

Utvikling i nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i perioden 1979–2021

Hanne Marie Haugan

Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge

Medisinstudent på 6. året

Line Bjørge

Centre for Cancer Biomarkers CCBiO, Klinisk Insitutt 2, Universitetet i Bergen, Bergen, Norge og Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, Norge

Mette Løkeland

Kvinneklinikken, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, Norge

Abortregisteret, Helseregisterforskning og -utvikling, Folkehelseinstituttet

Kontaktforfatter

Hanne Marie Haugan

41641660

hannemariehaugan@gmail.com

Bakgrunn

I henhold til lov om svangerskapsavbrudd av 1978 har alle avbrudd etter tolvte uke blitt behandlet i nemnd etter gitte kriterier. Vi har undersøkt utviklingen i aborttallene med vekt på nemndbehandlede aborter fra loven trådte i kraft, og fram til i dag.

Materiale og metode

Det er brukt data i perioden 1979–2021 fra statistikkbanken Folkehelseinstituttets register over svangerskapsavbrudd (Abortregisteret), som er tilgjengelig på nettet.

Resultater

Av 26 454 begjæringer om svangerskapsavbrudd som ble mottatt i perioden etter uke 12, ble 21 850 innvilget og 2877 avslått, mens det var 1977 med ukjent utfall eller hvor informasjon mangler. Nemndbehandlede aborter stod gjennomsnittlig for 3,4 prosent av de utførte svangerskapsavbruddene og 4,0 prosent av begjæringene om svangerskapsavbrudd i perioden. Aldersgruppen 15–19 år gikk fra høyest antall nemndaborter (192/419) i 1979, til aldersgruppen med færrest antall nemndaborter (15/500) i 2021. Prosentandelen innvilgelser etter § 2a og § 2b falt, mens godkjenning etter § 2c økte betydelig og utgjorde største andelen av nemndaborter i 2021. De fleste nemndaborter utføres i uke 13–18, 17,2 prosent av de utførte nemndabortene i studieperioden var etter uke 18. Innvilgelsesprosenten steg fra 73,6 prosent i 1979 til 96,5 prosent i 2021. Av de 26 454 kvinnene som møtte i primærnemnd i perioden 1979–2021, fikk 761 endelig avslag i klagenemnda, varierende fra 0,6 prosent i 2005 til 6,5 prosent i 1980. I 2021 var det 1,8 prosent (10/549) av de som møtte i primærnemnd, som fikk endelig avslag etter vurderinger i nemndsystemet.

Fortolkning

Gjennom de siste fire tiårene har man erfart en reduksjon i både antall aborter generelt og senaborter. Innføring av nye diagnostiske metoder har muliggjort identifisering av svangerskap med økt risiko for fosterskader. De fleste begjæringer om senabort i dag er betinget i fosteravvik, og svært få avslås.

Hovedfunn

Antall nemndaborter gikk ned i takt med det totale aborttallet, og sank kraftigst for innvilgelser grunnet kvinnens livssituasjon og for de yngste aldersgruppene.

Innvilgelsesprosenten gikk opp for nemndaborter, og et fåtall fikk avslag i klagenemnda.

De fleste nemndaborter utføres i uke 13–18, og i dag er hyppigste innvilgelsesårsak risiko for fosterskader.

Background

According to the 1978 Act on Termination of Pregnancy in Norway, all terminations after the twelfth week of pregnancy have been subject to review by a committee based on specific criteria. We have examined the trend in abortion rates, with a focus on committee-reviewed terminations, from the time the law came into effect to the present day.

Materials and Methods

Data from the period 1979-2021 was obtained from the Norwegian Institute of Public Health's Abortion Registry, which is available online.

Results

Of the 26 454 requests for termination of pregnancy received after the twelfth week of pregnancy, 21 850 were granted and 2877 were denied, while 1977 had unknown outcomes or lacked information. Committee-reviewed terminations accounted for an average of 3.4% of all terminated pregnancies and 4.0% of all termination requests during the period. The age group 15-19 years went from having the highest number of committee-reviewed abortions (192/419) in 1979 to having the fewest (15/500) in 2021. The percentage of approvals under §2a and §2b decreased, while approvals under §2c increased significantly and represented the largest proportion of committee-reviewed terminations in 2021. Most committee-reviewed terminations were performed in weeks 13-18, and 17.2% of all committee-reviewed terminations during the study period occurred after the 18th week of pregnancy. The approval rate increased from 73.6% in 1979 to 96.5% in 2021. Of the 26 454 women who appeared before the primary committee between 1979 and 2021, 761 received a final denial in the appeal process, ranging from 0.6% in 2005 to 6.5% in 1980. In 2021, 1.8% (10/549) of those who appeared before the primary committee received a final denial after review by the appeal system.

Interpretation

Over the past four decades, there has been a decrease in both the total number of abortions and late-term abortions. The introduction of new diagnostic methods has enabled the identification of pregnancies at increased risk of fetal abnormalities. Today, most requests for late-term abortion are due to fetal abnormalities, and very few are denied.

Main Findings: The number of committee-reviewed abortions decreased in line with the overall abortion rate, with the largest decline being for approvals based on the woman's life

situation and for the youngest age groups. The approval rate for committee-reviewed abortions increased, and only a few received final denial in the appeal process. Most committee-reviewed abortions were performed in weeks 13-18, and the most frequent reason for approval was the risk of fetal abnormalities.

Introduksjon

Den gjeldende abortloven i Norge ble vedtatt i 1975 med et tillegg om selvbestemt abort fram til utgangen av tolvte svangerskapsuke i 1978 (1). Etter at grensen for selvbestemt abort er passert, kan svangerskapsavbrudd innvilges ved behandling i nemnd. Da er det nemnda som vurderer om begjæringens begrunnelse for avbrudd oppfyller lovens særskilte kriterier.

