

---

## Abortnemndene og kvinners rettssikkerhet

---

REDAKSJONELT

PREBEN AAVITSLAND

*Preben Aavitsland (f. 1963) veileder unge kvinner om prevensjon og abort som lege ved Klinikk for seksuell opplysning i Oslo. Han er også fagredaktør i Tidsskriftet.*

Klinikk for seksuell opplysning  
Postboks 6699 Rodeløkka  
0502 Oslo

---

Siden 1978 har kvinner i Norge selv kunnet bestemme om de vil avbryte svangerskapet i løpet av de 12 første ukene (1). Etter 12. svangerskapsuke må et svangerskapsavbrudd tillates av en abortnemnd knyttet til de sykehus som utfører abort. Nemndene består av to leger. Nemndene kan ikke endelig avslå en kvinnes søknad, ettersom et avslag automatisk vil bli prøvd av en annen, utvidet nemnd.

Etter lov om svangerskapsavbrudd § 7 skal nemnden i samråd med kvinnen vurdere om ett eller flere av fem vilkår for svangerskapsavbrudd er til stede. De tre tallmessig viktigste vilkårene er at "svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse", at "svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon" og at "det er stor fare for at barnet kan få en alvorlig sykdom" (jf. § 2 i loven). Deretter nevner loven to vilkår som gjelder svangerskap som følge av voldtekt eller incest og svangerskap hos sinnslidende og psykisk utviklingshemmede kvinner. Videre peker lovens forarbeider på muligheten for innvilgelse på såkalt kumulert indikasjon, dvs. ut fra en totalvurdering av flere forhold som spiller sammen, men som hver for seg ikke er tilstrekkelig indikasjon (2).

Ved de tre første indikasjonene og den kumulerte indikasjonen skal nemnden "ta hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet". Videre sier loven at nemnden skal legge "vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon". Kvinnen skal dermed ha en reell mulighet til å influere på nemndens vedtak (2), og det er grunnlag for å si at valget om abort til en stor grad er selvbestemt også etter 12. uke (3).

Eskild og medarbeidere fra Ullevål sykehus og Statens helsetilsyn viser i dette nummer av Tidsskriftet at det kanskje likevel ikke fungerer slik i praksis (4). Helsetilsynet samlet i 1996 – 97 inn protokoller, journaler og underlagsmateriale for alle begjæringer om svangerskapsavbrudd etter 12. uke fra alle landets abortnemnder. Med utgangspunkt i dette materialet har forfatterne tidligere redegjort for svangerskapsavbrudd som ble innvilget på grunn av fare for alvorlig sykdom hos barnet (5). Nå redegjør de for svangerskapsavbrudd som ble vurdert i forhold til de øvrige indikasjonene (4).

Forfatterne fant at de fleste begjæringene ble begrunnet med kvinnens livssituasjon. Hver femte begjæring ble avslått ved første behandling, og denne andelen var svært avhengig av svangerskapslengde, slik loven forutsetter.

Mer overraskende var den betydelige forskjellen i avslagsandel etter kvinnens bosted. 43 % av kvinner bosatt i Agder og Rogaland fikk avslag, mot 15 % av kvinner bosatt i Oslo, Akershus og Østfold. Justert for svangerskapsvarighet og kvinnens alder var avslagsrisikoen hele åtte ganger så stor for kvinner på Sørvestlandet. Man kan spekulere i at kvinner derfra oftere enn andre har hatt svake begrunnelser for begjæringene. Mer sannsynlig er det at nemndene som behandlet deres begjæringer, som regel nemndene ved sykehusene i Arendal, Kristiansand, Stavanger og Haugesund, i 1996 – 97 praktiserte loven strengere enn landets øvrige nemnder. (Forfatterne viser dessverre ikke avslagsandelene til den enkelte nemnd (4).)

Dette er oppsiktsvekkende etter nemndenes nesten 20 års virksomhet under tilsyn og veiledning fra nettopp Helsetilsynet. Tilliten til nemndene svekkes ytterligere av deres mangelfulle journalføring, som dokumentert i undersøkelsen (4).

Problemene med ulik praktisering av loven og den mangelfulle journalføringen truer rettssikkerheten til de kvinnene som ber om svangerskapsavbrudd. Derfor må problemene løses snarest. Helsetilsynet må intensivere tilsynet med og veiledningen av nemndene. Statistisk sentralbyrå, som fører abortstatistikken, eller Statens helsetilsyn bør flere ganger i året oppdatere på Internett en oversikt over de ulike nemndenes avslagsandeler (gjørne fordelt på begjæringer før og etter 18. svangerskapsuke). Dermed kan Helsetilsynet tidlig gripe inn overfor nemnder med avvikende praksis, og kvinnene kan unngå å fremme sin begjæring for disse nemndene.

Et viktig grunnlag for abortnemndens avgjørelse er det brevet som legen skal sende sammen med begjæringen. Brevet skal omtale relevante forhold i lys av de aktuelle vilkårene i loven. Trolig kan brevene forbedres, og Klinikk for seksuell opplysning i Oslo har publisert en enkel veiledning med disposisjon for slike brev (3).

Undersøkelsen kan føre til ny debatt om abortnemndene og grensen for nemndbehandling. Det er om lag 350 kvinner i året som ber om abort i uke 13 – 17, og 10 – 15 % av dem får avslag (5, 6). Noen vil ha bort nemndbehandlingen i 13. – 17. uke med begrunnelse at nemndenes avgjørelser er vilkårlige og truer kvinnenes rettigheter. Legene i abortnemndene kan ikke bedre enn kvinnen selv avgjøre om fødselen og omsorgen for et nytt barn setter henne i en ”vanskelig livssituasjon”.

Andre vil peke på at bare et nemndsystem kan sikre fosteret et gradert rettsvern og motvirke senaborter. Det skal være vanskeligere å få avbrutt et svangerskap jo lenger det er kommet. Full selvbestemmelse, frykter de, kan føre til at flere kvinner utsetter avgjørelsen til etter 12. uke, eller at det lettere oppstår forsinkelser i sykehusene.

Uansett standpunkt til dagens lovbestemmelser bør vi kunne enes om at kvinners rettssikkerhet vil styrkes av at abortnemndenes virksomhet overvåkes nøye og drøftes åpent.

---

## LITTERATUR

1. Lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd. [www.lovdata.no/all/nl-19750613-050.html](http://www.lovdata.no/all/nl-19750613-050.html)
2. Syse A. Abortloven. Juss og verdier. Oslo: ad Notam Gyldendal, 1993.
3. Aavitsland P. Metodebok 1997 – 98. Oslo. Klinikk for seksuell opplysning, 1996.
4. Eskild A, Nesheim B-I, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. Geografisk variasjon i forekomsten av induserte senaborter i Norge 1996 – 97 Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 24 – 7.
5. Eskild A, Nesheim BI, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. Svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade i Norge 1996 – 97 Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1000 – 3.
6. Stortingsmelding nr. 16 (1995 – 96). Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1995.

---

Publisert: 10. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra [tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no) 11. juli 2026.