
Nemndabort 1979–2022 – hva har skjedd?

KRONIKK

HANNE MARIE HAUGAN

hannemariehaugan@gmail.com

Hanne Marie Haugan er medisinstudent ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINE BJØRGE

Line Bjørge er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, seksjonsoverlege ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus og professor ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt prosjektstøtte fra AstraZeneca og GSK og foredragshonorar fra MSD.

METTE LØKELAND-STAI

Mette Løkeland-Stai er ph.d., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og er overlege ved Kvinneklinikken, Haukeland universitetssjukehus og ved Område for helsedata og digitalisering, Folkehelseinstituttet, med faglig ansvar for Abortregisteret. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Etter lov om svangerskapsavbrudd av 1978 har man erfart et skifte i indikasjon, aldersfordeling og innvilgelse av nemndbehandlede svangerskapsavbrudd.

De siste årene har aborttallene vært historisk lave, og antallet nemndaborter går ned i takt med totalraten (1). I dag har de fleste begjæringer om svangerskapsavbrudd etter tolvte uke bakgrunn i påvist fosteravvik hos gravide

i aldersgruppen 30–34 år (2). Av disse begjæringene er det svært få som avslås i nemnd. Innvilgelsesprosenten var 97,3 % i 2022 (2).

I 45 år har lov om selvbestemt abort vært viktig for kvinnehelse generelt og familieplanlegging spesielt. Abortloven har vært på den politiske agendaen flere ganger, og de siste årene har debatten også handlet om hvorvidt ukesgrensen for selvbestemmelse skal flyttes og om nemndene skal beholdes. Regjeringen satte i 2022 ned et utvalg som skal vurdere abortloven (3). En del av utvalgets mandat er å vurdere alternativer til dagens abortnemnder – ett alternativ som ivaretar dagens grense for selvbestemmelse innen tolvte svangerskapsuke, og ett med utvidet grense (3).

Før 1978 var det leger som behandlet kvinners begjæring om svangerskapsavbrudd (4). Abort var ulovlig i Norge fram til 1960 med mindre det stod om kvinnens liv eller helse, og det var nok at én lege fant at kriteriene var oppfylt (4). Fra 1964 ble det tillatt med abort på utvidede medisinske, arvemessige eller etiske indikasjoner. Sosiale indikasjoner for abort var ikke lovlig, noe som ble kritisert fra flere hold. Årsaksforholdene måtte godkjennes av en nemnd som besto av to leger (4). Sammensetningen og oppnevning av det som i dag betegnes som primærnemnd, stammer fra denne tiden. De som var kritiske til nemndene, var opptatt av hvem som skulle bestemme i siste instans – legen eller kvinnen. Da det i 1974 ble fremmet forslag om selvbestemt abort, ble nesten alle nemndsøknadene innvilget (94,5 %) (4). Etter 1978 har nemndene vært brukt til begjæring om svangerskapsavbrudd etter uke 12 (5).

«Loven presiserer at etter uke 18 og fram til levedyktighet kan svangerskap bare avbrytes dersom det er særdeles tungtveiende grunner for det»

I dag består nemnda av to leger som vurderer om begjæringens begrunnelse for svangerskapsavbrudd oppfyller loven (5). Indikasjonene for nemndabort er gitt i abortloven § 2: dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen til barnet fører til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse (§ 2a), dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon (§ 2b), dersom det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom (§ 2c), dersom svangerskapet er resultat av straffbare forhold (§ 2d) eller dersom kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad (§ 2e) (5). Loven presiserer at etter uke 18 og fram til levedyktighet kan svangerskap bare avbrytes dersom det er særdeles tungtveiende grunner for det (5).

Dagens abortsituasjon

Fra loven om svangerskapsavbrudd trådte i kraft i 1978 og frem til i dag har det vært en reduksjon i antallet aborter for alle aldersgrupper (2). Medikamentell abort har bidratt til økt tilgjengelighet og mindre ventetid etter at metoden ble introdusert i Norge i 1998, og i dag utføres over 80 % av alle aborter før niende svangerskapsuke (1). Antallet nemndbehandlede svangerskapsavbrudd har gått

ned i takt med den totale abortraten, samtidig som andelen av det totale antallet ser ut til å være stabil [\(2\)](#). En lignende trend for senaborter ser man også i de andre nordiske landene, til tross for at lovgivningen i landene er ulik [\(6\)](#). I perioden 1979–2022 har nemndbehandlede aborter i gjennomsnitt stått for 3,4 % av svangerskapsavbruddene [\(2\)](#).