Primærnemnda består av to leger, hvor den ene skal være ansatt på sykehuset som skal utføre aborten, mens den andre oppnevnes av statsforvalteren og skal være uavhengig av sykehusavdelingen (2). Dersom begjæringen får avslag, blir den automatisk videresendt til den sentrale klagememnda ved Oslo universitetssykehus (2), som behandler omkring 20–40 saker i året. Indikasjonene for nemndabort i abortlovens § 2 er: 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) (3). Etter uke 18 og fram til levedyktighet kan svangerskap bare avbrytes dersom det er særdeles tungtveiende grunner for det (3).

Før loven om selvbestemt abort, var det leger som behandlet kvinners begjæring om svangerskapsavbrudd (1). 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 (1). Loven som kom i 1960, trådte i kraft i 1964 og tillot abort på utvidede medisinske, arvemessige eller etiske indikasjoner (1). Sosiale indikasjoner for abort var ikke lovlig, som var sterkt kritisert fra flere hold (1). Indikasjonene måtte godkjennes av en nemnd som besto av to leger (1). Sammensetningen og utvelgelsen av nemnda, slik vi kjenner den i dag, stammer fra denne loven. Da det i 1974 ble fremmet forslag om selvbestemt abort (1), ble nesten alle søknader innvilget i nemndene. Dette kan eksemplifiseres med at av de 16 000 begjæringene om abort som ble fremmet i 1974, ble 94,5 prosent allerede innvilget i primærnemnd (1). Nemndene var omdiskuterte den gang de ble innført. De som var kritiske, var opptatt av hvem som skulle bestemme i siste instans, legen eller kvinnen (1). De siste årene har det tilkommet en ny debatt, og regjeringen satte i 2021 ned et utvalg som skal vurdere om abortnemndene skal beholdes. En del av utvalgets mandat handler også om å vurdere alternativer til dagens abortnemnder – ett som ivaretar dagens grense for selvbestemmelse innen tolvte svangerskapsuke, og ett alternativ hvor grensen for selvbestemmelse utvides (4).

Det har vært stor oppslutning rundt rutineultralyden i svangerskapsuke 17–19 etter at den ble en del av den generelle svangerskapsomsorgen i 1986 (5). Hensikten med denne undersøkelsen er primært å fastsette fødselstermin, identifisere tvillinger og morkakens plassering. Man ser også på fosterets anatomi og kan oppdage alvorlige utviklingsavvik (6). Moderne diagnostikk i form av fostervannsprøver og genetiske tester kan gi ytterligere informasjon om det foreligger sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret. 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) (6). Hvordan dette påvirker aborttallene i Norge, er enda ukjent. En litteraturstudie fra 2017 som så på hvordan innføring av NIPT påvirket antall svangerskapsavbrudd grunnet risiko for trisomi 21, fant ingen økning i antall aborter (7), mens tall fra Danmark, hvor alle gravide har hatt tilbud om fosterdiagnostikk siden 2004, viser at andelen levendefødte barn med trisomi 21 har gått ned fra 9,4 per 10 000 i 2004 til 2,9 per 10 000 i 2019 (8).

Gjennom de vel 40 årene abortloven har eksistert, har den vært viktig både for kvinnehelse generelt og familieplanlegging spesielt, men også vært på den politiske agendaen flere ganger. De siste årene har aborttallene vært historisk lave, noe man antar skyldes langtidsvirkende, effektiv prevensjon og økt seksualopplysning. 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 prosent av alle aborter før niende svangerskapsuke (9). Denne artikkelen tar for seg utviklingen i aborttallene med spesielt søkelys på nemndbehandlede aborter fra loven trådte i kraft, og fram til i dag.

Materiale og metode

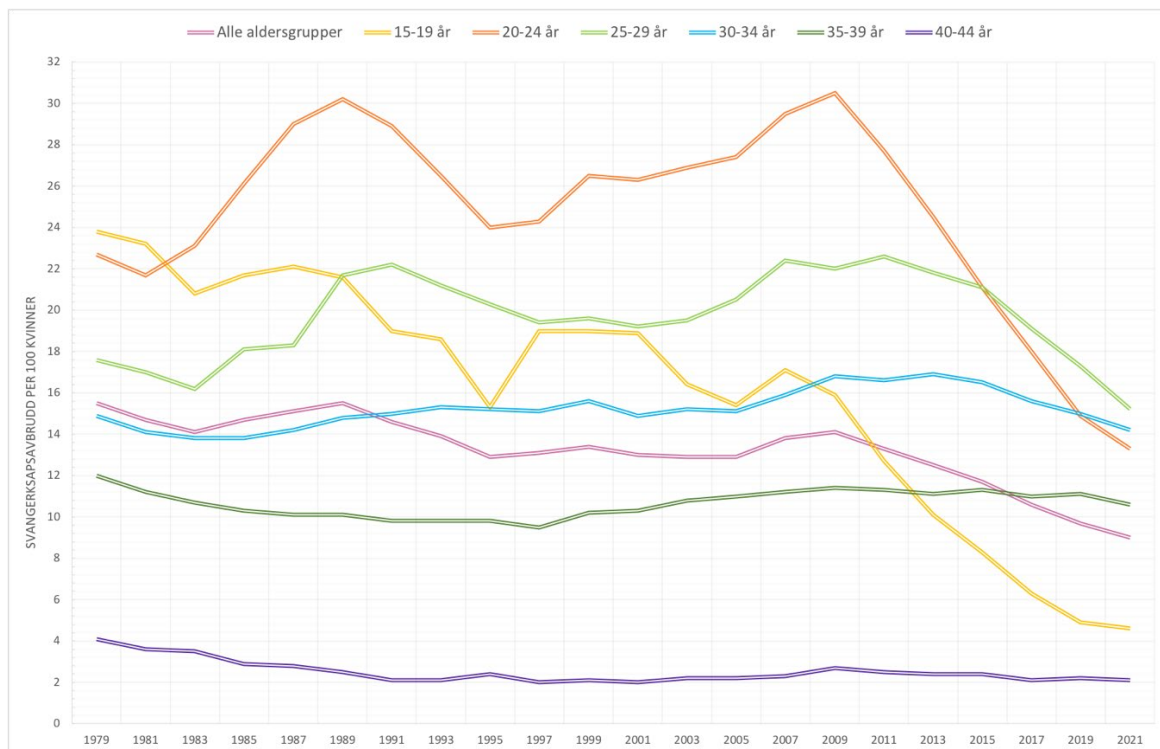
Dette er en retrospektiv studie over aborter som ble utført i perioden 1979–2021, med spesiell vekt på nemndbehandlede aborter. Deskriptive data er hentet fra Register over svangerskapsavbrudd i Norge (Abortregisteret). Abortregisteret er et helseregister som inneholder anonymiserte, nasjonale data fra 1979. Det inneholder informasjon om antall begjæringer av svangerskapsavbrudd, nemndbehandlede begjæringer og utførte svangerskapsavbrudd. Alle aborter er meldepliktige til Abortregisteret, og dette er hjemlet i Abortregisterets forskrift. Opplysningene som registreres i Abortregisteret, er aidentifiserte personopplysninger. Opplysninger om kvinnens helseforhold, begjæringen om avbrudd, eventuell nemndbehandling og medisinske opplysninger om avbruddet registreres også (10).

