

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Ny abortlov begrenses av utdatert praksis

Bente Dahl

Professor emerita
Universitetet i Sørøst-Norge

Idun Røseth

Professor
Telemark sykehus og Universitetet i Agder

[medikamentell abort](#)

[Hjemmeabort](#)

[Desentralisert aborttjeneste](#)

[Telemedisin](#)

[No-test-abortion](#)

Sykepleien Forskning 2026;21(109681):e-109681

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2026.109681](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2026.109681)

Den nye abortloven utvider grensene for selvbestemt abort og styrker retten til informasjon og oppfølging. I denne diskusjonsartikkelen viser vi at dagens aborttjenester fortsatt ikke er i tråd med nyere forskning. Unødvendige rutineundersøkelser forsinker tilgangen til abort, informasjon utformes ofte på måter som styrer kvinnen valg, og praksisen for smertelindring varierer.

Introduksjon

Den nye abortloven trådte i kraft 1. juni 2025. Den understreker kvinnens autonomi ved at retten til selvbestemt abort flyttes til utgangen av 18. svangerskapsuke (17 + 6). Videre fastslår loven at kvinnen har rett til informasjon før aborten foretas, samt til oppfølgingssamtaler etter aborten (1).

I denne artikkelen diskuterer vi noen sider ved dagens situasjon for kvinner som velger å gjennomføre en *tidlig medikamentell abort*, altså en abort utført ved hjelp av medikamenter før utgangen av svangerskapsuke 10 (9 + 6).

Slik vi ser det, er det et skritt i riktig retning å innføre en abortlov som i større utstrekning ivaretar kvinners autonomi og valgfrihet. Likevel vil vi hevde at norsk aborttjeneste i liten grad er basert på nyere forskning og ikke er på nivå med praksisen i andre land i og utenfor Norden.

Videre i artikkelen problematiserer vi noen sentrale sider ved dagens praksis. Den første handler om rutinemessig bruk av undersøkelser og tester som vi mener, i tråd med nyere forskning, ikke samsvarer med evidensbasert praksis.

Deretter setter vi søkelyset på kvinners rett til medvirkning samt på dagens praksis for smertelindring og informasjon. Avslutningsvis har vi noen kritiske kommentarer til hvordan dagens aborttjeneste er organisert, herunder kvinners rett til og behov for oppfølging og støtte.

Bakgrunn

I 2024 ble det utført 12 811 svangerskapsavbrudd i Norge. Av alle avbrudd var 95,1 prosent selvbestemte. 82,8 prosent var utført før uke 9. De aller fleste tidlige aborter, 94,6 prosent, ble utført medikamentelt, der mange ble utført i kvinnens hjem. Det er store regionale forskjeller i praksisen med hjemmeabort. Det finnes lite statistikk, men tall fra Helse Nord viser at 62,8 prosent av alle avbrudd innen utgangen av uke 10 ble avsluttet utenfor sykehus i 2024 (2).

Aborttjenesten er i dag lagt til spesialisthelsetjenesten, og tilbudet organiseres ulikt på landsbasis. Vi har ingen nasjonale faglige retningslinjer for abort. Klinikken forholder seg i hovedsak til retningslinjer beskrevet i metodeboken for provosert abort til Norsk gynekologisk forening (3).

Ved flere helseforetak deles ansvaret for undersøkelser og informasjon mellom lege, gynekolog eller LIS-lege og jordmor eller sykepleier. Andre steder praktiseres sykepleierdrevne poliklinikker der ansvaret for informasjon, undersøkelse og behandling er delegert fra legespesialist til sykepleier (4). Så langt har klinikker hatt ulik praksis med prosedyrer for smertelindring under en medikamentell abort.

Det norske abortutvalget foreslo i 2023 at man skulle utrede et tilbud om tidlig abort utenfor sykehus, økt involvering av helsepersonell i kommunehelsetjenesten og muligheten for å gjennomføre abort så tidlig som mulig (5).

I den nye abortloven ble kravet om at aborter må skje på sykehus, fjernet. Det åpnet for muligheten til å gjennomføre abort i kommunehelsetjenesten.

En nyere utredning med høringsfrist i mai 2026 vurderte vilkårene for å kunne tilby tidlig medikamentell hjemmeabort før uke 10 i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Utredningen konkluderte med at et slikt tilbud krever en grundig utredning og derfor trolig ikke vil bli aktuelt med det første (4).

