

Abort i Noreg – metodar og statistikk 1979–2022

Michael 2023; 20: 457–465

Sidan 1998 har det vore ei nesten total overgang frå kirurgisk til medikamentell behandling av abort. Samstundes har aborttala sidan 2008 vore sterkt fallande fram til 2021 og er historisk låge. Andelen seinabortar av alle abortar har vore tilnærma uforandra på under fem prosent. Hovuddelen av seinabortar i dag vert utført grunna sjukdom og misdanningar hjå fosteret, og nesten alle seinabortar vert innvilga i nemnd.

Fram til 1998 var kirurgi i realiteten den einaste abortmetoden ein hadde for dei tidlege abortane opp til 12 vekers gestasjon. Gynekologane dilaterte cervixopningen og evakuerte svangerskapsprodukta med buttt kyrette og aborttang. Seinare blei vakuumsug standard metode med redusert risiko for skade av endometriet. Frå veke 10 i svangerskapet aukar kravet til blokking av cervix både for instrumentering og for evakuering av svangerskapsprodukta.

I 1970-åra oppdaga den svenske biokjemikaren Sune Bergström (1916–2004) og hans team prostaglandinar og fekk nobelprisen for dette i 1982 (1). Dei syntetiserte mellom anna prostaglandin F som får glatt muskulatur i livmora til å trekka seg saman og samtidig mjukgjera livmorhalsen. Frå slutten av 1970-åra vart prostaglandin introdusert for å gjera livmorhalsen lettare å blokke og redusere risiko for skade under blokkinga (2).

I Norden har ein aldri hatt tradisjon for å utføre kirurgisk abort etter veke 12, sjølv om nokon har strekt utføringa av kirurgisk abort til veke 14 i særskilde tilfelle. Kirurgisk abort etter første trimester er ei prosedyre som er teknisk vanskelegare med større risiko for komplikasjonar både på livmorhals og livmor. Etter dilatasjon av livmorhalsen installerte ein ofte, før oppdaginga av prostaglandin, desinfeksjonsmiddelet Rivanol via eit kateter ekstraamnionalt, for å irritere vevet og provosere fram abort (2). Bruk av

prostaglandin og ulike former for dilatasjon og seinare perforasjon av fosterhinnene og stimulering med oxytocin-preparater, tok etter kvart over for Rivanol (2). Behandlinga var ofte smertefull og tok fleire dagar. Utviklinga av medikamentell abort med mifepriston og misoprostol har etter kvart tatt heilt over og har både forenkla og korta behandlingstida for kvinna som treng abort (3).

Utviklinga av medikamentell abort

Abortpilla mifepriston er eit anti-glukokortikoid og anti-progesteron som vart utvikla i 1980-åra av den franske biokjemikaren Étienne-Émile Bauliau (4). Det var eit tilfeldig funn under forsøk på å finne nye behandlingalternativ ved kreftbehandling. Ved å blokkere for progesteron får kroppen det same signalet som den vil få ved ein spontanabort. Sjølv ved mykje høgare dosar enn det ein nyttar i dag, var effektiviteten av mifepriston åleine berre om lag 60 %. Det var fyrst etter at Mark Bygdeman og hans team ved Karolinska Institutet la til prostaglandin til behandlinga at effektiviteten kom opp i 94–95 % (5), slik som i dag. Ca. 95 % oppnår komplett abort med 200 mg mifepriston og 800 µg misoprostol. Sidan metoden var etablert, er det gjort mange studiar for å finne minste effektive dose, type prostaglandin og mest effektive og tolerable administrasjonsmåte. Dei første forsøka var på graviditetar opp til sju vekers gestasjonslengde, men ein har seinare utført ei rekke studiar som har utvida bruksområda for medikamenta slik at ein i dag har tilrådde prosedyrar for bruk av kombinasjonen mifepriston og misoprostol ved alle svangerskapslengder (3, 6).