Data er hentet fra statistikkbanken som er tilgjengelig på nettsidene til Folkehelseinstituttet (FHI). Deskriptive data som det totale antallet begjæringer, hvor mange som er nemndbehandlede, og hvor mange som er utført, er tilgjengelige. I statistikkbanken kan man avgrense dataene og lage tabeller etter årstall, geografi, aldersgruppe, metode, svangerskapslengde, type begjæring og nemndvedtak. I tillegg har vi fått tilgang til alders- og paragrafgrupperte, anonymiserte data fra Abortregisteret.

Fordi studien bare anvender anonymiserte og aggregerte data, ble den vurdert av personvernjuristen ved FHI som ikke framleggspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Resultater

I perioden 1979–2021 gikk antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner (heretter kalt abortraten) ned fra høyeste verdi i 1979 på 15,5 per 1000 kvinner til laveste rate i 2021 på 9,0 per 1000 kvinner. Abortraten sank mest i de yngste aldersgruppene (figur 1). Kvinner under 20 år gikk fra å være aldersgruppen med høyest abortrate i 1979 (23,8 per 1000 kvinner), til å bli aldersgruppen med lavest abortrate i 2021 (4,6 per 1000 kvinner). Særlig fra 2008 var det en markant nedgang i abortratene i aldersgruppene under 30 år som har vedvart fram til i dag (figur 1). Aldersgruppene med høyest abortrate i 2021 var 25–29 år (15,2 per 1000 kvinner) og 30–34 år (14,2 per 1000 kvinner).



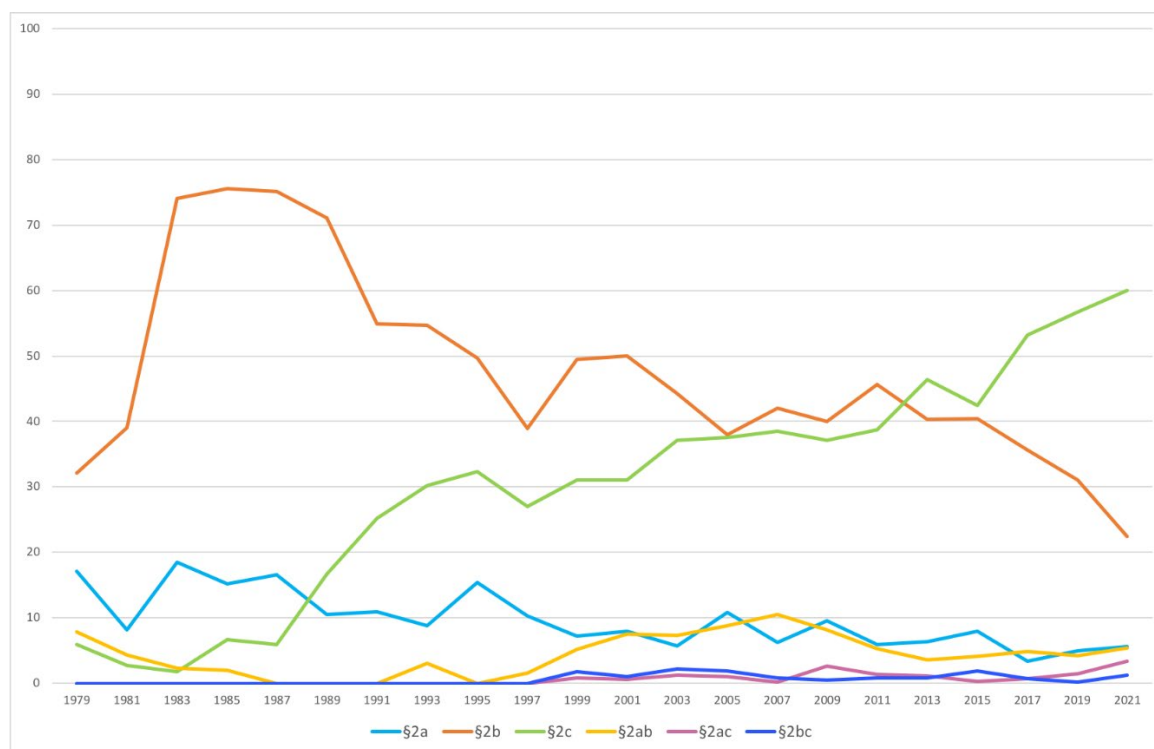
Figur 1: Antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i Norge 1979–2021 fordelt på aldersgrupper

