

Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse



RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 1/2005

JANUAR
2005

Rapport fra Helsetilsynet 1/2005
Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004

Januar 2005

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne publikasjonen finnes elektronisk på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Trykk og elektronisk versjon: Lobo Media AS

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

| | |
|---|-----------|
| 1 Sammendrag | 4 |
| 2 Innledning | 5 |
| 3 Regelverk | 6 |
| 3.1 Svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke | 6 |
| 3.2 Aktuelle bestemmelser om oppnevning og sammensetning av abortnemndene | 7 |
| 4 Metode og tema | 8 |
| 5 Funn og vurderinger | 10 |
| 5.1 Abortstatistikken | 10 |
| 5.2 Abortnemndenes sammensetning og oppnevning | 11 |
| 5.3 Saksbehandlingsrutiner ved svangerskapsavbrudd | 12 |
| 5.4 Funn ved dokumentgjennomgangen og verifikasjoner | 13 |
| 6 Konklusjon | 14 |
| 7 Referanser | 15 |
| 8 English summary: Summary of Supervision of the Composition and Activities of the Norwegian Abortion Boards in 2004 | 16 |

1 Sammendrag

I 2004 gjennomførte Statens helsetilsyn landsdekkende tilsyn med abortnemndenes sammensetning og behandlinger av abortsøknader i 2003.

Erfaringene fra tilsynet bør brukes til forbedring, både lokalt og nasjonalt.

Bakgrunnen for tilsynet var påviste geografiske forskjeller i nemndvedtak i tidligere undersøkelser. Uensartede nemndvurderinger er også kommet til uttrykk på de årlige nasjonale konferanser for abortnemndenes medlemmer. Abortstatistikken gir ikke noe entydig svar på om sykehusenes abortnemnder oppfyller kravene i regelverket ved behandling av abortsøknader.

Tilsynet har omfattet kartlegginger av abortnemndenes sammensetning, verifikasjoner av saksgangen og vurderinger av relevante saksdokumenter fra et utvalg abortnemnder. Tilsynet har også omfattet de regionale klagenemndene hvor samtlige saksdokumentene er gjennomgått. Tilsynet har hatt spesiell fokus på nemndbehandling av abortbegjæringer på grunnlag av kvinnens helse og/eller sosiale årsaker.

Tilsynet avdekket ikke avvik fra gjeldende regelverk verken i primærnemndene eller i de regionale klagenemndene. Tilsynet viste imidlertid at det i en del saker var registrert så få opplysninger at det ikke var mulig å etterprøve om nemndens grunnlag for vedtaket samsvarte med kvinnens begrunnelse. Noen vedtak viste likevel at nemndene utøver de skjønnsmessige vurderinger ulikt. Sammenlignbare forhold resulterte i avslag i en nemnd og innvilgelse i en annen. Tilsynet konkluderte med at dagens nemndordning ikke utelukker at innslag av ikke etterprøvbare subjektive faktorer, kan gjøre vedtakene uforutsigbare. Dette kan svekke den abortsøkendes rettssikkerhet.

2 Innledning

Formålet med det særskilte tilsyn med abortnemndenes sammensetning og virksomhet har vært å vurdere om de abortsøkendes rettigheter blir ivaretatt i henhold til abortlovens bestemmelser og intensjon.

Erfaringene fra de årlige abortnemndkonferansene har gitt indikasjoner om at sykehusenes abortnemnder kan ha uensartet praksis for vurdering av abortbegjæringer. Undersøkelser om nemndbehandlede svangerskapsavbrudd (1,2,3) har påvist geografiske forskjeller i utfall av nemndvedtakene. Uensartet praksis kan svekke de abortsøkendes rettssikkerhet. På denne bakgrunn bestemte Helsedepartementet at Statens helsetilsyn skulle gjennomføre et særskilt tilsyn med abortnemndenes sammensetning og virksomhet.

Tilsynet ble gjennomført av et revisjonsteam med ansatte ved Statens helsetilsyn. Teamet har bestått av helsefaglig og juridisk kompetanse ved henholdsvis seniorrådgiver Kristina Totlandsdal og rådgiver Hanne Knudsen. I tillegg var seniorrådgiver Gunnstein Sundene tilknyttet gruppen for å bistå med innsamling av data og statistisk bearbeiding. Seniorrådgiver Ellisiv Hegna, Helsetilsynet i Buskerud og assisterende fylkeslege Toril Hagerup-Jenssen, Helsetilsynet i Vest-Agder, bistod revisjonsteamet i planleggingsfasen og fungerte senere som referansegruppe.