Etter kliniske utprøvingar av mifepriston i kombinasjon med ein prostaglandinanalogue, vart det registrert og godkjend som abortpille i Frankrike i 1988. Roussel-Uclaf/Hoechst som eigde medikamentet møtte mykje motstand og trugsmål om boikott grunna abortpilla. Dei ynskte difor å trekke den frå marknaden. Det vart politiske diskusjonar. Etter berre eit par dagar ga den franske regjeringa som var medeigarar i firmaet, beskjed om at Roussel-Uclaf/Hoechst ikkje fekk lov til å trekke mifepriston frå marknaden. Dei kunne ikkje tillate at kvinner ikkje skulle ha tilgang til eit medikament som i slik grad revolusjonerte abortbehandlinga. Den franske regjeringa sa at mifepriston ikkje berre var eigedommen til eit farmasøytisk firma, det var også den moralske eigedommen til kvinner (4).

Storbritannia var raske med å registrere medikamentet i 1991 og Sverige i 1992, men så vart det brått stopp av godkjenning for bruk i fleire land. Grunna redselen for politisk motstand blokkerte leiaren for Roussel-Uclaf/Hoechst for å godkjenne preparatet i fleire land. Medikamentet var heller ikkje tilgjengeleg på registreringsfritak. I 1997 overførte Roussel-Uclaf/

Hoechst mifepriston til selskapet Exelgyn som vart drive av den tidlegare konsernsjefen i firmaet, Edouard Sakiz. Exelgyn var og er eit firma som berre produserer mifepriston og misoprostol. Exelgyn er difor immun mot boikott frå motstandarar av abort. På det tidspunktet kunne mifepriston verta tilgjengeleg for andre land som ynskte å ta det i bruk og har raskt vorte registrert i fleire land (4).

Ullevål universitetssjukehus ynskte allereie i 1989 å ta i bruk mifepriston, men grunna eit forslag frå Kristeleg folkeparti i Stortinget om forbod mot mifepriston, vart det stogga. Sjølv om fleirtalet i helsekomiteen på Stortinget stemte ned forslaget og var for at sjukehuset skulle ta i bruk middelet, så trekte Roussel-Uclaf/Hoechst seg og ville ikkje lenger gi tilgang til medikamentet. Det skulle gå nesten ti år før ein fekk tilgang til mifepriston i Noreg (4).

Dei siste 25 åra har det vore ei total omlegging av abortbehandlinga i Noreg. Fram til 1998 var alle abortar opp til 12 veker utført kirurgisk. Men våren 1998 vart den fyrste aborten utført ved hjelp av pillar åleine ved Kvinneklubben i Bergen (4).

Då ein fyrst skulle byrja med medikamentell abort, fekk ein tak i medikamentet via registreringsfritak før det vart godkjend for bruk i 2000. Allereie det fyrste året sette universitetsklinikkane i Bergen, Tromsø, Oslo og Stavanger i gang behandling med mifepriston, og innan 2001 var det tilgjengeleg ved halvparten av alle gynekologiske avdelingar i Noreg (4). I dag er medikamentell abort hovudmetoden for abort uavhengig av svangerskapslengde og 95 % av alle abortar vart utført medikamentelt i 2022 (7).

Etter eit langvarig arbeid med forskning og samling av data kom Verdas helseorganisasjon (WHO) våren 2022 med nye retningslinjer for abort (8). Dei konkluderer med at abortlover ikkje kan hindre abortar. Lover kan berre brukast til å sikre kvinner god helsehjelp og unngå at dei må ty til farlege og illegale metodar for å ta abort. Det er berre god seksualundervisning og kunnskap om og tilgang til prevensjon som kan redusere talet på abortar, seier dei. WHO tilrår at ein flytter behandlinga for tidleg abort så nær kvinna som mogleg, det vil seia ut til primærhelsetenesta og over på fleire hender. Dei tilrår ei oppgåvegledning for dei tidlege, ukompliserte abortane, og tilrår at ein også inkluderer helsefagarbeidarar, farmasøytar, jordmødrer og sjukepleiarar som behandlarar av abort. På mange norske sjukehus har allereie sjukepleiarar og jordmødrer tatt over denne behandlinga.