Prosentandelen nemndbehandlede aborter i forhold til det totale antallet aborter har holdt seg stabil i perioden. Mellom 1979 og 2021 var prosentandelen nemndbehandlede begjæringer om abort gjennomsnittlig 4,0 prosent, hvor den laveste andelen var 2,9 prosent i 1991 og den høyeste 4,8 prosent i 2019. Det var 3,4 prosent av de utførte svangerskapsavbruddene i studieperioden som var nemndbehandlede. De siste 10 årene sank antallet utførte nemndaborter fra 641 i 2011 til 500 i 2021. Blant de yngste aldersgruppene ser man den

samme markante nedgangen i antall nemndaborter som totale aborter, allerede fra 2006. Antallet utførte nemndaborter for de under 20 år gikk fra 109 i 2006 til 15 nemndaborter i 2021. I aldersgruppen 20–24 år falt antallet utførte nemndaborter fra 140 i 2006 til 60 i 2021. I 1979 hadde aldersgruppen 15–19 år flest nemndaborter og stod for 45,8 % (192/419) av det totale antallet. Deretter fulgte aldersgruppen 20–24 år med 25,2 prosent (106/419). I perioden 1988–2016 ble flest antall nemndaborter utført i aldersgruppene 20–24 år og 25–29 år. Siden 2016 har aldersgruppen 30–34 år hatt flest nemndaborter, og i 2021 ble 29,6 prosent (148/500) av abortene gjennomført i denne aldersgruppen. De tilstøtende aldersgruppene 25–29 år og 35–39 år hadde nest flest nemndaborter i 2021 med 113 aborter (22,6 prosent) i hver gruppe.

Fra 1980 til 1989 ble gjennomsnittlig 12,9 prosent av de nemndbehandlede abortene innvilget grunnet urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse (§ 2a). Deretter sank innvilgelser etter § 2a til gjennomsnittlig 10,3 prosent fra 1990 til 1999 og til 7,9 prosent mellom 2000 og 2009. I 2010–2021 var de på 5,6 prosent. Det høyeste antallet nemndaborter som ble innvilget etter § 2a, var 72 aborter, i 1979 (figur 2). Det laveste antallet var i 2017 og 2019, med 19 aborter. I noen tilfeller er innvilgelsesgrunnlaget delt, og det oppgis da som en kombinasjon med andre bokstaver, men disse utgjør en mindre prosentandel. Etter § 2d og § 2e er det for få tall til at Abortregisteret fører data for disse paragrafene, og totalt var det registrert 265 vedtak etter «andre» paragrafer i studieperioden. For 5,3 prosent (1096 / 20 857) av vedtakene i perioden 1979–2021 er innvilgelsesgrunnlaget ukjent, de fleste (1061/1096) ble gjennomført før 2000.

Fram til 2012 var § 2b den prosentvis mest brukte paragrafen for alle nemndaborter (figur 2). Den høyeste andelen av nemndaborter som ble innvilget etter § 2b, var i 1986 (82,6 %). Deretter har det vært en gradvis og jevn nedgang i bruk av paragrafen for alle år. Fra 2016 og fram til i dag har prosentandelen innvilgelser etter § 2b nærmest halvert seg, fra 42,0 prosent i 2016 til 22,4 prosent i 2021.



Figur 2: Prosentandel paragrafer brukt ved nemndbehandlede aborter 1979–2021

I aldersgruppene under 25 år var § 2b den hyppigste innvilgelsesårsaken for alle år (tabell 1). Gjennomsnittlig har 69,7 prosent av nemndabortene i aldersgruppen under 20 og 60,5 prosent i aldersgruppen 20–24 blitt innvilget grunnet kvinnens livssituasjon fra 1979 til 2021. I aldersgruppene 25–29, 30–34 og 35–39 år har det i likhet med de under 25 år vært nedgang i antall innvilgelser etter § 2b.

Før 1986 var gjennomsnittlig 3,7 prosent av nemndabortene innvilget etter § 2c (figur 2). Siden da gikk antall innvilgelser og den prosentvise bruken av § 2c opp i alle aldersgrupper (figur 2 og tabell 1). Laveste antall innvilgelser etter § 2c var i 1982 og 1983 (7 innvilgelser), mens høyeste antall var i 2018 (324 innvilgelser). Den prosentvise bruken av § 2c steg mest i 1990-årene, mens en prosentvis økning i forhold til andre paragrafer har holdt seg helt fram til i dag. Fra 2000 til 2021 har den prosentvise bruken av § 2c fordoblet seg, fra 29,7 til 60,0 prosent. I antall økte ikke bruken av § 2c like sterkt, men fra 2012 til 2021 varierte den mellom laveste antall innvilgelser på 250 i 2014 og 2015 til høyeste antall, 324, i 2018. Mellom 2012 og 2021 var § 2c den hyppigste innvilgelsesårsaken for alle aldersgruppene over 25 år (tabell 1).

