkningen får muligheter til å forvalte sin seksualitet og fertilitet gjennom kunnskap om samlivsspørsmål og tilbud om prevensjon.</p> <p>Kvinner som fremsetter ønske om selvbestemt abort, skal få gjennomført dette så snart de ønsker og med den mest fordelaktige metoden ut ifra medisinske kriterier og de ønsker kvinnene selv har. Indikatoren gir en pekepinn om nasjonale forhold når det gjelder selvbestemt abort, og valg av metode.</p>	
12. Målsetning	Kvinner som fremsetter ønske om selvbestemt abort, skal få gjennomført dette så snart de ønsker og med den mest fordelaktige metoden utifra medisinske kriterier og et reelt samvalg (de ønsker).	
13. Målgruppe for denne indikatoren	8.1. Politiske aktører	Politiske aktører blir varslet om det er store variasjoner mellom helseregioner, helseforetak og sykehus.
	8.3. Ledelse i sektor	Ledelsen i helsesektoren har sørge for ansvaret, og kan styre og evt. omprioritere ressurser for å sikre at tjenesten har god kvalitet og pasientsikkerhet.
	8.4. Helsepersonell	Helsepersonell kan benytte resultatene for å forbedre sin praksis og gjennomføre lokalt forbedringsarbeid.
	8.2. Innbygger/pasient/bruker/pårørende/media	Befolkningen får informasjon om hvorvidt helsetjenesten utøves med god kvalitet og pasientsikkerhet, og kan benytte dette for å ta informerte og kvalifiserte valg. Offentligheten får innsikt i ulike kvalitetsaspekt ved helsetjenestene.
14. Begrepsavklaringer	<p>Selvbestemt abort: Med selvbestemt abort forstås man et erkjent svangerskap som velges avbrutt i henhold til lov om svangerskapsavbrudd (1). I Norge er det selvbestemt abort inntil utgangen av 12. svangerskapsuke (11 uker + 6 dager) beregnet fra siste menstruasjons første dag.</p> <p>Medikamentell abort: Medikamentell abort gjennomføres ved at kvinnen tar medikamenter som avbryter graviditeten (2).</p> <p>Kirurgisk abort: En kirurgisk abort er et operativt inngrep som utføres i generell anestesi, regional anestesi eller i paracervical blokade (PCB).</p>	
Beregning		

15. Utvalg i fokus (teller)	Måltall 1: Antall selvbestemte aborter gjennomført medikamentelt inntil utgangen av 12. svangerskapsuke. Måltall 2: Antall selvbestemte aborter utført kirurgisk inntil utgangen av 12. svangerskapsuke. Måltall 3: Antall selvbestemte aborter utført totalt inntil utgangen av 9. svangerskapsuke. Måltall 4: Antall selvbestemte aborter utført medikamentelt inntil utgangen av 9. svangerskapsuke.
16. Sammenligningsgrunnlag (nevner)	Måltall 1, 2 og 3: Totalt antall selvbestemte aborter inntil utgangen av 12. svangerskapsuke. Måltall 4: Totalt antall selvbestemte aborter utført inntil utgangen av 9. svangerskapsuke.
17. Hovedmåltall	Måltall 1: Andel selvbestemte aborter gjennomført medikamentelt inntil utgangen av 12. svangerskapsuke.
18. Andre måltall	Måltall 2: Andel selvbestemte aborter utført kirurgisk inntil utgangen av 12. svangerskapsuke. Måltall 3: Andel selvbestemte aborter (både kirurgisk og medikamentelt) inntil utgangen av 9. svangerskapsuke. Måltall 4: Andel selvbestemte aborter utført medikamentelt inntil utgangen av 9. svangerskapsuke.
19. Presiseringer rundt utvalg	Ikke aktuelt
20. Manglende rapportering	Neglisjerbart for dette utvalget
21. Teknisk beregning av indikator	Ikke aktuelt
22. Nivå for publisering eksternt	Landet, helseregion, helseforetak
23. Standard klassifikasjoner	Bedrifts- og foretaksnummer er benyttet for identifisering av enheter
Datainnsamling/kilder	
24. Datakilder	Abortregisteret, Folkehelseinstituttet
25. Bearbeiding/revisjon av data	Folkehelseinstituttet mottar opplysninger som er bestemt i abortregisterforskriften § 1-7. Opplysningene blir sendt i elektroniske meldinger fra alle meldepliktige helseinstitusjoner, det vil si alle sykehus som utfører aborter. Meldingene om begjæring om og utføring av svangerskapsavbrudd blir registrert og lagret fortløpende i Abortregisteret ved Folkehelseinstituttet. Kvalitetssikringsrutinene omfatter kontroll av at meldingene inneholder alle opplysninger som er relevante og nødvendige for å oppnå formålet med registeret, jf. abortregisterforskriften § 1-7, andre ledd. Dersom noen av de obligatoriske opplysningene mangler, eller ved teknisk(?) meldefeil, tar en kontakt med de enkelte helseinstitusjonene for å komplettere og/eller korrigere meldingene
26. Type datakilde og lov hjemmel	Innsamling, lagring, behandling og utlevering av opplysninger i Abortregisteret er regulert i Abortregisterforskriften (3) med hjemmel i Helseregisterloven (4) § 8 andre, fjerde og femte ledd, § 9 andre ledd, § 10, § 16 fjerde ledd, § 17 tredje ledd og § 34 fjerde ledd.
27. Hyppighet for innsamling av data hos datakilde	Fortløpende gjennom året.
28. Aktualitet og hyppighet ved publisering som nasjonal kvalitetsindikator	Årlig
Tolkning av tallene	
29. Sammenlignbarhet over tid og sted	
30. Feilkilder og usikkerhet	Forskjeller mellom helseforetak kan generelt ha mange forklaringer: <ul style="list-style-type: none"> • Tilfeldigheter • Variasjoner i registreringspraksis • Variasjoner i meldepraksis og meldesvikt • Reelle forskjeller i kvalitet Det er ofte en kombinasjon av flere av disse.
31. Særskilt informasjon for tolkning av denne indikatoren	Mangelfull innrapportering knyttet til datatekniske årsaker lokalt ved sykehusene.
32. Relaterte indikatorer	Ventetid abort
Videreutvikling	
33. Videre utvikling av datakilder/indikator	Ingen planer for videreutvikling
Publisering	
34. Publiseringsarena	www.helsenorge.no
35. Andre publiseringsarena	www.helsedirektoratet.no

Referanser	
36. Referanser	<ol style="list-style-type: none">1. Lovdata, Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) § 1 https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50.2. Norsk Gynekologisk forening, Veileder i generell gynekologi 2015 http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Provostert-abort/3. Lovdata, Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i register over svangerskapsavbrudd (abortregisterforskriften) https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-14-14184. Lovdata, Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43?q=helseregisterloven