WHO tilrår også at ein opnar for abortbehandling via telemedisin (8). Abort via telemedisin fungerer slik at ein via strukturerte anamnesar kan triagere kvinner med sikre svangerskapslengder og normale svangerskap til å tilsendt medikamenta i posten eller via resept utan klinisk undersøking

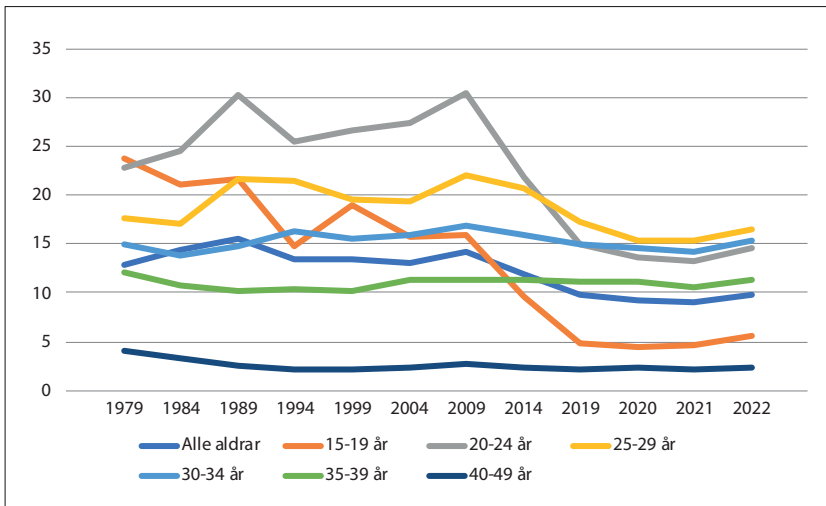
dersom dei ynskjer det. Kvinner med usikker siste mens, risikoteikn for ektopisk graviditet, for langtkomen graviditet eller som sjølv ynskjer klinisk undersøking skal triagerast til vidare klinisk oppfølging og undersøking. Ei slik handtering av tidlege abortar er godt dokumentert gjennom fleire studiar som trygt og ynskt av mange kvinner (9). I Storbritannia vart dette hovudmetode under covid-19-pandemien, og det var eit så stort ynske både frå kvinner og fagmiljøa om å vidareføre dette også etter pandemien, at parlamentet vedtok å fortsette med tilbodet våren 2022 (10).

I Noreg er det klåre avgrensingar i lova når det gjeld kven som kan utføre abort og kor. Abort skal utførast av lege og at det skal skje på sjukehus eller der statsforvaltaren gir godkjenning til at det kan utførast (11). På bakgrunn av det var det gjennomført ein studie der kvinner fekk tilbod om tidleg abort hjå avtalespesialistar i gynekologi i perioden 2015–2017 (12). Dei som deltok i studien var nøgde med tilbodet, men ein har ikkje seinare opna opp for ei vidareføring av det. Når sjukepleiarar og jordmødrer utfører nødvendige undersøkingar og behandling med medikamentell abort ved norske sjukehus er det ansvarleg lege i avdelinga som står som øvste ansvarlege for behandlinga. Dei er også avhengige av at ordinasjonen av medikamenta er signert av lege. Medikamentet mifepriston er også strengt regulert og kan ifølge Felleskatalogen berre utleverast til sjukehus eller annan institusjon som har godkjenning frå Statsforvaltaren til å utføre svangerskapsavbrot. Sidan mifepriston også er tilrådd brukt til behandling ved uteblitt abort (missed abortion) (13), så fører restriksjonane i kven som kan få tilgang til det også til at færre behandlarar kan gi den beste tilrådde behandlinga ved spontanabort.