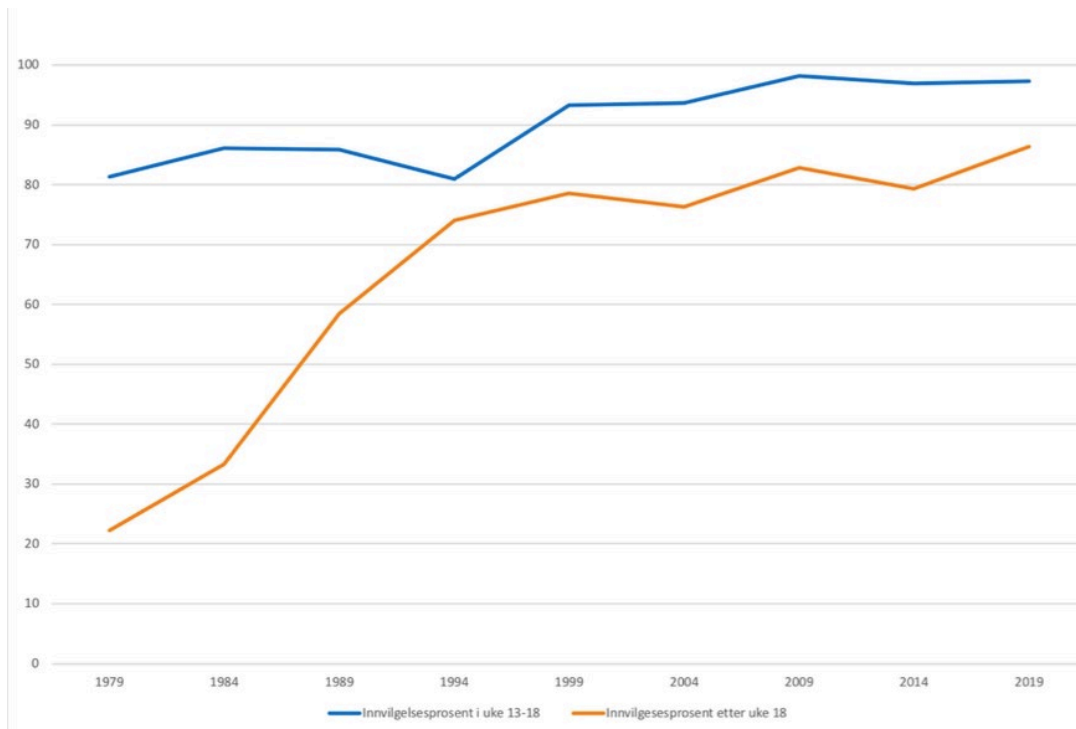
Årstall	1979–1991		1992–2001		2002–2011		2012–2021	
	2b	2c	2b	2b	2b	2c	2b	2c
§ (%)								
15–19 år	69,4	1,2	68,9	6,0	71,2	6,0	69,3	6,3
20–24 år	68,8	7,2	55,7	20,2	58,7	20,8	58,6	25,2
25–29 år	57,5	14,2	41,6	37,2	38,2	43,3	33,3	53,8
30–34 år	50,4	16,0	35,2	40,0	31,6	51,7	26,9	61,3
35–39 år	41,7	17,7	34,7	45,3	28,6	52,6	21,3	66,5
40–44 år	37,0	16,9	25,2	54,8	25,5	51,7	18,7	65,4

Tabell 1: Prosentandel bruk av § 2b og § 2c fordelt etter aldersgrupper og tidsperiode

De fleste nemndbehandlede aborter utføres mellom uke 13 og 18. For nemndabortene i uke 13–18 var de hyppigst brukte paragrafene § 2a og § 2b for alle år fram til og med 2019. Deretter har § 2c vært mest brukt i 2020 og 2021. I 2021 var 56,9 prosent av abortene i uke 13–18 innvilget etter § 2c. Av de 20 857 utførte nemndabortene mellom 1979–2021, var 3579 (17,2 prosent) gjennomført etter uke 18. Andelen nemndaborter etter uke 18 av totalt antall nemndaborter har likevel økt i løpet av studieperioden, fra å utgjøre 4,0 prosent i 1979 til å utgjøre 29,2 prosent i 2021. I samme periode gikk antallet utførte nemndaborter i uke 13–18 ned fra 401 til 351, mens antallet utførte aborter etter uke 18 gikk fra 17 til 146. De fleste nemndaborter etter uke 18 utføres i uke 19 (9).

Etter uke 18 har gjennomsnittlig 85,0 prosent blitt innvilget grunnet risiko for fosterskader, fra 1979–2021. Det har vært en økning i antall innvilgelser etter § 2c for nemndaborter etter uke 18 gjennom studieperioden. I 2000 var det 66 innvilgelser etter § 2c etter uke 18, mens det var 125 i 2021. Fra 1979 til 1985 stod § 2c for 15,7 prosent (25/154) av de sene nemndabortene. Deretter økte prosentandelen innvilgelser etter § 2c for aborter etter uke 18 til 40 prosent (10/25) i 1986. Fra 1988 har deretter § 2c vært den hyppigste innvilgelsesårsaken resten av studieperioden, og stod for 85,6 prosent (125/146) i 2021. Innvilgelsene etter § 2a og § 2b for aborter etter uke 18 har vært relativt stabilt og gjennomsnittlig 16,1 innvilgelser i året mellom 1979 og 2021, mens det årlige gjennomsnittet for § 2c har vært 64,9.

Innvilgelsesprosenten i nemndene gikk jevnt opp i årene 1979–2021 (figur 3). Laveste innvilgelsesgrad for alle begjæringene om svangerskapsavbrudd (etter primærnemnd og klagenemnd) var 73,6 prosent (455/618) i 1979, og høyeste innvilgelsesgrad erfarte man i 2018, med 97,2 prosent (588/602). I perioden 1979–1989 var innvilgelsesprosenten for kvinnene som møtte i nemnd (total prosent etter klagenemnd), 78,1 prosent (4484/5739). Deretter steg den i 1990–1999 til 85,8 prosent (3967/4621) og videre i periodene 2000–2009 og 2010–2019 til henholdsvis 91,5 prosent (5896/6440) og 94,2 prosent (6176/6553). Totalt ble 21 850 aborter innvilget, som utgjør 89,3 prosent av de 24 472 begjæringene om svangerskapsavbrudd i studieperioden.



