
Svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade i Norge, 1996 – 97

KLINIKK OG FORSKNING

ANNE ESKILD

BRITT-INGJERD NESHEIM

TONJE BERGLUND

Kvinnesenteret
Ullevål sykehus
0407 Oslo

JOAN KRISTINA TOTLANDSDAL

JAN FREDRIK ANDRESEN

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep.
0032 Oslo

Hensikten med studien var å beregne, for perioden 1996 – 97, den nasjonale og regionale forekomst av svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade.

Statens helsetilsyn henvendte seg i 1998 til alle sykehus med abortnemnd og bad om kopier av alle relevante saksdokumenter til nemndbehandlingen av alle abortbegjæringer etter 12. svangerskapsuke for 1996 – 97. Abortbegjæringene på grunn av fosterskade utgjorde datagrunnlaget i denne studien.

303 kvinner søkte om svangerskapsavbrudd på grunn av påvist fosterskade. 300 søknader ble innvilget i primærnemnd og tre i klagenemnd. Æn kvinne gjennomførte ikke inngrepet. Gjennomsnittlig svangerskapsvarighet ved inngrepet var 18 uker. Antall svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade var 2,5 per 1 000 fødsler. Fylkesvise forskjeller ble observert. For 53 % av søknadene var ikke fosterets diagnose rapportert. Blant de rapporterte utgjorde kromosomanomalier 28 %.

Vi trenger mer kunnskap om faktorer som påvirker antallet svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade. Det er også nødvendig med bedre kunnskap om betydningen av slike svangerskapsavbrudd for den observerte perinatale mortalitet og for forekomsten av medfødte misdannelser.

Abortloven § 2, 3. ledd c hjemler mulighet for svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke hvis det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet (1). Svangerskapsavbrudd på denne indikasjonen skaper stadig offentlig debatt (2 – 5).

Søknad om svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke skal behandles i abortnemnd. Ifølge loven skal ikke begjæring om svangerskapsavbrudd innvilges etter 18. svangerskapsuke med mindre det er særlig tungtveiende grunner til det. Hvis det er grunn til å anta at fosteret er levedyktig utenfor mors liv, skal svangerskapsavbrudd bare skje hvis det er overhengende fare for den gravide kvinnens liv og helse (abortloven § 10). Ifølge loven har fosteret et gradert vern. Jo lenger et svangerskap har kommet, desto viktigere må grunnen til avbrudd være (abortloven § 2, 5. ledd).

Abortloven har i sin helhet vært evaluert (6). I forbindelse med presentasjonen av denne stortingsmeldingen var det en offentlig diskusjon om abortloven § 2, 3. ledd c. Det ble spørsmål om fosterdiagnostikk gir grunnlag for seleksjon av lytefrie individer til fødsel. Abortloven har vært likelydende siden den ble vedtatt i 1978 og frem til i dag.

Hensikten med denne studien var å undersøke det totale omfanget av svangerskapsavbrudd i Norge i 1996 – 97 etter abortloven § 2, 3. ledd c, samt å beregne fylkesvise forskjeller i abortrater. Også indikasjonene for svangerskapsavbrudd etter mors alder og svangerskapets varighet ble studert.

Studiepopulasjon

Datainnsamling

Variabler

Antall søknader og innvilgninger

Av de totalt 1 061 kvinnene som begjærte svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke, var det 303 (29 %) som søkte på grunn av fosterskade. For 105 av de 1 061 kvinnene som begjærte svangerskapsavbrudd, var ikke søknadsgrunn oppgitt. Selv om det er lite som tyder på det, kan man ikke utelukke at enkelte av disse kvinnene søkte på grunn av fosterskade.

300 av kvinnene som begjærte svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade, fikk innvilget sin søknad i primærnemnd. De tre som fikk avslag i primærnemnd, fikk innvilget søknaden i klagenemnd. For seks av kvinnene var i tillegg mors helse nevnt som begrunnelse for søknaden. For fire kvinner var rusmiddelbruk nevnt. En kvinne, som fikk innvilget søknaden, gjennomførte ikke svangerskapsavbrudd. For ytterligere 16 kvinner mangler sikre opplysninger om svangerskapsavbruddet ble utført eller ikke. Disse 16 kvinnene er inkludert i de videre analysene som om svangerskapsavbrudd ble utført.