Abortregisteret og utvikling i aborttala

Abortregisteret er eit aidentifisert register som inneheld opplysningar frå lov om sjølvbestemt abort tredde i kraft i 1979. Registeret er regulert ved ei eiga forskrift og har som formål *«å samle inn og behandle opplysningar tilknyttet begjæringar om svangerskapsavbrudd for å utarbeide statistikk, evaluere tiltak mot uønskede svangerskap og avbrudd og bidra til god ressursutnytting og kvalitet i behandlinga av kvinners reproduktive helse»*. Alle institusjonar som utfører abort er pålagt å melde inn til registeret (14).

Registeret tel talet på abortar og ikkje talet på kvinner som tar abort. Sidan 1979 har det vore registrert 679 851 krav om abort og av dei er 625 351 utført. Det er i snitt 14 543 utførte abortar per år sidan 1979. Den historisk høgste registreringa av utførte abortar i Noreg sidan 1979 var i 1989 med 16 209 abortar og ein abortrate på 15,5 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år (figur 1). I 2008 var det ein ny topp i utførte abortar på



Figur 1. Talet på abortar per 1000 kvinner fordelt på alder 1979–2022. Basert på tabell A3 i Statistikkbanken, Folkehelseinstituttet (7)

16 139 abortar og ein rate på 14,5 per 1000 kvinner, men sidan 2008 har talet på utførte abortar vore jamt og tydeleg fallande til den lågaste registreringa med 10 875 utførte abortar og ein rate på 9,0 per 1000 kvinner i alderen 15–49 år i 2021. Den lågaste registreringa er utført under covid-19- pandemien. Etter pandemien ser vi på nytt ein auke i aborttala (7).

Abort blant tenåringar

Då lov om sjølvbestemt abort tredde i kraft i 1979, hadde kvinner under 20 år den høgste abortraten av alle aldersgrupper. I 1979 var abortraten 23,8 av 1000 kvinner i alderen 15–19 år. Sidan 1981 har dei alltid hatt ei lågare abortrate enn kvinner 20–24 år og frå 1989 har dei også hatt ei lågare abortrate enn kvinner i aldersgruppa 25–29 år. I åra 1979–2008 var abort-rata i denne gruppa svinga ein del, men over tid vore fallande. Frå 2008 ser vi eit distinkt og tydeleg fall år for år. Sidan 2014 har abortraten for kvinner 15–19 år vore under 10 per 1000 kvinner. Den historisk lågaste rata ser ein i 2020 på 4,4 per 1000 kvinner 15–19 år (7). Dette fallet i abortar så ein i denne gruppa frå 2008 i heile Norden (15) og i fleire andre land som til dømes Skottland (16) og New Zealand (17). Ein ser også ein auke frå 2021 i den same gruppa. Ei av årsakene til nedgangen er truleg betre tilgang til langtidserkande prevensjon som p-stav og hormonspiral.

Abort blant kvinner i 20-åra

Sidan 1981 har kvinner i alderen 20–24 år hatt den høgste abortraten. Dei nådde ein topp i 2008 med ein rate på 30,7 per 1000 kvinner i alderen 20–24, men sidan 2008 har ein sett det same tydelege fallet fram til 2021 som for kvinner under 20 år. I 2021 var dei nede i ein rate på 13,3 per 1000 kvinner. Det kan sjå ut som om dei kvinnene som var i alderen 15–19 år i 2008 har tatt med seg sin prevensjonsåtfærd over i 20-åra. Sidan 2015 er det aldersgruppa 25–29 år som har hatt den høgste abortraten. I 2021 var den på 15,3 per 1000 kvinner (7).

Etter 2021 har vi på ny sett ein auke i abortraten både i Noreg og Skottland (7, 16).

Seinabort

Etter utgangen av veke 12 er ikkje lenger abort sjølvbestemt, og kvinner som trenger abort må møte i ei nemnd som kan innvilge abort etter visse kriterium nedfelt i § 2 i lov om svangerskapsavbrot (11). Samansetninga av nemnda stammer frå abortlova av 1960. Den består av ein lege frå avdelinga som utfører abort og ein ekstern lege oppnemnd av Statsforvaltaren.