Figur 3: Innvilgelsesprosent for nemndaborter fordelt etter svangerskapslengde, 1979–2021

Gjennomsnittlig ble 96,8 prosent (20 928/21 580) av de innvilgede abortene innvilget allerede i primærnemnd mellom 1979 og 2021. Av de 530 innvilgede abortene i 2021 ble 518 innvilget i primærnemnd (97,7 prosent). Innvilgelsesprosenten blant nemndaborter mellom uke 13 og 18 var over 80 prosent for alle år. Etter 1997 har innvilgelsesprosenten for aborter i uke 13–18 vært over 90 prosent, med en topp på 99,2 prosent (374/377) i 2020. Nemndaborter etter uke 18 har hatt en sterk oppgang i innvilgelsesprosent siden 1979 (figur 3). I 1979 var

innvilgelsesprosenten for abort etter uke 18 på 22,2 prosent (18/81), mens den i 2021 var 91,5 prosent (151/165).

Klagenemnda behandlet gjennomsnittlig 38,9 begjæringer i året mellom 1979 og 2021 (variasjonsbredde fra 13 i 2004 til 92 i 1989). Gjennomsnittlig var innvilgelsesprosenten i klagenemnda 46,3 prosent for alle år, med en topp på 73,1 prosent i 2017. For hele studieperioden var det totalt 761 begjæringer som fikk avslag i klagenemnda. Det utgjør 2,9 prosent av de 26 454 vedtakene som ble gjort i nemnd for de som søkte om svangerskapsavbrudd i perioden, med høyeste andel i 1980, på 6,5 prosent (43/657), og laveste andel i 2005, på 0,6 prosent (4/696). Prosentandelen som fikk avslag i klagenemnd av de som møtte i primærnemnd, gikk ned gjennom tiårene. I perioden 1979–1989 var det 4,8 prosent (308/6319) som fikk avslag til slutt i klagenemnda, i 1990–1999 var det 3,2 prosent (163/5183), i 2000–2009 var det 2,1 prosent (145/6844) og i 2010–2021 var det 1,8 prosent (145/8108).

Av de 549 kvinnene som møtte i primærnemnd i 2021, var det 1,8 prosent (10/549) som fikk opprettholdt avslaget da saken ble behandlet i klagenemnda. Gjennomsnittlig de siste 10 årene er det 12,2 kvinner hvert år som har fått et endelig avslag på søknad om abort (variasjonsbredde fra 6 i 2018 til 17 i 2014 og 2020). Av de 6556 vedtakene i nemndene fra 2012 til 2021, var det 122 som fikk endelig avslag i klagenemnda. I 2021 fikk 1,3 prosent (5/393) av nemndabortene i uke 13–18 avslag. Av totalt 170 vedtak om abort etter uke 18 i 2021 var det bare 14 som fikk avslag.

Diskusjon

Raten for nemndbehandlede aborter i Norge har gått ned i takt med de totale abortratene, men prosentandelen ser ut til å være stabil og har gjennomsnittlig stått for 3,4 prosent av de utførte svangerskapsavbruddene gjennom studieperioden. Fra 1979 til 2021 har man erfart et skifte både i indikasjon og aldersfordeling. Andelen nemndaborter som innvilges grunnet risiko for fosterskader, har økt og utgjorde 60,0 prosent av abortene etter uke 12 i 2021. Det har vært et drastisk fall i abortraten for aldersgruppene under 25 år. I 2021 var det flest nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i aldersgruppen 30–34 år. De fleste begjæringer ble innvilget allerede i primærnemnd (96,8 prosent). Det har vært en jevn stigning i den endelige innvilgelsesprosenten i nemndene, med en topp på 97,2 % i 2018. Totalt var det 2,9 prosent (761 / 26 454) som fikk endelig avslag i klagenemnda. For begjæringer hvor svangerskapets lengde er forbi uke 18, erfarte man en økende innvilgelsesprosent som nærmer seg innvilgelsesprosenten for begjæringene fra svangerskapsuke 13–18. 85,0 prosent av abortene etter uke 18 har vært innvilget grunnet risiko for fosterskader, og de gjennomføres hyppigst i uke 19.

De globale abortratene for høy- og mellominntektsland har i perioden 1990–1994 til 2010–2014 falt fra 46 per 1000 kvinner til 27 per 1000 kvinner (11), som samsvarer med den trenden man ser i Norge. Årsaken til det tror man blant annet er høyere bruk av prevensjon, og særlig er det langtidsvirkende metoder man tror har hatt stor effekt på aborttallene (12). Siden 2007 har det i Norge vært en sterk økning i antall kvinner som bruker langtidsvirkende prevensjon som p-stav og hormonspiral (12). Samtidig ser man at andelen nemndaborter i Norge har vært stabil og har sunket i takt med de generelle abortratene. En lignende trend ser vi også i de andre nordiske landene, til tross for at lovgivningen i landene er ulik (13).

Antallet nemndaborter i de yngste aldersgruppene har vært synkende gjennom studieperioden. Særlig gikk antallet nemndaborter for kvinner under 25 år ned fra 2006 fram til 2021, og er nå historisk lavt (12). Aldersgruppen 15–19 år har gått fra å være aldersgruppen med høyest antall i 1979 (192 av 419 nemndaborter) til aldersgruppen med lavest antall i 2021 (15 av 500 nemndaborter). I resten av Skandinavia går også antallet tenåringsaborter ned (13). I aldersgruppen 20–24 år har det vært et lignende fall i antall nemndaborter fra 2010 og fram til i dag. Nedgangen ser ut til å følge nedgangen for de generelle aborttallene. Det kan skyldes flere målrettede tiltak for yngre kvinner, som at de under 22 år har hatt rett til subsidiert prevensjon i flere år. Fra 2014 ble også langtidsvirkende prevensjon inkludert i denne

subsidieringsordningen (12). Aldersgruppen med høyest antall nemndaborter i 2021 var 30–34 år, med 148/500 nemndaborter, og deretter følger 25–29 år og 35–39 år med 113 nemndaborter hver. Denne fordelingen kan nok i stor grad tilskrives demografiske endringer og økende bruk av fosterdiagnostiske metoder. Fordi de fleste nemndaborter i dag innvilges grunnet risiko for fosterskader, som oppdages gjennom undersøkelser i oppfølging av graviditeten, forventes det flest nemndaborter i de aldersgruppene som har høyest fruktbarhetstall. Økende alder hos gravide kvinner antar man også har ført til en økt forekomst av svangerskap med risiko for fosterskader (8).