3 Regelverk

Reglene om svangerskapsavbrudd er gitt i lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abortloven) og i forskrift om svangerskapsavbrudd av 15. juni 2001 (abortforskriften) (4,5).

Det følger av abortforskriften § 11 at alle sykehus og institusjoner som utfører svangerskapsavbrudd skal ha etablert minst en abortnemnd. Alle begjæringer om svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke skal fremmes for abortnemnd som avgjør hvorvidt aborten skal utføres. Primærnemndas vedtak om avslag utløser en automatisk klageordning. De regionale klagenemndene ved landets fem universitetssykehus behandler de påklagede avslag. Regler om oppnevning av nemndmedlemmer og nemndenes sammensetning fremgår fra abortforskriften §§ 11 og 12.

3.1 Svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke

Siden 1978 har kvinner i Norge selv kunnet bestemme om de vil avbryte svangerskapet i løpet av de 12 første ukene. Etter 12. svangerskapsuke må kvinnen søke en abortnemnd som kan innvilge svangerskapsavbrudd på bestemte vilkår, jf. abortloven § 2 tredje ledd. Abortnemnden avgjør hvorvidt det foreligger vilkår for å innvilge abort etter de alternative vilkårene i § 2 tredje ledd. I henhold til bestemmelsen kan svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. uke bare skje når:

- a. svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse
- 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 arvelig anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet
- d. graviditet som følge av incest, seksuelle overgrep, voldtekt
- e. kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad

Ved vurdering av søknad om svangerskapsavbrudd skal nemnda legge vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer situasjonen. Dette innebærer at hun skal gis en reell mulighet til å influere på avgjørelsen i nemnda ved at det blir tatt hensyn til hennes synspunkter og vurderinger. Selv om hver enkel indikasjon alene ikke ville gitt grunnlag for svangerskapsavbrudd, kan kvinnen likevel få innvilget abort dersom flere vilkår spiller sammen.

I tillegg skal det etter § 2 fjerde ledd ved vurderingen av begjæring om svangerskapsavbrudd tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes mulighet til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet. Nemnda skal i samråd med kvinnen vurdere om ett eller flere vilkår for svangerskapsavbrudd er til stede.

Kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskapets varighet. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det. Er det etter 22. svangerskapsuke grunn til å anta at fosteret er levedyktig

utenfor livmoren kan avbrudd bare tillates hvis det er overhengende fare for kvinnens liv og helse.

3.2 Aktuelle bestemmelser om oppnevning og sammensetning av abortnemndene

I abortforskriften § 11 er det gitt regler om oppnevning og sammensetning av primærnemnd.

- Det skal være minst en primærnemnd bestående av to leger ved sykehus eller institusjoner der svangerskapsavbrudd foretas
- Det ene medlem skal være lege ved den avdeling hvor svangerskapsavbruddet foretas
- Det andre medlemmet oppnevnes av fylkesmannen og må ikke være tilsatt ved den avdeling hvor svangerskapsavbruddet foretas
- Minst et av medlemmene bør være kvinne
- Det skal oppnevnes varamedlemmer med tilsvarende kvalifikasjoner
- Leger som av samvittighetsgrunner er fritatt fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd kan ikke sitte i nemnda

Reglene om oppnevning av et tredje medlem ved klagebehandling følger av abortforskriften § 12.

- Fylkesmannen oppnevner et tredje medlem som skal tiltre den nemnd som skal behandle klagen. Vedkommende bør fortrinnsvis være jurist
- Medlemmene i klagenemnda må ikke ha behandlet begjæringen i primærnemnd.
- I klagenemnda skal det være minst en kvinne
- Helsepersonell som av samvittighetsgrunner er fritatt fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd etter § 15, kan ikke sitte i klagenemnda

4 Metode og tema

Det ble utført tilsyn med primærnemndene ved 17 av de 42 sykehusene som utfører abortinngrep. Det ble gjennomført stedlig tilsyn ved gynekologisk avdeling/poliklinikk ved fire av landets fem universitetssykehus. Bakgrunnen for dette var at det ved disse sykehusene er regionale klagenemnder i tillegg til primærnemnder. Den regionale klagenemnden ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) behandlet ikke klagesaker i 2003, og dette sykehuset ble derfor ikke besøkt. De øvrige 13 sykehusene ble bedt om å sende inn dokumentasjon om behandling av abortsøknader i 2003.