De globale abortratene for høy- og mellominntektsland har falt fra 46 per 1 000 kvinner i perioden 1990–94 til 27 per 1 000 kvinner i perioden 2010–14 [\(7\)](#). Det samsvarer med trenden man har sett i Norge. Årsaken er trolig økt bruk av prevensjon, særlig langtidsvirkende metoder som p-stav og hormonspiral [\(8\)](#). For første gang siden 2008 ses nå en oppgang i abortraten i Norge, fra 9,0 (2021) til 9,8 (2022) per 1 000 kvinner i alderen 15–49 år [\(1\)](#). Nedgangen i 2020/21 setter man i sammenheng med endrede levevaner under covid-19-pandemien, og nivået er nå som før pandemien [\(1\)](#).

Utviklingen i nemndaborter

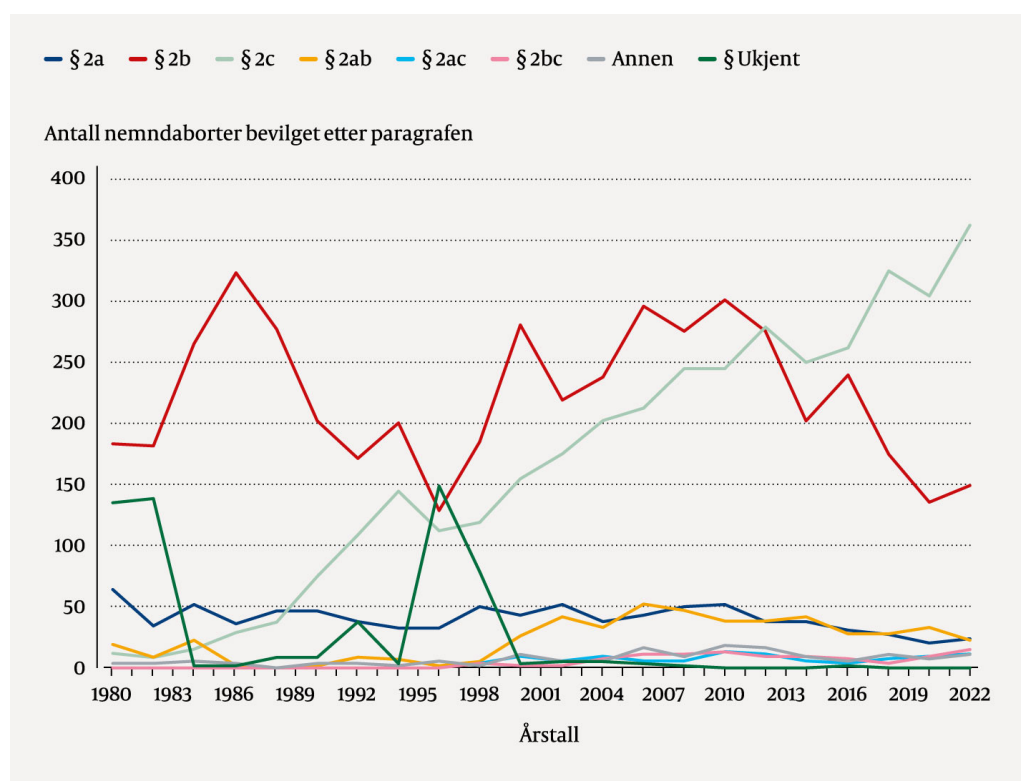
Aldersgruppen 15–19 år har gått fra å være aldersgruppen med høyest antall nemndaborter i 1979 (192 av 419) til den med lavest antall i 2021 (15 av 500) [\(2\)](#). I aldersgruppen 20–24 år har det vært et lignende fall [\(2\)](#). Det høyeste antallet nemndaborter i 2021 var i alderskohorten 30–34 år (148 av 500), etterfulgt av aldersgruppene 25–29 år og 35–39 år (begge 113 av 500) [\(2\)](#).

Nedgangen i nemndaborter i de yngste aldersgruppene ser ut til å følge nedgangen for de generelle aborttallene [\(2\)](#). Dette kan skyldes målrettede tiltak mot yngre kvinner, som retten til subsidiert prevensjon [\(8\)](#). Fra 2014 ble langtidsvirkende prevensjon inkludert i subsidieringsordningen.

«Aldersgruppen 15–19 år har gått fra å være aldersgruppen med høyest antall nemndaborter i 1979 til den med lavest antall i 2021»

Omfordelingen i nemndbehandlede aborter fra de yngste til de eldre aldersgruppene kan trolig tilskrives demografiske endringer og økende bruk av fosterdiagnostiske metoder. Fordi de fleste nemndaborter i dag innvilges på grunn av risiko for fosterskader som er oppdaget under graviditetsoppfølgingen [\(2\)](#), vil det forventes flest nemndaborter i de aldersgruppene som har høyest fruktbarhetstall. Økende alder hos gravide er også en kjent risiko for svangerskap med kromosomavvik [\(9\)](#). Det er derfor ikke uventet at det i aldersgruppen 30–34 år også finnes et relativt høyt antall senaborter.