Kriteria i § 2 i abortloven er:

- a) *svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom;*
- b) *svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon;*
- c) *det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet;*
- d) *hun ble gravid under forhold som nevnt i straffeloven §§ 312, 313 og 314, eller svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 291, 293, 294, 295, 296, 299, 301, 302 og 314; eller*
- e) *hun er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad.*

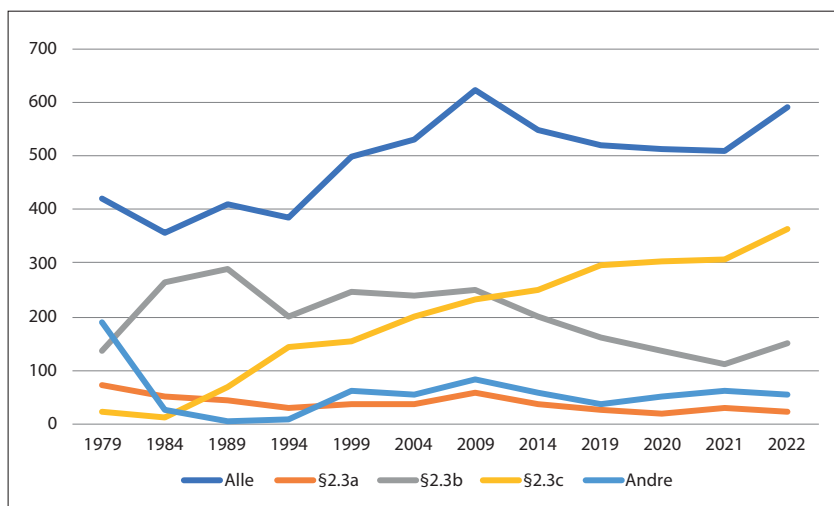
I tillegg seier lova «Det skal legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon.» og «Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det. Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis.» (11).

Prosentdelen nemndbehandla abortar i forhold til det totale talet på abortar har vore stabilt i heile perioden 1979–2022. I snitt har dei stått for 4 % av alle abortar, frå 2,9 % i 1991 til 4,8 % i 2019 (7). Nedgangen i talet på nemndabortar følger såleis nedgangen i det totale talet på abortar.

I heile perioden er det bokstav b og c i § 2 i abortlova som har vore hyppigast brukt. Fram til 2012 var § 2b den prosentvis mest brukte paragrafen (figur 2). Sidan 2016 har det vore ei nesten halvering i talet på abortar innvilga etter § 2b. Det skuldast ikkje minst nedgangen i det totale talet på abortar blant unge kvinner der § 2b har vore hyppigaste årsak til seinabort (7).

Bruken av § 2c har auka gradvis sidan 1986 etter innføringa av rutineultral lyd i svangerskapet (18). Før 1986 var i snitt 3,7 % av alle seinabortar innvilga etter § 2c mot ca. 60 % av alle seinabortar i 2022. Etter veke 18 i svangerskapet har i snitt 85 % av abortane vore innvilga grunna risiko for fosterskade i heile perioden 1979–2022 (7).

Innvilgingsprosenten har gått gradvis oppover frå 73,6 % i 1979 til høgste nivå i 2018 på 97,2 % for alle svangerskapslengder. Dersom ein ser på nemndabort under 18 veker, så har innvilgingsprosenten vore over 90 % sidan 1997 med ein topp på 99,2 % i 2020. Sjølv for seinabort etter veke 18 er innvilgingsprosenten no over 90 % (7).