Geografisk variasjon

Nemndbehandling av begjæring om svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2, 3. ledd c foregikk på i alt 24 forskjellige sykehus. Regionsykehuset i Trondheim behandlet flest søknader (70/303 søknader, 23 %). 83 søknader (27 %) ble behandlet

i Oslo (42 på Rikshospitalet, 21 på Aker sykehus og 20 på Ullevål sykehus). 40 søknader (13 %) ble behandlet ved Haukeland Sykehus og ti søknader (3 %) ved Regionsykehuset i Tromsø.

For noen kvinner ble begjæring om svangerskapsavbrudd behandlet utenfor bostedsfylket. Av de 70 søknadene som ble behandlet ved Regionsykehuset i Trondheim, var 35 av kvinnene fra Nord- eller Sør-Trøndelag. 18 av kvinnene var fra fylker sør for Trøndelag og 11 kvinner fra Nord-Norge. For seks av de 70 søknadene som ble behandlet i Trondheim, manglet opplysninger om kvinnens bostedsfylke.

Det var variasjon i abortforekomst grunnet fosterskade mellom gravide kvinner bosatt i ulike fylker. Blant kvinner fra Trøndelag, Oslo og Buskerud var det mer enn tre svangerskapsavbrudd per 1 000 fødsler. I Sogn og Fjordane var det mindre enn ett avbrudd per 1 000 fødsler (tab 1). For 25 av de 302 kvinnene som fikk utført svangerskapsavbrudd, er bostedsfylke ikke oppgitt. De fylkesvise tallene er derfor underestimerer. Tall fra Medisinsk fødselsregister tyder ikke på at fylkene med høyest abortrate grunnet fosterskade hadde lavest tidlig neonatal dødelighet (tab 1) (7, 8).

Tabell 1

Antall svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade, dødfødsler etter 16. svangerskapsuke og dødsfall første seks døgn etter fødselen etter morens bostedsfylke, 1996 – 1997

	Antall svangerskapsavbrudd grunnet fosterskade	Antall fødsler	Svangerskapsavbrudd per 1 000 fødsler	Død fødsler per 1 000 fødsler	Dødsfall første 6 døgn etter fødsel blant 1 000 levende fødte
Østfold	9	5 771	1,6	7,8	2,5
Akershus	36	12 397	2,9	9,4	2,1
Oslo	51	15 569	3,2	8,8	2,4
Hedmark	8	4 052	2,0	7,3	2,0
Oppland	5	4 068	1,2	6,9	3,1
Buskerud	22	5 770	3,8	7,3	1,1
Vestfold	6	5 092	1,2	10,4	2,4
Telemark	8	3 872	1,8	6,2	1,6
Aust-Agder	4	2 613	1,5	8,8	2,0
Vest-Agder	7	4 313	1,6	9,0	2,7
Rogaland	22	11 594	1,9	10,1	1,7
Hordaland	30	12 602	2,4	11,7	1,9
Sogn og Fjordane	2	3 072	0,7	9,4	1,7
Møre og Romsdal	10	6 337	1,6	8,4	1,8
Sør-Trøndelag	24	7 388	3,3	13,4	1,9
Nord-Trøndelag	12	3 449	3,5	10,4	2,4
Nordland	9	6 544	1,4	11,2	4,7
Troms	10	4 371	2,3	5,5	2,1

	Antall svangerskapsavbrudd grunnet fosterskade	Antall fødsler	Svangerskapsavbrudd per 1 000 fødsler	Død fødsler per 1 000 fødsler	Dødsfall første 6 døgn etter fødsel blant 1 000 levende fødte
Finmark	3	2 446	1,2	13,9	3,7
Ukjent bostedsfylke	25				