Tilsynet ble gjennomført ved kartlegginger, granskning av dokumenter, ved intervju av involvert personell og gjennom verifikasjoner. Verifikasjoner er stikkprøver for å undersøke om prosedyrer, instruksjoner og rutiner blir fulgt i praksis.

De regionale helseforetakene ble bedt om å gi en oversikt over hvilke sykehus som utfører svangerskapsavbrudd. De ble også bedt om å gi oversikter over personell ved det enkelte sykehus som var fritatt fra å utføre eller assistere ved abortinngrep.

Opplysninger om oppnevning og sammensetning av abortnemndene i 2003 ble innhentet fra Helsetilsynet i fylkene.

Tilsynet med primærnemndene omfattet 13 sykehus. Disse sykehus ble bedt om å sende inn dokumentasjon om behandling av abortsøknader i 2003.

Aktuell dokumentasjon som ble etterspurt var: kopier av journal/protokoll for primærnemndens behandling av begjæring om svangerskapsavbrudd (Skjema IK-1143), all relevant dokumentasjon om nemnd-

behandlingen i fritekst, for eksempel kopier av dokumentasjon om abortinngrep fra pasientjournalen og/eller opplysninger fra løse notatark med begrunnelse for vedtak etter abortloven § 2 tredje ledd a, b og kombinasjoner av disse. Personidentifiserbare dokumenter ble bedt aidentifisert før oversendelse til Statens helsetilsyn. Det ble også bedt om relevant informasjonsmaterieell om svangerskapsavbrudd som opplysningsbrosjyrer, pasientinformasjon, brevmaler for nemndens vedtak, instruksjoner, prosedyrer og retningslinjer vedrørende saksbehandlingsprosessen.

På bakgrunn av innhentet materieell ble det kartlagt:

1. Hvilke helseforetak/institusjoner som utførte svangerskapsavbrudd
2. Antall nemndbehandlede søknader om svangerskapsavbrudd ved de enkelte sykehus
3. Om helsepersonell som av samvittighetsgrunner var fritatt fra å utføre eller assistere ved abortinngrep i 2003 var medlem av en abortnemnd
4. Andel saker behandlet av klagenemndene ved universitetssykehusene i 2003
5. Saksbehandlingsprosessen ved klagenemndbehandling ved universitetssykehusene.

Ved dette tilsyn har Statens helsetilsyn gjennomgått dokumenter i 228 saker på grunn av sosiale og/eller helsemessige årsaker behandlet av primærnemnd ved 17 sykehus (SSB-data om abortnemndbehandlingene i 2003). Sakene fordeler seg mellom 198

innvilgede og 30 avslåtte søknader. I tillegg ble saksdokumentene fra 25 klagesaker som ble behandlet av de regionale klagenemndene gjennomgått.

Tabell 1
Behandlede abortsøknader ved 17 sykehus

| Helse-region | Helseforetak | Innvilgede § 2 a,b saker primærnemnd | Avslåtte saker primærnemnd | Klagesaker/ avslått i klagenemnd | Gjennomsnittlig behandlingstid Antall dager |
|-------------------------|--|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|---|
| Helse Øst | Ullevål Universitetssykehus | 48 | 7 | 1/1 | 4 |
| | Akershus Universitetssykehus | 25 | 0 | 0 | 6 |
| | Sykehuset Innlandet (Elverum-Hamar) | 7 | 4 | | 7 |
| Helse Sør | Rikshospitalet | 2 | 0 | 18/12 | 3 |
| | Sykehuset i Vestfold (Tønsberg) | 18 | 2 | | 3 |
| | Sørlandet sykehus (Arendal) | 5 | 0 | | 4 |
| Helse Vest | Helse Bergen (Haukeland Universitetssykehus) | 33 | 4 | 3/2 | 6 |
| | Helse Stavanger (Sentralsykehuset i Rogaland) | 15 | 3 | | 5 |
| | Helse Førde (Førde Sentralsykehus) | 2 | 0 | | 3 |
| Helse Midt-Norge | St. Olavs Hospital | 21 | 7 | 3/3 | 7 |
| | Helse Nordmøre og Romsdal (Molde-Kristiansund) | 4 | 2 | | 9 |
| | Helse Nord-Trøndelag (Orkdal sanitetssykehus) | * | 1 | | 4 |
| Helse Nord | Universitetssykehuset Nord-Norge | 10 | 0 | 0 | 5 |
| | Nordlandssykehuset (Bodø) | 6 | 0 | | 5 |
| | Helse Finnmark (Kirkenes sykehus) | 2 | 0 | | 10 |
| Totalt | | 198 | 30 | 25/18** | 5 |