I forkant av utredningen ble det igangsatt et prosjekt i regi av Sex og samfunn for å prøve ut en gjennomføring av tidlig medikamentell abort utenfor sykehus (6). Dette prosjektet har så langt

fått positive tilbakemeldinger fra brukerne, men er i skrivende stund vedtatt avsluttet på bakgrunn av Helsedirektoratets utredning.

Mange land har innført en mer tilgjengelig og desentralisert aborthelsetjeneste med telemedisinske konsultasjoner, *no-test abortion*, det vil si uten rutinemessig ultralyd og gynekologisk undersøkelse, og hjemmeabort frem til svangerskapsuke 12, blant annet Canada, Storbritannia, USA, Frankrike og Australia (7, 8).

Slik vi ser det, bør innføringen av en abortlov som styrker kvinnens autonomi, ikke bare omfatte en utvidet abortgrense. Den bør også innebære at aborttjenesten i praksis er kunnskapsbasert og kvinneorientert. Det vil si at den oppleves som trygg og tilgjengelig for alle kvinner, at den sikrer reell valgfrihet når det gjelder sted og abortmetode, og at den ivaretar kvinners behov for informasjon og støtte.

Vi mener at disse faktorene ikke er godt nok ivare tatt slik den norske aborttjenesten er organisert i dag. Vi kan heller ikke se at Helsedirektoratets utredning har innspill som vil bedre praksisen.

Undersøkelsesregimer og no-test-praksis

Metodeboken presiserer at ultralyd ikke er et krav før en tidlig medikamentell abort gjennomføres (3). Likevel står ultralyd sentralt i diskusjonen om aborttjenesten, og norske sykehus gjennomfører rutinemessig ultralyd, gynekologisk undersøkelse og klamydiatest. Unødvendige og invaderende rutineundersøkelser i en sårbar situasjon kan aktivere skam, og det kan være en stor påkjenning for kvinnen å se fosteret og høre hjertelyden (9).

Praksisen ved sykehusene varierer, men de fleste venter med ultralyd til svangerskapsuke 7, der det er mulig å fastsette en intrauterin graviditet. Kvinner går da uønsket gravid, i noen tilfeller i flere uker, og ofte med plagsomme graviditetssymptomer og stor psykisk belastning (9).

Pilotprosjektet til Sex og samfunn omfatter *very early medication abortion*, abort før uke 7, med fornøyde brukere. Dette samsvarer med funn fra vår forskning, der kvinner etterspør muligheten til å gjennomføre abort så tidlig som mulig, men opplever å måtte vente til uke 7 av hensyn til ultralydpraksis (9).

Røseth og Dahl beskriver at helsepersonell anser rutineundersøkelser som nødvendige for en trygg abort (upubliserte data, 2026). Det kan tyde på begrenset implementering av eller tillit til ny evidens. Samtidig viser flere store internasjonale studier de siste ti årene at no-test tidlig medikamentell hjemmeabort med ultralyd, gynekologisk undersøkelse og klamydiatest *kun på indikasjon* er trygt, effektivt og akseptabelt, og derfor anbefalt av Verdens helseorganisasjon (8, 10, 11).

Abortpraksisen i norske sykehus er dermed ikke fullt ut i samsvar med nyere evidensbasert kunnskap eller Klope valg-prinsippene om å unngå unødvendige undersøkelser (12). Det kan gi unødvendig lang ventetid og en mindre tilgjengelig aborttjeneste for kvinner i Norge.

Informasjon, smertelindring og reell medvirkning

I samsvar med lovverket (13) skal kvinnen informeres om inngrepets art, medisinsk virkning og mulige komplikasjoner. Disse rettighetene innebærer å kunne medvirke i valg av abortmetode – medikamentell eller kirurgisk – og av sted – på sykehus eller hjemme.

Mange kvinner opplever imidlertid at informasjonen er mangelfull eller underkommunisert, særlig når det gjelder smerter og blødning (14), noe som kan gjøre dem usikre og engstelige. Kvinnene rapporterer også om uventede sterke, til dels ekstreme, abortsmerter og utilstrekkelig smertelindring (15).

Fraværet av en nasjonal retningslinje har ført til varierende smertebehandling, der noen sykehus har benyttet opioider, mens andre har vært mer restriktive. Denne praksisen er i endring, og metodeboken anbefaler et smertelindringsregime som nå også omfatter Oxynorm ved hjemmeabort (3).

Røseth og Dahl fant at helsepersonell informerer ulikt om smerte, fra å understreke at sterke smerter kan forventes, til å tone ned en mulig smerte for ikke å gjøre dem bekymret. Samtidig erfarer mange sykepleiere at kvinner ofte har behov for mer smertelindring enn «standardpakken» gir, noe som beskrives som et dilemma (upubliserte data, 2026).