Fosterets diagnose

For 161 (53 %) av alle svangerskapsavbrudd fremgikk ikke fosterets diagnose av saksdokumentene som var oversendt Helsetilsynet (tab 2). Fosterets diagnose manglet i størst grad fra de største sykehusene, bortsett fra Rikshospitalet, hvor diagnosen var rapportert for 40 av 42 søknader. For 65 av de 70 behandlede abortsøknadene ved Regionsykehuset i Trondheim var ikke fosterets diagnose oppgitt. For 40 av de 141 svangerskapsavbruddene med oppgitt fosterdiagnose (28 %) var det diagnostisert kromosomanomalier. Ifølge journalnotatene var kromosomanomalier også mistenkt for flere av fostrene med misdannelser i sentralnervesystemet eller med multiple misdannelser.

Tabell 2

Antall svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade og fosterets diagnose i 1996 og 1997 etter svangerskapets varighet ved søknad om svangerskapsavbrudd og kvinnens alder

Fosterets diagnose	Totalt antall	Svangerskapsvarighet ved søknad		Kvinnens alder			
		< 18 uker	≥ 18 uker	Ikke oppgitt	< 38 år	≥ 38 år	Ikke oppgitt
Ikke oppgitt	161	51	95	15	132	23	6
Misdannelser i sentral nervesystemet							
Acrani	14	5	8	1	12	1	1
Anencephalus	8	4	4		8		
Hydrocephalus	10	3	6	1	10		
Encephalocoele	3	1	2		3		
Dandy Walkers misdannelse	2	1	1		2		
Microkefali	1		1		1		
Spina bifida	1		1				1
Meningomyelocoele	1		1		1		
Uspesifisert/multiple	2	1	1		2		
Kromosomanomalier							
Trisomi 6	1			1	1		
Trisomi 18	7	3	3	1	2	5	
Trisomi 13	3	1	2		2	1	

Fosterets diagnose	Totaltantall	Svangerskapsvarighet ved søknad			Kvinnens alder	
		omsvangerskapsavbrudd			Ikkeoppgitt < 38 år	≥ 38 år
		< 18 uker	≥ 18 uker	Ikkeoppgitt		
Trisomi 21	16	10	6	3	13	
Trisomi, uoppgitt type	1		1		1	
Uspesifisert	4	1	3	3	1	
Turners syndrom	4	2	2	3	1	
XXX	2		2		2	
XXY	1	1		1		
Fragil X-syndrom	1	1		1		
Nyremisdannelser						
Nyreagenesi	2	1	1	2		
Uspesifisert	5	2	3	4	1	
Potters syndrom	3	1	2	2	1	
Multiple misdannelser	21	7	12	2	18	
Annet						
Lungemisdannelser	3		3	2	1	
Skjelettmisdannelser	3		3	2	1	
Hjertemisdannelser	4		3	1	4	
Hydrops føtalis	1		1	1		
Cystisk hygrom	8	7	1	7	1	
Omphalocele	1		1	1		
Transfusjonssyndrom	1		1	1		
Vannavgang	4		4	3	1	
Toksoplasmose	1		1	1		
Anhydramnion	2	1	1	2		

Diskusjon

I årene 1996 – 97 ble det utført 302 svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke på grunn av fosterskade. Alle som søkte om svangerskapsavbrudd på denne indikasjonen, fikk søknaden innvilget. Antall aborter på grunn av fostermisdannelser utgjorde 1 % av alle svangerskapsavbrudd i 1996 – 97 (9).

Til Statistisk sentralbyrå ble det meldt om 111 utførte svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2, 3. ledd c i 1996 og 120 i 1997 (Jens Kristian Borgan, personlig meddelelse). Tallene fra denne undersøkelsen kan tyde på en underrapportering til Statistisk sentralbyrå. Om det også er en underrapportering til Statens helsetilsyn, kan ikke utelukkes.