Indikasjonene har også skiftet. Det har vært en nedgang i andelen aborter som innvilges etter kriteriene i § 2a eller § 2b, mens andelen betinget i § 2c har økt (figur 1) [\(2\)](#). Siden en topp i 1986 har det vært en kraftig nedgang i innvilgelser betinget i kvinnens livssituasjon [\(2\)](#). Dette tyder på færre uplanlagte graviditeter blant nemndabortene. Før innføring av rutineultralyd i uke 18–19 i 1986 [\(10\)](#) lå § 2c til grunn ved gjennomsnittlig 3,7 % av nemndabortene, tilsvarende tall i 2022 var 61,3 % [\(2\)](#).



Figur 1 Antall nemndbehandlede aborter fordelt etter innvilgelsesårsak som gitt av abortloven § 2 (5). § 2a: Svangerskapet, fødselen eller omsorgen til barnet fører til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse, § 2b: Svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon, § 2c: Det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, § 2d: Svangerskapet er resultat av straffbare forhold, § 2e: Kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad.

Større muligheter for diagnostikk har også ført til høyere krav om informasjon fra gravide. En norsk artikkel fra 2020 som tok for seg holdningene til fosterdiagnostikk blant norske gravide, viste at 78,4 % (909/1 159) mente at fosterdiagnostikk burde være et offentlig tilbud til alle (11).

Prosentandelen av nemndaborter som utføres etter uke 18, har steget gjennom perioden, fra 4,0 % i 1979 til 23,2 % i 2022 (2). Totalt har 80,1 % av abortene etter uke 18 vært innvilget grunnet risiko for fosterskader (2), som har vært hyppigste innvilgelsesårsak for denne gruppen nemndaborter siden 1988 (2). Abort etter uke 18 gjennomføres hyppigst i uke 19 (1). Rundt 3 % fødes med utviklingsavvik, og av disse er rundt 70 % kjent før fødselen (12). Når tilbudet om rutineultralydundersøkelse flyttes fram til uke 11–13, antar man at flere utviklingsavvik vil oppdages tidligere i svangerskapet (13). Nyere studier indikerer at rundt 30 % av utviklingsavvik og sykdom hos fosteret kan oppdages i første trimester (12). Det kan medføre at ca. 40 % av abortene som i dag blir utført etter uke 18, kan utføres i uke 13–18. Man ser likevel at det er en mindre, men stabil, andel av abortene etter uke 18 (gjennomsnittlig 5,8 % i 1979–2022) som innvilges grunnet kvinnens livssituasjon eller helsetilstand (2). Denne andelen vil neppe påvirkes av de nye retningslinjene.

De fleste begjæringene i dag innvilges allerede i primærnemnd (97,0 %), og det har vært en jevn stigning i innvilgelsesprosenten fra 73,6 % i 1979 til 97,3 % i 2022 (2). I 2022 ble kun fire av 495 søknader om abort i uke 13–18 avslått i primærnemnd og videresendt til klagenemnda (6). Siden innføring av

abortloven i 1978 har 2,8 % fått endelig avslag i klagenemnda, en prosentandel som har gått ned [\(2\)](#). I 2022 ble 1,4 % av alle abortsøknader etter uke 12 avslått [\(2\)](#). Etter uke 18 er det kun særdeles tungtveiende årsaker som tillater abort [\(5\)](#), men innvilgelsesprosenten har vært økende i perioden 1979–2022 [\(2\)](#). Av de 164 begjæringene for abort etter uke 18 fremmet i 2022 var det ni som fikk endelig avslag i klagenemnda [\(2\)](#).

Gradvis økende innvilgelsesprosent av nemndaborter var en utvikling man så også i 1960- og 70-årene, før selvbestemt abort ble innført [\(4\)](#). Blant mulige årsaker til at flere nemndaborter ble innvilget, var økt tilgang til diagnostikk og at retten til pasientautonomi og pasientmedvirkning ble lovfestet. Disse og andre samfunnsendringer kan ha påvirket legene i primærnemndene til å tolke lovverket oftere dithen at abort skal innvilges. Videre ble det i 2010 opprettet en sentral, nasjonal klagenemnd for å utjevne lokale forskjeller og gi et mest mulig likt tilbud om svangerskapsavbrudd [\(2\)](#).

Utviklingen fremover?

I samsvar med internasjonale tall holder det relative antallet senaborter seg stabilt. Fra 2021 ble tidlig ultralyd i uke 11–13 tilgjengelig for alle gravide, og de som er 35 år eller eldre ved termin, får tilbud om non-invasiv prenatal test (NIPT) [\(12\)](#). Hvordan dette vil påvirke aborttallene i Norge, er usikkert.