Noen kvinner opplever å få god informasjon og reelle valg om sted og metode ved tidlig medikamentell abort, mens andre opplever at de blir sendt hjem, og at valget om hvor aborten skal foregå, allerede er tatt for dem (9).

En slik praksis kan gi dem en opplevelse av å bli holdt for narr. Den reiser spørsmål om hvorvidt tilbudet om medikamentell hjemmeabort primært er til pasientens beste, eller om det først og fremst er en god løsning for helsevesenet (16).

For enkelte kvinner er imidlertid hjemmeabort viktig, blant annet fordi abort fortsatt kan være forbundet med skam og skyld (9). Da oppleves det bedre å gjennomføre aborten i private omgivelser – noen ganger med en ledsager uten helsefaglig kompetanse til stede, andre ganger alene.

Forskning viser at ikke alle kvinner opplever valg av abortmetode som reelt (16). I den nevnte studien til Røseth og Dahl forteller helsepersonell at kvinner ble forelagt valget om kirurgisk eller medikamentell abort, men at medikamentell abort ofte ble anbefalt som mer «skånsom for kroppen». Hjemmeabort fremstilles som et godt alternativ for kvinner som oppfyller kriteriene. Flere understreker at dersom flere kvinner hadde valgt kirurgisk abort eller å abortere på sykehus, ville det medført kapasitetsproblemer for avdelingene.

Oppfølging, støtte og tjenestestruktur

Behovet for oppfølging ved tidlig abort varierer. Mange kvinner savner oppfølging underveis eller i etterkant, og flere beskriver en høy terskel for å kontakte sykehuset samt usikkerhet om

hva som er normalt eller ei (14). Flere beskriver en opplevelse av samlebånd der det i liten grad er tid eller rom for usikkerhet, men der det forventes at valget allerede er tatt (16).

Helsepersonell anbefaler ofte kontakt med Amatheia ved behov for veiledning. Organisasjonen gir årlig råd og støtte til mellom 5000 og 7000 kvinner i forbindelse med abort, både fysisk og på telefon eller chat. Samtidig som helsepersonell ofte henviser dit, er organisasjonens offentlige støtte blitt redusert, noe som har ført til nedleggelse av kontorer og redusert tilgjengelighet (17).

Den nye abortloven presiserer at kvinner har krav på konsultasjoner før og etter aborten (1). Helsedirektoratet vektlegger at tjenesten bør ha et sammenhengende pasientforløp uten unødvendig ventetid, med god informasjon og involvering (4).

Det foreslås imidlertid at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ha ansvaret for selve aborten, mens primærhelsetjenestens rolle begrenses til å bistå med å fremme krav om abort, tilby oppfølgingssamtaler, prevensjonsveiledning og psykisk helseoppfølging etter aborten. På denne måten vil tjenesten fragmenteres.

Når aborttjenesten i Norge skal endres, synes vi det er fornuftig å utforske aborttjenesten i andre sammenliknbare liberale land, som Storbritannia og Canada. I disse landene er aborttjenesten lagt til primærhelsetjenesten, der både fastleger og sykepleiere tilbyr medikamentell abort. No-test-abort er vanlig i tillegg til abort via telemedisin.

Konklusjon

Aborttjenesten i Norge er ikke i tråd med internasjonal forskning og beste praksis. Muligheten for kvinner til å ta informerte valg bør styrkes. Nasjonale prosedyrer for å sikre en rettferdig tjeneste uavhengig av bosted bør vurderes innført, inkludert en revisjon av rutiner der ultralyd og gynekologisk undersøkelse inngår som et standardkrav.

Lovverket åpner nå for tidlig medikamentell hjemmeabort i kommunehelsetjenesten. Internasjonal forskning og praksis kan bidra med kunnskap om hvordan denne overgangen kan løses.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



INFORMERES ULIKT: Kvinner har rett til å kunne medvirke i valg av abortmetode og sted, men mange opplever at informasjonen er mangelfull eller underkommunisert. *Illustrasjonsfoto: fizkes / Shutterstock / NTB*