For 53 % av svangerskapsavbruddene fremgår ikke fosterets diagnose. Den manglende rapporteringen av fosterets diagnose kan skyldes at skriftlig tilleggsdokumentasjon ikke fantes som saksdokument under nemndbehandlingen, eller at ikke all eksisterende dokumentasjon er blitt oversendt Statens helsetilsyn. Det tilsendte materialet bestod hovedsakelig av kopier av dokumenter fra det lovpålagte registrerings- og rapporteringssystemet for svangerskapsavbrudd. Denne dokumentasjonen omfatter ikke nødvendigvis spesifiserte opplysninger fra sykehusets ordinære pasientjournal. I forskrift til abortloven forutsettes det imidlertid at legen i samråd med kvinnen utarbeider en skriftlig begrunnelse for abortsøknaden som inneholder opplysninger om de observasjonene som er gjort (10).

Selv etter analyse av dette materialet mangler fremdeles gode nasjonale data om indikasjonene for svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2, 3. ledd c.

Omfang av fosterdiagnostikk

Jo flere kvinner som undergår fosterdiagnostikk, desto flere risikerer å få diagnostisert fosteranomalier. I dag tilbys ultralydundersøkelse som rutine for alle gravide ved 17. svangerskapsuke. De aller fleste benytter seg av dette.

I tillegg til ultralydundersøkelser tilbys enkelte grupper gravide fostervannsdagnostikk for genetisk utredning. For omtrent 1 400 – 1 500 gravide kvinner årlig utføres genetisk diagnostikk fra fostervann (Aud Nordahl, personlig meddelelse). Basert på tall fra vår undersøkelse over to år hvor 28 % (40 av 142) av fostre med kjent diagnose hadde kromosomanomalier, kan man anta at 1 – 3 % av kvinnene som får utført fostervannsdagnostikk, tar abort.

Abort eller induisert dødfødsel?

Overvåking av perinatal død og medfødte misdannelser

Overvåking av perinatal død og medfødte misdannelser er viktig blant annet for identifisere forhold som gir økt risiko for uheldige svangerskapsutfall. Alle fødsler etter 16. svangerskapsuke er meldepliktige til Medisinsk fødselsregister. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad induerte dødfødsler av fostre med misdannelser har vært rapportert til Medisinsk fødselsregister. Det er trolig at det har vært en betydelig underrapportering. For å bedre den epidemiologiske overvåkingen skal nå alle avsluttede svangerskap etter 12. svangerskapsuke meldes Medisinsk fødselsregister. Denne meldeordningen ble innført fra 1999.

Det har vært en betydelig økning av svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade siden 1982 (tab 3). Selv om det er ukjent i hvilken grad disse svangerskapsavbruddene er meldt til Medisinsk fødselsregister, er det av interesse å sammenlikne tallene for svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade med perinatal dødelighet og forekomst av medfødte misdannelser.

Det har ikke vært nedgang i den totale dødfødselsraten i løpet av de siste 30 år, dette til tross for en betydelig nedgang i antall dødfødsler hos barn av mødre med preeklampsi (15).

Fra 1982 har det vært en nedgang i dødelighet i første leveuke fra 3,8 til 2,1 per 1 000 levendefødte barn i 1996 (tab 3). Raten for svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2, 3. ledd c er nå i mange fylker høyere enn for død i første leveuke (tab 1). Det er få holdepunkter for at nedgangen i tidlig neonatal død i hovedsak kan tilskrives abort av fostre som ellers ville dødd tidlig etter spontan fødsel. De fleste neonatale dødsfall skyldes altfor tidlig fødsel av barn uten misdannelser (7, 8, 15).

Tabell 3

Antall og prevalens per 1 000 fødte av dødfødsler etter 16. svangerskapsuke, dødsfall første leveuke, alvorlige misdannelser og svangerskapsavbrudd etter 12. uke på grunn av fosterskade i Norge i årene 1982, 1990, 1996 og 1997

	1982		1990		1996		1997	
	Antall	Prevalens	Antall	Prevalens	Antall	Prevalens	Antall	Prevalens
Antall fødsler	51 675		61 393		61 314		60 083	
Dødfødsler av alle fødsler	533	10,3	629	10,2	639	10,4	547	9,1
Dødsfall første leveuke av levendefødte	195	3,8	197	3,2	125	2,0	141	2,3
Alvorlige misdannelser	1 085	21,0	1 539	25,1	1 240	20,2	1 301	21,7
Svangerskapsavbrudd grunnet fosterskade	8	0,2	73	1,2	157	2,6	143	2,4

Det har vært en økning i alvorlige medfødte misdannelser rapportert til Medisinsk fødselsregister, fra 13,5 per 1 000 fødsler i 1967 til 21,7 per 1 000 i 1997 (15). Siden 1990, da antallet var 25,1 per 1 000, har det vært registrert en nedgang som tilsvarer omtrent 1 200 færre barn per år med alvorlig medfødt misdannelse.