*Opplysninger mangler

**I 2003 ble det behandlet en klagesak ved Haugesund sjukehus. Søknaden ble avslått.

Tabellen viser antall innvilgede søknader etter § 2 tredje ledd bokstav a og/eller b, og avslåtte saker i primærnemnd, saker behandlet i de regionale klagenemndene, herav avslåtte og gjennomsnittlig behandlingstid i dager fra mottatt søknad til fattet vedtak. Alle saksdokumentene i disse sakene ble inkludert i tilsynet, og grunnlaget for abortnemndas vurderinger og vedtak verifisert. Tilsynet har vært konsentrert om de tallmessig hyppigst forekommende vilkår for svangerskapsavbrudd etter utgangen 12. svangerskapsuke, og kombinasjoner av disse, nemlig:

- når svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse (abortloven § 2 tredje ledd bokstav a)
- når svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon (abortloven § 2 tredje ledd bokstav b).

5 Funn og vurderinger

Tilsynets vurderinger har konsentrert seg om følgende problemstillinger:

- Datakvalitet i abortstatistikken
- Om abortnemndenes sammensetning var i tråd med regelverkets bestemmelser
- Om kriteriene for behandling av begjæringer om svangerskapsavbrudd etter 12. svangerskapsuke ved de aktuelle sykehusene var kjent og fulgt
- Om abortnemndenes vedtak var i samsvar med regelverkskrav og de abortsøkendes rettigheter.

5.1 Abortstatistikken

Alle sykehus som utfører svangerskapsavbrudd skal hvert kvartal sende aidentifiserte meldinger om behandlede begjæringer om svangerskapsavbrudd til fylkesmannen. Fylkesmannen sender meldingene etter kvalitetssikring videre til Statistisk sentralbyrå (SSB). I tillegg skal sykehusene fortløpende sende opplysninger om alle behandlede begjæringer etter utgangen av 12. svangerskapsuke til Folkehelseinstituttets avdeling for Medisinsk fødselsregister (MFR).

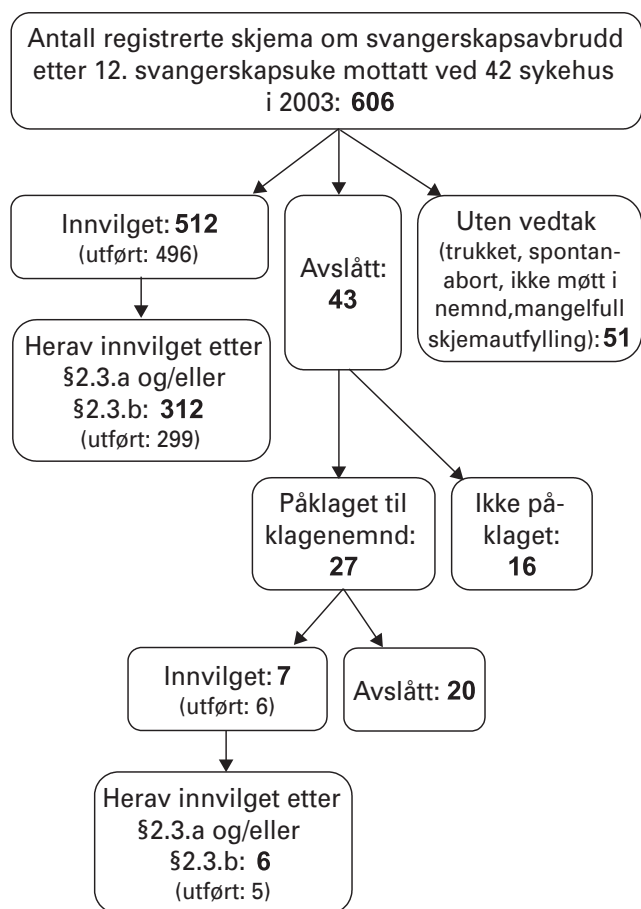
I dag håndteres melding, innsamling, registrering og statistikk om svangerskapsavbrudd av flere instanser. Det er uklare ansvarlinjer, dataflyten er lite rasjonell og det utføres overlappende registrerings- og kontrollopgaver. Systemet er utsatt for meldesvikt og dårlig datakvalitet.

Statens helsetilsyn har innhentet datasett for nemndbehandlingene i 2003 fra både SSB og MFR. Ideelt sett skulle disse datasettene gi

identisk statistikk, men dette er ikke tilfelle. Eksempelvis er det ca 20 % diskrepans i registreringene av opplysningene om kvinnens fødselsår, bostedsfylke og dato for utført inngrep.