Indikasjonsstillingen har endret seg gjennom studieperioden. Den jevne nedgangen av innvilgelser grunnet kvinnens fysiske og psykiske helse kan muligens skyldes den generelle utviklingen av helsevesenet og bedret mødre helse. Nedgangen i innvilgelser betinget av kvinnens livssituasjon har hatt kraftig synkende bruk etter toppen i antall innvilgelser i 1986, noe som tyder på at det er blitt færre uønskede graviditeter blant nemndabortene. Samtidig ser man en økning blant nemndaborter som er begrunnet i risiko for fosterskader, fra slutten av 1980-årene. Før innføring av rutineultralyden i uke 18–19 i 1986 stod § 2c gjennomsnittlig for bare 3,7 prosent av nemndabortene, mens paragrafen i 2021 utgjorde 60 prosent. I dag kan man ved bruk av ultralyd, invasive analyser og blodprøver tilegne seg mer informasjon om fosteret enn tidligere. Det har gjort at flere alvorlige utviklingsavvik og sykdommer kan diagnostiseres. Moderne muligheter for diagnostikk har også ført til høyere krav om informasjon fra pasientenes side. En norsk artikkel fra 2020 som tok for seg holdningene blant norske gravide kvinner til fosterdiagnostikk, viste at 78,4 prosent (909/1159) mente at fosterdiagnostikk burde være et tilbud fra det offentlige til alle (14).

For nemndabortene etter uke 18 har risiko for fosterskader vært hyppigste innvilgelsesårsak siden 1988. Prosentandelen av nemndaborter som utføres etter uke 18, har samtidig steget gjennom studieperioden og gått fra å utgjøre 4,0 prosent i 1979 til å utgjøre 29,2 prosent i 2021. De fleste abortene etter uke 18 blir utført i nærhet til rutineultralyden i uke 18–19 (9). Når den nye rutineultralyden flyttes til uke 11–13, antar man at flere utviklingsavvik vil oppdages tidligere i svangerskapet. Det er rundt 3 prosent av de som fødes, som har utviklingsavvik, og av disse er det i dag rundt 70 prosent som er kjent før fødselen (6). Nyere studier indikerer at rundt 30 prosent av utviklingsavvik og sykdom hos fosteret kan oppdages i første trimester (6). Da kan potensielt 42,9 prosent (30/70) av abortene som i dag blir utført etter uke 18, utføres i uke 13–18. Man ser likevel at det er en mindre, men stabil, andel av

abortene etter uke 18 som innvilges grunnet kvinnens livssituasjon eller grunnet kvinnens helsetilstand, noe som betyr at det alltid vil være kvinner som har behov for abort etter uke 18, uavhengig av § 2c.

Innvilgelsesprosenten for alle nemndaborter har økt i studieperioden, fra 73,6 prosent i 1979 til 96,5 prosent i 2021. Bare 1,8 prosent fikk endelig avslag på abortsøknaden sin i klagenemnda i 2021. Dette var en utvikling som man også så utover 1960- og 1970-årene før selvbestemt abort ble innført (1). I 2021 var det bare 5 av 393 (1,3 prosent) av søknadene om abort i uke 13–18 som ble avslått i primærnemnd, som er blitt mer og mer sentraliserte i de ulike helseregionene med årene. I 2010 ble det også opprettet en sentral, nasjonal klagenemnd for å gi et mest mulig likt tilbud og utjevne lokale forskjeller, noe som kan ha hatt en effekt på innvilgelsesprosent (9).

Aborter etter uke 18 har hatt en sterk oppgang i innvilgelsesprosent. Etter uke 18 er det bare særdeles tungtveiende årsaker som tillater abort. Det var likevel bare 14 av 170 søknader som ble avslått for aborter etter uke 18 i 2021. Figur 3 illustrerer at den sterkeste økningen i innvilgelser var i midten av 1990-årene, som sammenfaller med økningen i bruk av § 2c på aborter etter uke 18. Siden Abortregisteret mangler informasjon om årsaker til avslag, kan vi bare anta, men ikke bekrefte at begjæringer om svangerskapsavbrudd grunnet risiko for fosterskader oftere blir innvilget enn anmodninger som fremmes av andre årsaker.

I løpet av studieperioden har vi sett et skifte i indikasjonene for nemndaborter. Samfunnet har endret seg, og årsakene til at flere nemndaborter innvilges, kan være at forandringene påvirker legene i nemndene slik at de aksepterer flere søknader nå enn tidligere, og at tolkningen av lovverket oftere går i favør av kvinnen. Det har blitt økt tilgang til diagnostikk, og samtidig er retten til pasientautonomi og pasientmedvirkning blitt lovfestet og iverksatt. WHO har i sine retningslinjer om abort i 2022 konkludert med at abortlovgivningen ikke er normativ for når aborter utføres (15). Sett i lys av det er kanskje økningen i innvilgelsesprosent mer i samsvar med det reelle tallet for aborter som blir gjennomført.