Hvem har avgjort svangerskapsavbrudd?

Det er abortnemndene som praktiserer abortloven. Nemnden består av to leger: avdelingsoverlegen (spesialist i gynekologi og obstetikk) og en lege med sosialmedisinsk innsikt. Ved de fleste sykehusene her i landet er det antakelig de samme personene, eller deres medarbeidere, som stiller fosterets diagnose, vurderer prognosen, veileder og gir kvinnen råd og i tillegg deltar i avgjørelsesprosessen i nemnden. De samme personene vil ofte også være faglig ansvarlig for oppfølging av kvinnens svangerskap hvis abort ikke blir innvilget.

Sammenliknet med praktiseringen av annet lovverk er det en helt særegen rolle medisinerne er tillagt i abortloven.

Den manglende rapporteringen av fosterets diagnose for mer enn halvparten av søknadene i denne studien kan være et uttrykk for at skriftlig dokumentasjon av fosterets diagnose og prognose ikke har vært etterspurt av nemndens medlemmer. Skriftlig dokumentasjon er imidlertid nødvendig for evaluering av nemndenes praktisering av abortloven og burde, hvis den fantes, vært rapportert i denne studien initiert av Statens helsetilsyn. Dokumentasjon ville også vært nødvendig hvis andre enn dem som hadde det kliniske ansvaret for den gravide kvinnen, skulle treffe beslutningene om svangerskapsavbrudd.

Det finnes lite kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for valg av svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2, 3. ledd c. Det er også lite kunnskap om andelen av kvinner med påviste misdannelser hos fosteret som velger svangerskapsavbrudd.

LITTERATUR

1. Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd med endringer i lov av 16. juni 1978 (abortloven).

2. Eik-Nes S, Blaas H-G, Salvesen K. Ultralyd tidleg i svangerskapet. Aftenposten 1.11.1999: 14.
3. Gulbrandsen P. Sortering ved hjelp av ultralyd. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3711.
4. Brennhaug K. Alle ynskjer seg friske barn. Aftenposten 6.12.1999: 14.
5. Solbakk JH. Ultralyd og politiske ekko. Dagens Medisin 25.11.1999: 43.
6. St.meld. nr. 16 (1995 – 96). Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd.
7. Medisinsk fødselsregister. Årsmelding 1996. Bergen: Medisinsk fødselsregister, 1997.
8. Medisinsk fødselsregister. Årsmelding 1997. Bergen: Medisinsk fødselsregister, 1998.
9. Statistisk årbok 1999. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1999.
10. Forskrift til gjennomføring av lov av 13. juni 1975 om svangerskapsavbrudd med endringer i lov av 16. juni 1978 nr. 66 jfr. lovens § 12. kapittel II § 8.
11. Lov om medisinsk bruk av bioteknologi, nr. 56 1994.
12. Jenum PA, Holberg-Pettersen M, Melby KK, Stray-Pedersen B. Diagnosis of congenital *Toxoplasma gondii* infection by polymerase chain reaction (PCR). The Norwegian experience. APMIS 1998; 106: 680 – 6.
13. Eskild A, Oxman A, Magnus P, Bjørndal A, Bakketeig LS. Screening for Toxoplasmosis in pregnancy: what is the evidence of reducing a health problem? J Med Screen 1996; 3: 188 – 94.
14. Syse A. Abortloven, juss og verdier. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1993.
15. Fødsler i Norge gjennom 30 år. I: Irgens L, red. Medisinsk fødselsregister 1967 – 96. Bergen: Medisinsk fødselsregister, 1997.

Publisert: 10. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.