Statens helsetilsyn har tilskrevet Folkehelseinstituttet, som er databehandlingsansvarlig for både SSB- og MFR-statistikken om dette forholdet. Foreløpig tilbakemelding understreker betydningen av å få gjennomført Helse- og omsorgsdepartementets planer for forenkling av dagens melde- og registreringspraksis og koordinert registerdrift fra statistikkåret 2006.

Figuren på neste side er laget på basis av motatte SSB-data om abortnemndbehandlingene i 2003.



Figur 1. Saksgang for abortsøknader i 2003.

Figuren over viser bl.a.:

- Ca 5 av 6 saker som fremmes for primærnemnd innvilges
- Av den gjenværende sjettedelen av primærnemnd-sakene er det snautt halvparten som avslås (43). De gjenværende (51) er enten trukket, skyldes spontanabort, ikke møtt i nemnd, ikke gravid og andre årsaker, bl.a. unøyaktig skjemautfylling
- Tre av fem innvilgete begjæringer i primærnemnd og nesten alle i klagenemnd begrunnes med kvinnens medisinske tilstand (§2.3.a) og/eller sosiale forhold (§2.3.b) Avslåtte begjæringer begrunnes ikke
- Om lag 60 % (27 av 43) av avslagene i primærnemnd går videre til klagenemnd
- Om lag en fjerdedel (7 av 27) av de som får avslag i primærnemnd og går videre til klagenemnd, får sin begjæring innvilget av klagenemnda.

Flest abortsøknader ble behandlet av primærnemnd ved Ullevål universitetssykehus med 96 saker, primærnemnden ved St. Olavs sykehus behandlet 72 saker, ved Rikshospitalet 55 saker, ved Haukeland universitetssykehus 59 saker og primærnemnden ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) hadde behandlet 21 saker. Alle søknadene behandlet av primærnemnd ved UNN var innvilget. En rekke mindre sykehus hadde i 2003 bare behandlet et fåtall saker.

5.2 Abortnemndenes sammensetning og oppnevning

Oversikter over abortnemndenes sammensetning, sammenholdt med oversikter over helsepersonell som i 2003 av samvittighetsgrunner var fritatt fra å utføre eller assistere ved abortingrep, viste at personell som hadde reservert seg ikke var medlem i en abortnemnd. Denne verifikasjonen ble ansett nødvendig for å følge opp erfaringer ved et tidligere tilsyn med abortlovens praktisering. Det ble da avdekket tilfeller der personell som hadde reservert seg var registrert som medlem i abortnemnd.

Oversiktene over abortnemndenes sammensetning, viser at flere abortnemnder var registrert med opptil 3 vararepresentanter for det faste nemndsmedlemmet som oppnevnes av fylkesmannen. Da behandling av søknader om svangerskapsavbrudd etter 12. uke vanligvis er hastesaker, må abortnemnda innkalles på kort varsel. Å ha en "pool" med flere reserver for det eksterne nemndsmedlemmet kan derfor forklares av effektivitetsmessige årsaker. På den andre siden er Statens helsetilsyn bekymret for at nemndsmedlemmer som sjelden får anledning til å vurdere de problemstillingene en søknad om senabort innebærer, ikke får det nødvendige erfaringsgrunnlaget som kan bidra til å sikre en mest mulig ensartet behandling.

Oversikten viste en del tilfeller der abortnemndas leder og dens stedfortredere, dvs. overlegen ved aktuell gynekologisk avdeling/poliklinikk, var oppnevnt av fylkesmannen. Fylkesmannen har kun oppnevningensansvaret for det medlemmet som ikke arbeider ved den avdeling hvor svangerskapsavbrudd utføres. Statens helsetilsyn mener at dette kan føre til misforståelser om hvem som er ansvarlig for oppnevningen, og vil derfor kontakte de fylkesmennene der dette var tilfellet.

Bestemmelsen om at det i primærnemnden bør være minst en kvinne, var oppfylt i de innhentede oversiktene. Likevel viste gjennomgangen av abortprotokollene (der abortnemndas medlemmer som har behandlet søknaden skal underskrive), flere tilfeller der navn og underskrifter avdekket at aktuell nemnd bare hadde bestått av mannlige leger. Da behandling av søknader om svangerskapsavbrudd etter 12. uke vanligvis er hastesaker, må abortnemnda innkalles på kort varsel. Det vil derfor i praksis ikke alltid være mulig å sikre at det kvinnelige nemndsmedlemmet kan delta i alle nemndssaker. Det bør imidlertid tilstrebes å oppnevne flere kvinnelige vararepresentanter for å sikre intensjonen om at det ene nemndsmedlemmet bør være kvinne. Dette er også vesentlig i et kjønnsperspektiv.