1. Lov om abort (abortloven). LOV-2024-12-20-96 [hentet 11. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2024-12-20-96>
2. Løkeland M, Heiberg-Andersen R, Akerkar R, Berg AT, Askeland OM, Hornæs M, et al. Rapport om svangerskapsavbrot 2024. Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret) [internett]. Bergen: Folkehelseinstituttet; 2025 [hentet 21. september 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/contentassets/fb492ffbc1774015b07bf73624969042/rapport-om-svangerskapsavbrot-2024.pdf>
3. Løkeland M, Hermanrud MS, Kløkstad S, Oppegaard KS. Provosert abort (2026) [internett]. Oslo: Norsk gynekologisk forening; 2026 [oppdatert 22. februar 2026; hentet 11. mai 2026]. Tilgjengelig fra: [https://metodebok.no/emne/pKRcKuBs/provosert-abortion-\(2026\)/veieder-gynekologi-\(ngf\)](https://metodebok.no/emne/pKRcKuBs/provosert-abortion-(2026)/veieder-gynekologi-(ngf)).
4. Helsedirektoratet. Tidlig medisinsk hjemmeabort i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: svar på oppdrag til Helsedirektoratet: TB2025-23 Utredning om forutsetninger for medikamentell abort utenfor sykehus [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2025 [hentet 11. mai 2026]. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/horinger/tidlig-medisinsk-hjemmeabort-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene/_/attachment/inline/d496e0d5-2611-4ef5-bc1c-6f8bdd92fa58:4d50feb7ebecb07179360347f5cc76d5958d7630/301225%20Rapport%20Abort

5. NOU 2023: 29. Abort i Norge: ny lov og bedre tjenester [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon; 2023 [hentet 11. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a61baf6ed624062ab7ab20b16114249/no/pdfs/nou>
6. Sex og samfunn. Mener Helsedirektoratet overser behovet til abortpasientene [internett]. Oslo: Sex og samfunn; 19. februar 2026 [hentet 11. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://sexogsamfunn.no/2026/mener-helsedirektoratet-overser-behovet-til-abortpasientene/>
7. Aiken ARA, Romanova EP, Morber JR, Gomperts R. Safety and effectiveness of self-managed medication abortion provided using online telemedicine in the United States: a population based study. Lancet Reg Health Am. 2022;10:100200. DOI: [10.1016/j.lana.2022.100200](https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100200)
8. Pearlman Shapiro M, Dethier D, Kahili-Heede M, Kaneshiro B. No-test medication abortion: a systematic review. Obstet Gynecol. 2023;141(1):23–34. DOI: [10.1097/AOG.0000000000005016](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005016)
9. Røseth I, Sommerseth E, Lyberg A, Sandvik BM, Dahl B. No one needs to know! Medical abortion: secrecy, shame, and emotional distancing. Health Care Women Int. 2024;45(1):67–85. DOI: [10.1080/07399332.2022.2090565](https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2090565)
10. Duncan CI, Reynolds-Wright JJ, Cameron ST. Utility of a routine ultrasound for detection of ectopic pregnancies among women requesting abortion: a retrospective review. BMJ Sex Reprod Health. 2022;48(1):22–7. DOI: [10.1136/bmj.srh-2020-200888](https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2020-200888)
11. Verdens helseorganisasjon (WHO). Abortion care guideline [internett]. Genève: WHO; 2022 [hentet 11. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
12. Furlan L, Di Francesco P, Costantino G, Montano N. Choosing wisely in clinical practice: embracing critical thinking, striving for safer care. J Intern Med. 2022;291(4):397–407. DOI: [10.1111/joim.13472](https://doi.org/10.1111/joim.13472)
13. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63 [hentet 11. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
14. Aamlid IB, Dahl B, Sommerseth E. Women's experiences with information before medical abortion at home, support during the process and follow-up procedures – a qualitative study. Sex Reprod Healthc. 2021;27:100582. DOI: [10.1016/j.srhc.2020.100582](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100582)
15. Røseth I, Lyberg A, Sommerseth E, Sandvik BM, Dahl B. «Out of this world»: Norwegian women's experiences of medical abortion pain. J Multidiscip Healthc. 2023;16:889–98. DOI: [10.2147/JMDH.S399209](https://doi.org/10.2147/JMDH.S399209)

16. Sommerseth E, Sandvik BM, Dahl B, Røseth I, Lyberg A. Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. Sykepleien Forsk. 2022;17(89883):e-89883. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2022.89883](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883)
17. Ytre-Eide M, Skifjeld A. Vil kutte støtten til gratis abortveiledning: – Dette er et kjempebehov for kvinner [internett]. Oslo: NRK; 21. oktober 2025 [hentet 11. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/foreslar-a-kutte-stotten-til-gratis-abortveiledning-1.17619479>