
Abort er en medisinsk nødvendighet

LEDER

GANESH ACHARYA

ganesh.acharya@ki.se

Ganesh Acharya er professor og enhetsleder for Enheten for obstetrik og gynekologi ved Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik (CLINTEC) ved Karolinska Institutet, og professor II ved Universitetet i Tromsø –Norges arktiske universitet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt reisehonorar for styremøter i The Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology (NFOG) og honorar som sjefredaktør i Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.

Sårbare kvinners reproduktive helse bør ikke ofres for politisk vinning.

Abort bør være lovlig, tilgjengelig og selvbestemt fordi det er overveldende dokumentasjon på at begrensninger gir utrygge aborter, med dårligere mødre helse og maternelle dødsfall som resultat [\(1\)](#).

Det siste halvåret har nyhetsbildet og sosiale medier vært preget av intens debatt om abort, initiert av politiske utspill. Globalt er det et vidt spenn i abortlovgivning. 26 land, blant annet Malta og El Salvador, har et absolutt forbud. Det tas da ingen hensyn til omstendighetene rundt unnfangelsen (selv ikke om graviditeten er følge av voldtekt eller incest), svangerskapslengde (selv om det er i første trimester), risiko for fosteret eller barnet (selv ved dødelige misdannelser eller risiko for alvorlig funksjonshemming) eller risiko for kvinnen selv (selv om hun kan dø) [\(2\)](#). Land som Irland og Skottland med en konservativ tradisjon der religion står sterkt, har nylig fått mer reproduktiv frihet etter at nye lover har blitt vedtatt [\(3, 4\)](#). Samtidig har det vært en uventet endring i retning av regresjon i England og Norge, utelukkende politisk motivert [\(5, 6\)](#). Det siste fortjener oppmerksomhet og refleksjon.

Kriminalisering av abort eller begrensninger i tilgjengelighet reduserer ikke antall aborter, men fører til flere *utrygge* aborter – spesielt for sårbare grupper som de unge og de med lav sosioøkonomisk status. Liberalisering av abort er vist å øke tryggheten og effektivt redusere mødre dødeligheten. Det kreves

juridiske rammer som sikrer kvinner tilgang til trygg abort. Fullstendig avkriminalisering av abort er likevel ikke oppnådd, selv i velstående land som Storbritannia (5) og USA.

Abortprosedyrene har blitt mye tryggere. Nå foretrekkes medisinsk abort fremfor kirurgisk abort. Aborter kan utføres av spesielt opplært helsepersonell i stedet for leger. De utføres også tidligere i svangerskapet, noe som gjør at kvinner som ønsker det, kan abortere hjemme (7, 8). Internettbaserte telemedisintjenester er i tillegg tilgjengelige og trygge alternativer (9).

Man skal ikke undervurdere sosiopolitiske determinanter for helse, og regjeringen påvirker vår helse gjennom sin politikk. Rudolf Virchow uttalte at «samfunnsvitenskap og politikk er intet annet enn medisin i stor skala» (10). Abortdebatten understreker meningsmangfoldet og de motstridende politiske meninger som finnes i samfunnet. Den handler ikke om evidensbasert praksis, men om ulike sosiopolitiske oppfatninger. Respekt for liv, inkludert det ufødte, bør ikke begrense kvinners rettigheter eller kompromittere deres fysiske eller mentale helse.

Uønskede svangerskap er uunngåelig, selv i land der prevensjon er lett tilgjengelig for alle. Naturligvis bør man arbeide for å få ned tallene, men abort er en medisinsk nødvendighet fordi en nullvisjon for uønskede svangerskap ikke er realistisk. En kvinne bør ha muligheten til å reflektere over sitt forhold til det potensielle livet som vokser i hennes kropp og ta valget som er best for henne, uten å måtte stå til ansvar for noen, miste sin verdighet eller risikere livet. Vi trenger politikere som sammen med medisinsk ekspertise legger til rette for at vi tilbyr trygge aborter i tråd med beste medisinske praksis. Vi trenger ikke politikere som utnytter kvinners reproduktive sårbarhet i en politisk hestehandel for å beholde makten.

LITTERATUR

1. Faúndes A, Shah IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 131 (suppl 1): S56–9. [PubMed] [CrossRef]
2. Singh S, Remez L, Sedgh G et al. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York, NY: Guttmacher Institute, 2018. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf (18.2.2019).
3. Li A. From Ireland to Northern Ireland: campaigns for abortion law. *Lancet* 2018; 391: 2403–4. [PubMed][CrossRef]
4. Lord J, Regan L, Kasliwal A et al. Early medical abortion: best practice now lawful in Scotland and Wales but not available to women in England. *BMJ Sex Reprod Health* 2018; 44: 155–8. [PubMed][CrossRef]
5. Goldbeck-Wood S, Aiken A, Horwell D et al. Criminalised abortion in UK obstructs reflective choice and best care. *BMJ* 2018; 362: k2928. [PubMed] [CrossRef]

6. Goldbek-Wood S, Øian P, Iversen O-E et al. Instrumentalising women's reproductive vulnerability for political gain: where in the world does it stop? *BMJ Opinion* 30.11.2018.
<https://blogs.bmj.com/bmj/2018/11/30/instrumentalising-womens-reproductive-vulnerability-for-political-gain-where-in-the-world-does-it-stop/> (18.2.2019).
7. Cameron S. Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion. *F1000 Res* 2018; 7: F1000 Faculty Rev-1881. [CrossRef]
8. Pay ASD, Aabø RS, Økland I et al. Medical abortions performed by specialists in private practice. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0041. [PubMed][CrossRef]
9. Grossman D, Grindlay K. Safety of medical abortion provided through telemedicine compared with in person. *Obstet Gynecol* 2017; 130: 778–82. [PubMed][CrossRef]
10. Mackenbach JP. Politics is nothing but medicine at a larger scale: reflections on public health's biggest idea. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63: 181–4. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 7. mars 2019. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0148
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.