Nemndmedlemmene hadde en gjennomsnittlig fartstid i nemnd på 5 år. Vi har imidlertid ikke kunnskap om antallet saker det enkelte nemndsmedlemmet har vært med å vurdere.

I de fleste nemndene var det medlemmet som ikke arbeidet ved den avdeling hvor svangerskapet ble utført, lege fra primærhelsetjenesten.

Lovkravene på disse punktene må anses å være oppfylt, men det bør tilstrebes å oppnevne flere kvinnelige varamedlemmer for å sikre lovens intensjon.

De regionale klagenemndene består av tre medlemmer og i henhold til abortforskriften bør klagenemndas tredje medlem være jurist. Formålet med jurist i klagenemnda er ønsket om å oppnå en mer ensartet praktisering av regelverket. Bare i en av landets fem klagenemnder var jurist oppnevnt som det faste tredje medlemmet. I de andre klagenemndene var helsesøster eller sosionom oppnevnt, og jurist var varamedlem i to av de fem klagenemndene.

Abortlovens krav på dette punkt anses således oppfylt. Imidlertid finner Statens helsetilsyn grunn til å påpeke at det bør tilstrebes å oppnevne flere jurister for å sikre lovens intensjon.

5.3 Saksbehandlingsrutiner ved svangerskapsavbrudd

Statens helsetilsyn har merket seg at det praktiske ansvaret for arbeidet rundt behandling av abortsøknader ved de fleste sykehus er basert på samhandling og kommunikasjon mellom sykepleiere, leger ved gynekologisk avdeling/poliklinikk og kontorpersoneell. Det følges faste rutiner for samhandlingen. Saksbehandlingsrutinene var ikke nedfelt i skriftlige prosedyrer ved alle sykehus. Uformelle praktiske arbeidsordninger og mangel på oppdaterte skriftlige prosedyrer kan føre til uklarheter når det gjelder organisering og ansvar, og kan gjøre behandlingssystemet sårbar for svikt. Statens helsetilsyn påpeker derfor at de sykehusene som per dato ikke har nedfelt sine rutiner i oppdaterte skriftlige prosedyrer bør utarbeide slike, og i disse definere ansvar og roller for personeell som er involvert i saksbehandlingsprosessen.

Ved mange sykehus forelå det retningslinjer for å ivareta sykehusets meldeplikt om avsluttede svangerskap til fylkesmannen og Folkehelseinstituttets avdeling for Medisinsk fødselsregister. Verifikasjoner avdekket imidlertid en del tilfeller hvor abortprotokollen (IK-1143) var mangelfullt eller unøyaktig utfylt. Det gjaldt særlig data om svangerskapets varighet, manglende indikasjon eller feilaktig indikasjon for innvilget søknad. I noen tilfeller var utgått skjema-versjon brukt. Statens helsetilsyn finner at abortlovens meldeplikt overholdes, men kvaliteten på meldingene er for dårlig ved

flere sykehus. Feil bruk av skjema, og manglende og/eller unøyaktige opplysninger svekker datakvaliteten i den nasjonale abortstatistikken.

5.4 Funn ved dokumentgjennomgangen og verifikasjoner

Nemnda skal legge vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer situasjonen. Dette innebærer at hun skal gis en reell mulighet til å influere på avgjørelsen i nemnda ved at det blir tatt hensyn til hennes synspunkter og vurderinger.

Statens helsetilsyn har etterprøvd aktuelle begrunnelser for nemndvedtakene på bakgrunn av tilgjengelig dokumentasjon i sakene. Det må imidlertid tas forbehold om at det kan ha fremkommet opplysninger i møtet mellom den abortsøkende og abortnemndas medlemmer som har vært utslagsgivende for vedtaket, men som ikke klart fremgikk av sakens dokumenter. Dette ble det opplyst om i samtalen mellom revisjonstemaet og ansvarlig lege ved sykehusavdelingen.

I en del tilfeller inneholdt saksdokumentene få opplysninger om den abortsøkendes livssituasjon og begrunnelse for søknaden. Det var i disse tilfellene ikke mulig å vurdere om nemndas grunnlag for vedtaket samsvarte med kvinnens begrunnelser.