Det har vært stor oppslutning rundt rutineultralyden i svangerskapsuke 17–19 [\(10\)](#). Hensikten med undersøkelsen har primært vært å fastsette fødselstermin, identifisere tvillinger og morkakeplassering, men man undersøker også fosterets anatomi og kan oppdage alvorlige utviklingsavvik [\(12\)](#).

Fostervannsprøver og genetiske tester kan gi ytterligere informasjon om det foreligger sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret.

I en litteraturstudie fra 2017 der man så på hvordan innføring av NIPT-test påvirket antall svangerskapsavbrudd grunnet risiko for trisomi 21, fant man ingen økning i antall aborter [\(13\)](#). Tall fra Danmark, hvor alle gravide har hatt tilbud om fosterdiagnostikk siden 2004, viser imidlertid at andelen levendefødte barn med trisomi 21 har gått ned fra 9,4 per 10 000 i 2004 til 2,9 i 2019 [\(9\)](#).

«Det er ikke grunnlag for å forvente at andelen senaborter vil stige dersom man fjerner abortnemndene og utvider selvbestemmelsesretten»

Regjeringens abortutvalg skal vurdere ett alternativ der dagens nemnder beholdes og ett alternativ der grensen for selvbestemmelse utvides [\(3\)](#). Internasjonale studier har ikke vist at liberalisering av lovgivningen påvirker abortratene, og Verdens helseorganisasjon har i sine retningslinjer om abort i 2022 derfor konkludert med at abortlovgivningen ikke er normativ for når aborter utføres [\(14\)](#). Ut fra de norske dataene er det ikke grunnlag for å forvente at andelen senaborter vil stige dersom man fjerner abortnemndene og

utvider selvbestemmelsesretten. Det man har sett påvirker aborttallene, er tilgang på effektiv prevensjon, seksualopplysning, fosterdiagnostikk samt hvor tilgjengelig helsehjelpen er (1, 15).

Artikkelen bygger på en hovedoppgave ved Universitetet i Bergen, kalt Utvikling i nemndbehandlede svangerskapsavbrudd 1979–2022.

REFERENCES

1. Løkeland M, Heiberg-Andersen R, Akerkar R et al. Rapport om svangerskapsavbrot 2022. <https://www.fhi.no/publ/2023/rapport-om-svangerskapsavbrot--2022/> Lest 22.8.2023.
2. Folkehelseinstituttet. Abortregisteret – Statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/abort/> Lest 27.7.2023.
3. Regjeringen. Regjeringens abortutvalg er oppnevnt. 17.06.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringens-abortionutvalg-er-oppnevnt/id2919490/>. Lest 17.12.2022.
4. Elvbakken KT. Abortspørsmålets politiske historie 1900–2020. Oslo: Universitetsforlaget, 2021.
5. LOV-1975-06-13-50. Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50> Lest 29.1.2023.
6. Knudsen LB, Gissler M, Bender SS et al. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 257–68. [PubMed][CrossRef]
7. Sedgh G, Bearak J, Singh S et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016; 388: 258–67. [PubMed][CrossRef]
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fdo4338a817e116of4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf Lest 4.1.2023.
9. Stangnes K. Økning i antall svangerskap med Downs syndrom. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/antall-svangerskap-med-downs-syndrom-oket/> Lest 5.1.2023.
10. Backe B, Jacobsen G, Bakketeig LS et al. Bruk av ultralyd ved norske fødeinstitusjoner. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1987; 107: 471–3. [PubMed]
11. Sitras V, Ulriksen M, Benth JŠ et al. Gravide kvinners holdning til fosterdiagnostikk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0098. [PubMed][CrossRef]
12. Helsedirektoratet. Forslag til organisering og innføring av tilbud om NIPT og ultralydundersøkelser i første trimester.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forslag-til-organisering-og-innforing-av-tilbud-om-nipt-og-ultralydundersokelser-i-forste-trimester>. Lest 4.12.2022.

13. Hill M, Barrett A, Choolani M et al. Has noninvasive prenatal testing impacted termination of pregnancy and live birth rates of infants with Down syndrome? *Prenat Diagn* 2017; 37: 1281–90. [PubMed][CrossRef]

14. World Health Organization. Abortion care guideline. <https://srhr.org/abortioncare/> Lest 12.1.2023.

15. Løkeland M. Aborttall fra Norge. <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/> Lest 27.7.2023.

Publisert: 26. september 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0472

Mottatt 14.7.2023, første revisjon innsendt 16.8.2023, godkjent 30.8.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2026.