Styrken ved studien er at registrering i Abortregisteret er obligatorisk for alle svangerskapsavbrudd. Data blir nøye kvalitetssikret og oppdatert. Abortregisteret inneholder tilnærmet alle svangerskapsavbrudd siden lov om selvbestemt abort ble satt i virkning i 1979 (10). Hovedbegrensningen ligger i at Abortregisteret er aidentifisert, slik at man ikke kan

koble data i registeret til andre kilder. Registeret teller antallet aborter og ikke antallet kvinner som tar abort.

Av totalt 26 454 nemndaborter er det 1997 tilfeller hvor det er ukjent om kvinnen har fått innvilgelse eller avslag. Antallet som er ukjent eller mangler, varierer hvert år etter hvor mange kvinner som enten trekker begjæringen, ikke møter opp i nemnd eller velger å ikke gjennomføre aborten etter nemndbehandling. Abortene som får avslag i primærnemnd, blir automatisk videresendt til klagenemnda uten at kvinnen trenger å søke selv (2). Kvinnen kan ombestemme seg under hele forløpet. Siden Abortregisteret er aidentifisert, kan man ikke få informasjon om hvorvidt kvinnene som mangler eller har fått avslag i nemnd, har født barn eller tatt abort et annet sted. Registeret inneholder heller ikke informasjon om årsaken til avslag for abortene som ikke blir innvilget, som poengtert tidligere. Av de utførte nemndbehandlede abortene er det 1096 av 20 857 hvor det er ukjent eller manglende paragraf, men bare 11 av disse er etter 2000. Dette skyldes nok bedre registrering av data med årene siden meldingsrutinene er blitt digitalisert.

Konklusjon

Studien viser at det har vært en endring i hvilke aldersgrupper det gjennomføres flest senaborter i, og hvilke indikasjoner som ligger til grunn. I samsvar med internasjonale tall holder det relative antallet senaborter seg stabilt og går ned i takt med de generelle aborttallene. Det har vært en særlig sterk nedgang blant de yngste aldersgruppene og innvilgelser grunnet kvinnens livssituasjon, noe som tyder på færre uønskede svangerskap blant nemndabortene. Innvilgelsesprosenten har gått opp, og i dag blir nærmest alle søknader om svangerskapsavbrudd etter uke 12 innvilget, hvorav flesteparten har bakgrunn i risiko for fosterskader. Ettersom rutineultralydundersøkelsen flyttes til uke 11–13, vil mange utviklingsavvik kunne diagnostiseres tidligere, og man kan dermed forvente at flere senaborter vil utføres tidligere i svangerskapet. Regjeringens abortutvalg skal vurdere ett alternativ hvor dagens nemnder beholdes, og ett alternativ hvor grensen for selvbestemmelse utvides. Internasjonale studier har ikke sett at liberalisering av lovgivningen påvirker abortratene, og ut fra våre data er det ikke grunnlag for å forvente at prosentandelen senaborter i Norge vil stige dersom man fjerner abortnemndene. Det man ser påvirker aborttallene, er tilgang på effektiv prevensjon, seksualopplysning, fosterdiagnostikk og tilgjengelighet til helsehjelp.

Litteratur

1. Elvbakken, KT. Abortspørsmålets politiske historie 1900–2020. Universitetsforlaget, 2021, s. 219, 221, 230, 244, 247, 255, 269, 283, 293.
<https://doi.org/10.18261/9788215042923-2021>.
2. FOR-2001-06-15-635. Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/forskrift/2001-06-15-635>. Lest 25.01.2023.
3. LOV-1975-06-13-50. Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50>. Lest 29.01.2023.
4. Regjeringen. Regjeringens abortutvalg er oppnevnt. 17.06.2022. Lest 17.12.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringens-abortutvalg-er-oppnevnt/id2919490/>.
5. Backe B, Jacobsen G, Bakketeig LS. Bruk av ultralyd ved norske fødeinstitusjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 471–473.
6. Helsedirektoratet (2020). Forslag til organisering og innføring av tilbud om NIPT og ultralydundersøkelser i første trimester [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet. Sist faglig oppdatert 18.11.2020. Lest 04.12.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/forslag-til-organisering-og-innforing-av-tilbud-om-nipt-og-ultralydundersokelser-i-forste-trimester>
7. 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 Dec;37(13):1281-1290. doi: 10.1002/pd.5182. PMID: 29111614; PMCID: PMC5767768.
8. Folkehelseinstituttet. Stangnes, K. Økning i antall svangerskap med Downs syndrom. Publisert 09.11.21. Lest 05.01.2023. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/antall-svangerskap-med-downs-syndrom-oker/>.
9. Løkeland M, Heiberg-Andersen R, Akerkar R, et al. Rapport om svangerskapsavbrot 2021. Rapport nr. [1]–2022,0. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2022.
10. Folkehelseinstituttet. Register over svangerskapsavbrudd (abortregisteret). Utgitt 11.03.2022. Lest 17.12.2022. Tilgjengelig fra: <https://statistikkbank.fhi.no/abort/>.
11. Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. Lancet. 2016 Jul 16;388(10041):258-67.

- doi: 10.1016/S0140-6736(16)30380-4. Epub 2016 May 11. PMID: 27179755;
PMCID: PMC5498988. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27179755/>.
12. Regjeringen, Helse- og omsorgsdepartementet. «Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)». 06.12.2016. Lest 04.01.2023. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
13. Knudsen LB, Gissler M, Bender SS, et al. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003 Mar;82(3):257–268. doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00006.x. PMID: 12694123. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12694123/>.
14. Sitras, V. Tidsskriftet, originalartikkel. Gravide kvinners holdning til fosterdiagnostikk. Publisert 05.10.20. *Tidsskr Nor Legeforen*, 2020. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0098. Lest dato 04.01.2023. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2020/09/originalartikkel/gravide-kvinnens-holdning-til-fosterdiagnostikk>.
15. World Health Organization. (2022). Abortion care guideline. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>. Lest 12.01.2023. Tilgjengelig fra: <https://srhr.org/abortioncare/>.