De avslåtte abortsøknadene viste at nemndene gjennomgående hadde en konsistent praksis for behandling av søknader rundt og etter utgangen av 18. uke av svangerskapet. Med få unntak ble alle søknadene rundt 18. svangerskapsuke av sosiale årsaker konsekvent avslått med begrunnelsen "for langt kommet svangerskap", eller "ikke tungtveiende grunner". Dette kan sies å være i tråd med abortlovens ordlyd i § 2 sjette ledd: "Etter utgangen av attende uke av svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det". De fleste søknader rundt 12., 13., 14. og 15. uke i svangerskapet ble innvilget. Likevel forekom det også enkelte avslag. Dokumentasjonen i flere av disse sakene var sparsom. Ved gjennomgangen fant tilsynet sammenlignbare grunner for å søke om abort som ble innvilget i en abortnemnd, men avslått i en annen. På grunn av den sparsommelige dokumentasjonen var det ikke mulig å finne nærmere begrunnelse for dette. Disse ulike nemndavgjørelsene avspeiler at det ligger en stor grad av skjønn i

den enkelte nemnd som det ikke er mulig å vurdere i ettertid.

Ved tre av de 17 sykehus i utvalget var dokumentasjonen så sparsommelig at Statens helsetilsyn har funnet grunnlag for å følge dette opp særskilt. Ved disse sykehus ble kun de meldepliktige summariske opplysninger om behandlingen av søknaden registrert på blankett IK-1143 (Standardisert journal og protokoll for svangerskapsavbrudd). Ved disse sykehusene var det ikke mulig å etterprøve begrunnelsene for nemndvedtakene.

Dokumentgranskningen ved tilsynet med abortnemndenes saksbehandling avdekket at nemndene, spesielt i behandling av søknader på sosial indikasjon, må forholde seg til en meget sammensatt virkelighet. Utøvelse av skjønn er sentralt i denne prosessen. Vurderingene er etter gjeldende regelverk tillagt leger som sentrale medlemmer i en abortnemnd. Vedtakene skal fattes på grunnlag av en avveining mellom abortlovens skjerpede krav i forhold til svangerskapets varighet, og vesentlig vektlegging av kvinnens egen vurdering av sine forutsetninger og livssituasjon. Formelle krav om begrunnelse for nemndas vedtak ble formulert i henhold til gjeldende regler, for eksempel: "ikke alvorlig nok grunner", "svangerskapet har kommet for langt i forhold til lovens krav" ved avslag, og motsatt formulert ved innvilgelser. Tilsynet har vist at abortnemndenes dokumentasjonspraksis har et forbedringspotensiale. En mer fullstendig dokumentasjonspraksis, som tydelig gjenspeiler bakgrunnen for abortsøknaden og en klarere formulering av abortnemndens begrunnelse for vedtakene, vil i større grad sikre etterprøvbarehet.

6 Konklusjon

Statens helsetilsyn avdekket ikke avvik fra gjeldende regelverk verken i primærnemndene eller i de regionale klagenemndene. Noen vedtak viser likevel at nemndene utøver de skjønsmessige vurderinger ulikt. Sammenliknbare forhold resulterte i avslag i en nemnd og innvilgelse i en annen, uten at det kunne påpekes regelverksbrudd. Statens helsetilsyn konstaterer på denne bakgrunn at dagens nemndordning ikke utelukker at innslag av ikke etterprøvbare, subjektive faktorer, kan gjøre nemndvedtak uforutsigbare.

Forskjellene i datasettene fra MFR og SSB indikerer at abortstatistikken ikke holder tilfredsstillende kvalitet.

Erfaringene fra tilsynet forsettes brukt til kvalitetsforbedring, både lokalt og nasjonalt.

7 Referanser

1. St. meld. nr. 16 (1995-96) Erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv., kap 4.
2. Eskild A, Nesheim BI, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. Svangerskapsavbrudd på grunn av fosterskade i Norge, 1996-97. Tidsskr Nor Lægeforen 2000;(9):1000-3.
3. Eskild A, Nesheim BI, Berglund T, Totlandsdal JK, Andresen JF. Geografisk variasjon i forekomsten av induuerte senaborter i Norge 1996-97. Tidsskr Nor Lægeforen 2001;121(1):24-7.
4. Lov om svangerskapsavbrudd av 13. juni 1975 nr. 50 (abortloven).
5. Forskrift om svangerskapsavbrudd av 15. juni 2001 (abortforskriften).

