



# Norsk abortlov til hinder for nye retningslinjer

---

## LEDER

METTE LØKELAND-STAI

lokeland@gmail.com

Mette Løkeland-Stai er ph.d., overlege ved Område for helsedata og digitalisering ved Folkehelseinstituttet i Bergen med fagleg ansvar for Abortregisteret, og overlege ved Kvinneklinikken i Helse Bergen.

Forfattern har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

## I mars 2022 kom Verdas helseorganisasjon med nye retningslinjer for abort. Disse bryt med den nesten 50 år gamle norske abortlova.

Hovudbodskapen til Verdas helseorganisasjon (WHO) er at strenge abortlover og restriksjonar ikkje er vist å redusere talet på abortar eller framskande tida for abortar (1). I staden fører restriksjonar til illegale og utrygge abortar. WHO fråråder difor restriksjonar som obligatorisk rådgjeving, venteperiodar og rigide grenser for abort (1). WHO tar også til orde for ei pasientnær behandling der ein flyttar behandlinga så nær kvinna som mogleg – til primærhelsetenesta. I retningslinjene opnar dei i tillegg for at fleire typar helsepersonell enn legar kan utføre abort, og dei inkluderer tilgang til abort via telemedisin.

Gjeldande norsk abortlov er nesten 50 år gamal og overmoden for revidering for å kunne vera i tråd med gjeldande praksis, medisinske endringar, endringar i pasientrettslover og no også retningslinjene frå WHO. Regjeringa sitt abortutval har ytra at dei kjem til å foreslå å revidere heile abortlova når dei kjem med si utgreiing i desember (2).

*«Gjeldande norsk abortlov er nesten 50 år gamal og overmoden for revidering»*

Abort er blant dei mest politiske og kontroversielle medisinske inngrepa, og WHO har gått ein lang veg. Fyrst ved befolkningskonferansen i Kairo i 1994, med Gro Harlem Brundtland i spissen for den norske delegasjonen, vart tilgang til abort inkludert i eit FN-sluttdokument. Sidan har WHO bidradd med omfattande forskning og dokumentasjon kring abort, og dei nye retningslinjene er nært knytt til at det i denne perioden har vore ein revolusjon innan abortbehandlinga. Abortpilla mifepriston vart utvikla på 1980-talet og gir i kombinasjon

med eit prostaglandin komplett abort i ca. 95 % av tilfella (3). Sidan har ein forbetra medikamentell abort, og det har gitt kvinner valfridom med tanke på kor dei vil vera medan dei avsluttar svangerskapet.

Samstundes har fleire studiar dokumentert at også sjukepleiarar og jordmødrer, hjelpepleiarar og farmasøytar kan yte trygg og god behandling for tidleg abort. Det nyaste er at telemedisinske konsultasjonar for tidleg abort, der medikament kan sendes i posten eller via resept, også er trygt, akseptabelt og ynskt av kvinner. Covid-19-pandemien framskunda tilgangen til slik behandling, og i Storbritannia har dette vore så vellukka at parlamentet vedtok våren 2022, med støtte frå Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, å gjera tilgangen til tidleg abort via telemedisin permanent (4).

I Noreg er medikamentell abort den vanlegaste forma for behandling og vert brukt ved over 90 % av alle abortar (5). Det er 25 år sidan den fyrste abortpilla vart gitt ved Kvinneklubben i Bergen. Den gongen kunne ein få medikamentell abort før veke 9 i svangerskapet, men kvinna måtte vera på sjukehus under aborten. I åra som fylgde gjorde vi i Noreg fleire studiar og forbetra og utvida bruken av medikamentell abort til å gjelde alle svangerskapslengder, forenkla kontrollane frå ultralyd til graviditetstestar og ga kvinner høve til å avslutte svangerskapet utanfor sjukehus (3). På fleire sjukehus har ein overlate abortbehandlinga til sjukepleiarar og jordmødrer som har lært ultralyd, med ein lege som står medisinsk ansvarleg for behandlinga.

Abortlova seier spesifikt at abort skal utførast av lege og at det skal skje på sjukehus eller der Statsforvaltaren tillèt det (6). Slik tillating har vist seg særskilt byråkratisk å få til (7). Abortpilla mifepriston har i tillegg særskilte strenge restriksjonar knytt til seg. Ho er ikkje tilgjengeleg via apotek og kan ikkje førskrivast på resept. Berre avdelingar som har tillating til å utføre abort kan få tilgang til mifepriston. Fleire og fleire land, som til dømes USA, fjernar no slike restriksjonar. Dette er tiltak som i nokon grad kan demme opp for innstrammingane ved abort som har kome fleire stader i USA.

### *«Å bruke omgrep som levedyktigheit i lovtæksten er problematisk når levedyktigheit er knytt til medisinske framsteg»*

I Noreg er nemndene, og at den absolutte grensa for abort er satt til levedyktigheit, heller ikkje i tråd med WHO sine retningslinjer. Å bruke omgrep som levedyktigheit i lovtæksten er problematisk når levedyktigheit er knytt til medisinske framsteg og kva medisinsk teknologi kan gjera for prematurt fødte barn. Vidare er kunstig livmor under utvikling for bruk på menneske (8).

Statistikk frå kringom i verda viser at andelen abortar utført etter svangerskapsveke 18 ligg på 1–3 % av alle abortar. Dette gjeld uavhengig av lovverket. Denne kunnskapen har gjort at WHO konkluderte med at det ikkje er lovverket som påverkar talet på abortar eller når abort skjer i svangerskapet.

WHO sine retningslinjer har i Noreg vore sett på som ein minstestandard – ein minstestandard som vi fram til no aldri har hatt problem med å leve opp til eller følgje, av di vi stort sett har vore eit hestehovud framfor denne standarden både i medisinsk utvikling, retningslinjer og lovverk. Slik er det ikkje lenger, og det er abortlova som hindrar oss.

---

## REFERENCES

1. World Health Organization. WHO issues new guidelines on abortion to help countries deliver lifesaving care. <https://www.who.int/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls> Lest 16.1.2023.
2. Gullestad FH. Abortutvalget åpner for ny lov. Klassekampen 16.12.2022. <https://klassekampen.no/utgave/2022-12-16/abortutvalget-apner-for-ny-lov1/sxzv> Lest 17.2.2023.

3. Løkeland M, Bjørge T, Iversen OE et al. Implementing medical abortion with mifepristone and misoprostol in Norway 1998-2013. *Int J Epidemiol* 2017; 46: 643-51. [PubMed]
  4. Royal College of Obstetricians and gynaecologist. Parliament votes to make telemedicine for early medical abortion permanent in England. <https://www.rcog.org.uk/news/parliament-votes-to-make-telemedicine-for-early-medical-abortion-permanent-in-england/> Lest 12.1.2023.
  5. Folkehelseinstituttet. Abortregisteret - statistikkbank. <https://www.rcog.org.uk/news/parliament-votes-to-make-telemedicine-for-early-medical-abortion-permanent-in-england/> Lest 16.2.2023.
  6. Lovdata. Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven]. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50> Lest 17.2.2023.
  7. Pay ASD, Aabø RS, Økland I et al. Medikamentell abort hos avtalespesialist. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0041. [PubMed][CrossRef]
  8. Eindhoven university of technology. Artificial womb. <https://www.tue.nl/en/research/research-groups/cardiovascular-biomechanics/artificial-womb/> Lest 16.2.2023.
- 

Publisert: 8. mars 2023. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0112

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2023. Lastet ned fra [tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no) 22. mars 2023.