Figur 2. Talet på innvilga nemndbehandla abortar etter vedtaksgrunnlag i § 2 i abortlova (§ 2.3a kvinna si helse, § 2.3b kvinna sin livssituasjon, § 2.3c risiko for sjukdom/avvik hjå fosteret) 1979–2022. Basert på figur A7 i Statistikkbanken, Folkehelseinstituttet (7)

Konklusjon

Abortbehandlinga er fullstendig endra sidan 1979, frå nesten berre kirurgi til medikamentell behandling. Fordelinga mellom seinabortar og tidlege abortar har vore stabilt samtidig som aborttala har vore sterkt fallande. Fordelinga mellom tidlege og seine abortar er lik med det ein ser frå andre land uavhengig av lovgjevinga (15–17). Sidan 1979 har innvilgingsprosenten av nemndbehandla abortar gått gradvis oppover og utgjør i dag ca. 97 %.

Litteratur

1. Shampo MA, Kyle RA. Sune Bergström – Nobel Prize for Prostaglandin Studies. *Mayo Clinic Proceedings* 1998; 73: 462. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(11\)63731-2](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)63731-2)
2. Olund A, Larsson B. Comparison of extra-amniotic instillation of rivanol and PGF2 α either separately or in combination followed by oxytocin for second trimester abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1978; 57: 333–336. <https://doi.org/10.3109/00016347809154027>
3. Whitehouse K, Brant A, Fonhus MS et al. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. *Contraception X* 2020; 2: 100037. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100037>
4. Løkeland M. *Implementation of medical abortion in Norway 1998–2013*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2015. <https://hdl.handle.net/1956/15618>
5. Bygdeman M, Swahn M-L. Progesterone receptor blockage: effect on uterine contractility and early pregnancy. *Contraception* 1985; 32: 45–51. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(85\)90115-5](https://doi.org/10.1016/0010-7824(85)90115-5)
6. Zhang J, Zhou K, Shan D et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022; 5: CD002855. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002855.pub5>
7. Folkehelseinstituttet. *Register over svangerskapsavbrudd (Abortregisteret)*. Statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/abort/> (3.9.2023).
8. World Health Organization. *WHO issues new guidelines on abortion to help countries deliver lifesaving care*. 9.3.2022. <https://www.who.int/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls> (3.9.2023).
9. Endler M, Lavelanet A, Cleeve A et al. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG* 2019; 126: 1094–1102. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15684>
10. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Parliament votes to make telemedicine for early medical abortion permanent in England*. 31.3.2022. <https://www.rcog.org.uk/news/parliament-votes-to-make-telemedicine-for-early-medical-abortion-permanent-in-england/> (3.9.2023).
11. Lovdata. *Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1975-06-13-50> (3.9.2023).
12. Pay ASD, Aabø RS, Økland I et al. Medikamentell abort hos avtalespesialist. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2018; 138. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0041>

13. Berner E, Tellum T, Hansen KH et al. *Spontanabort. Veileder i gynekologi*. Norsk gynekologisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/spontanabort/> (3.9.2023).
14. Lovdata. *Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i register over svangerskapsavbrudd (abortregisterforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-14-1418> (3.9.2023).
15. Finnish institute for health and welfare. *Induced abortions in the Nordic countries 2021*. 14.3.2023. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics-and-data/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortion-in-the-nordic-countries> (3.9.2023).
16. Public Health Scotland. *Termination of pregnancy statistics*. 30.5.2023. <https://publichealthscotland.scot/publications/termination-of-pregnancy-statistics/termination-of-pregnancy-statistics-year-ending-december-2022/> (3.9.2023).
17. Ministry of Health New Zealand. *Abortion services annual report*. 28.10.2022. <https://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/abortion-services-information-health-practitioners/abortion-services-annual-reports> (3.9.2023).
18. Backe B, Jacobsen G, Bakketeig LS. Bruk av ultralyd ved norske fødeinstitusjoner. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1987; 107: 471–473. <https://www.nb.no/items/93836828860c6334a36b340228f4c099?page=49> (3.9.2023).

Mette Løkeland-Stai
lokeland@gmail.com
Folkehelseinstituttet
Postboks 973 Sentrum
5808 Bergen

Mette Løkeland-Stai er ph.d., overlege ved Kvinneklubben, Haukeland universitetssjukehus i Bergen og leiar for Abortregisteret i Folkehelseinstituttet.