8 Summary of Supervision of the Composition and Activities of the Norwegian Abortion Boards in 2004

Short summary of Report from the Norwegian Board of Health 1/2005

This report contains a summary and discussion of the results of supervision of the composition and activities of the Norwegian abortion boards in 2003. Supervision of the boards was initiated after surveys had identified regional variation in decisions and evaluations made by the boards. This lack of uniformity is an issue that has been brought up at the annual conferences for members of the boards. Thus doubts have been raised about legal safeguards for people who apply to the boards.

Experience from supervision should be used in quality improvement, both locally and nationally.

The Norwegian Board of Health has audited the regional complaints boards at the university hospitals, has studied and verified material collected from cases dealt with by the boards in a representative sample of hospitals, and has had discussions with personnel who have been involved with administrative procedures. The supervision was carried out during the autumn of 2004.

During supervision, the Norwegian Board of Health found no departure from current regulations, and the decisions of the boards were assessed as being in accordance with the regulations. However, similar conditions could result in a refusal in one board and acceptance in another, without departure from the regulations having occurred. The Norwegian Board of Health has thus established that the current arrangement with the boards does not exclude the possibility that decisions taken by the boards can be unpredictable and difficult to control at a later date, due to subjective factors and interaction between factors. Guidelines for improving the documentation of decisions taken by the boards could contribute both to improving control of decisions at a later date and improving legal safeguards for people who apply for an abortion.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2004

1/2004 Oppsummering etter tilsyn med kommunenes smittevernberedskap ved 6 flyplasser med internasjonal flytrafikk. Mars - mai 2003

2/2004 Fortsatt for fullt. Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003

3/2004 Oppsummeringsrapport for landsomfattende tilsyn med pasientrettigheter i somatiske poliklinikker

4/2004 Oppsummering av tilsyn i 2003 med spesialisthelsetjenester til voksne med psykiske problemer

5/2004 Tannhelsetjenesten i Norge. Omfanget av den offentlige tannhelsetjenesten for de prioriterte gruppene og bemanningssituasjonen i tannhelsetjenesten

6/2004 Medisinalmeldingene 1804. Et tilbakeblikk på første årgang av en tradisjonsrik rapport

7/2004 Meldesentralen – årsrapport 2001-2002

8/2004 Kosmetisk kirurgiske inngrep i Norge

9/2004 Fortsatt press på plassene. Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2003 og utvikling 2002-2003

10/2004 Tilsyn med kodepraksis

11/2004 Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004

12/2004 Oppsummering etter tilsyn med rusmiddeltesting ved to sykehuslaboratorier og fire behandlingssinstitusjoner for rusmiddelmissbrukere

13/2004 Allmennlegetjenesten – en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten

14/2004 Flere ungdom og voksne under tilsyn av Den offentlige tannhelsetjenesten

Utgivelser 2005

1/2005 Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004

Serien ble etablert i 2002. Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles resultater fra tilsyn med sosial- og helse-tjenestene.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

OPPSUMMERING

Rapport fra Helsetilsynet 1/2005

Oppsummeringsrapport fra tilsyn med abortnemnder i 2004

I rapporten oppsummeres og drøftes resultatene fra det særskilte tilsynet med abortnemndenes sammensetning og virksomhet i 2003. Tilsynet ble initiert på bakgrunn av undersøkelser som påviser geografiske forskjeller i nemndvedtak og uensartede nemndvurderinger som har kommet til uttrykk på de årlige nasjonale konferanser for abortnemndenes medlemmer. Det er derfor reist spørsmål om den abortsøkendes rettsikkerhet.

Tilsynet har revidert de regionale klagenemndene ved universitetssykehusene, og gjennomgått og verifisert innhentet materiell fra saker behandlet i primærnemnd ved et representativt utvalg sykehus. Tilsynet ble gjennomført i løpet av høsten 2004.

Tilsynet avdekket ikke avvik fra gjeldende regelverk. Noen vedtak demonstrerer likevel at nemndene utøver de skjønnsmessige vurderingene ulikt. Sammenlignbare forhold resulterte i avslag i en nemnd og innvilgelse i en annen, uten at det kunne påpekes regelverksbrudd. Statens helsetilsyn konstaterer på denne bakgrunn at dagens nemndordning ikke utelukker at innslag av ikke etterprøvbare subjektive faktorer kan gjøre nemndvedtakene uforutsigbare. Retningslinjer for å dokumentere og formulere mer nyanserte begrunnelser for nemndvedtakene kan muligens bidra til å bedre etterprøvbarhet og sikre de abortsøkendes rettsikkerhet.

Erfaringene fra tilsynet bør brukes til kvalitetsforbedring, både lokalt og nasjonalt.