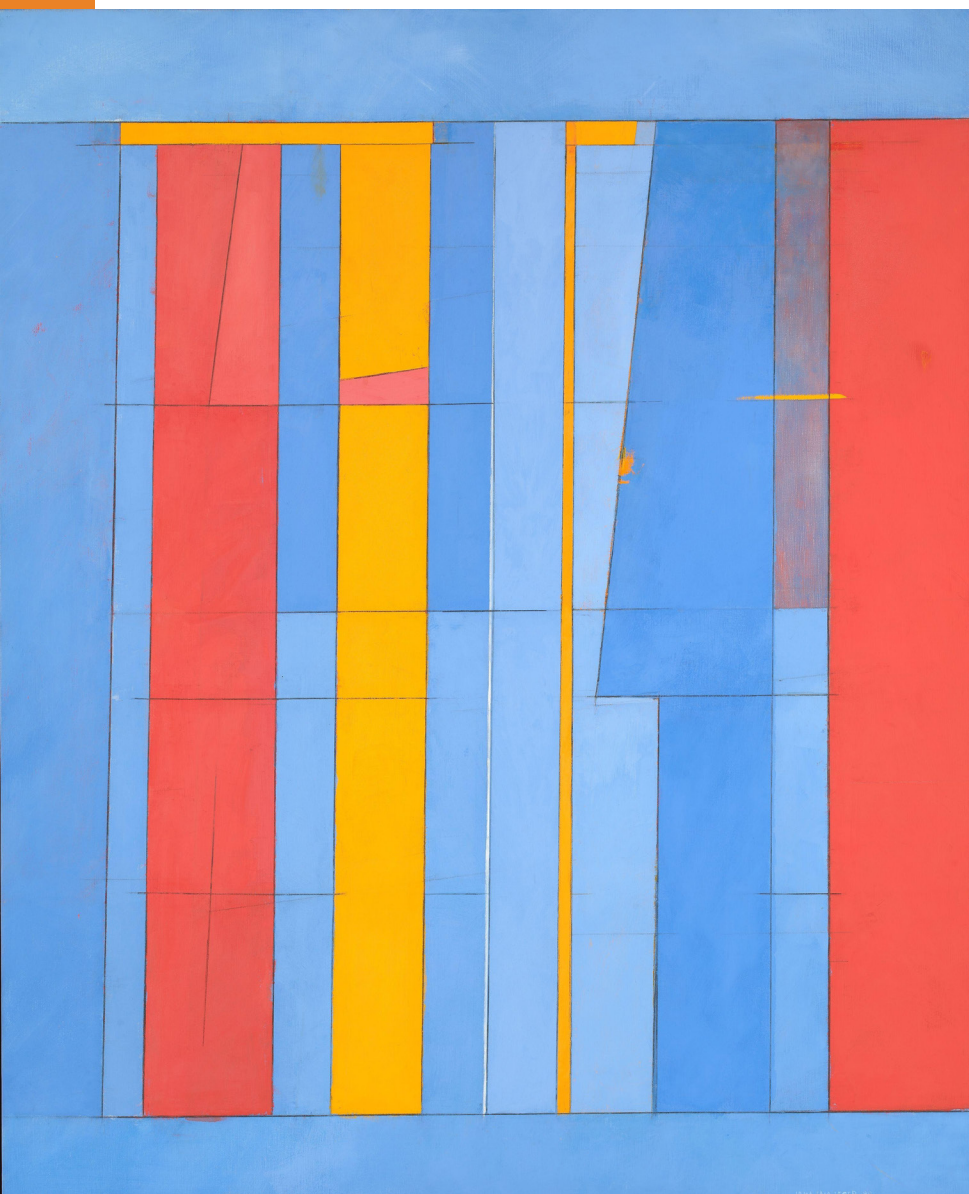


NOU

Norges offentlige utredninger **2023: 29**

Abort i Norge

Ny lov og bedre tjenester



Norges offentlige utredninger

2023

Seriens redaksjon:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Teknisk redaksjon

1. Kvalitetsvurdering og kvalitetsutvikling i skolen
Kunnskapsdepartementet
2. Fremtidens apotek – fleksibelt og forsvarlig
Helse- og omsorgsdepartementet
3. Mer av alt – raskere
Olje- og energidepartementet
4. Tid for handling
Helse- og omsorgsdepartementet
5. Den store forskjellen
Helse- og omsorgsdepartementet
6. Finanstilsynet i en ny tid – ny lov om Finanstilsynet
Finansdepartementet
7. Trygg barndom, sikker fremtid
Barne- og familiedepartementet
8. Fellesskapets sykehus
Helse- og omsorgsdepartementet
9. Generalistkommunesystemet
Kommunal- og distriktsdepartementet
10. Leve og oppleve
Nærings- og fiskeridepartementet
11. Raskt og riktig
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
12. Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2023
Arbeids- og inkluderingsdepartementet
13. På høy tid
Kultur- og likestillingsdepartementet
14. Forsvarskommissjonen av 2021
Forsvarsdepartementet
15. Bærekraftsrapportering
Finansdepartementet
16. Evaluering av pandemihåndteringen
Statsministerens kontor
17. Nå er det alvor
Justis- og beredskapsdepartementet
18. Genteknologi i en bærekraftig fremtid
Klima- og miljødepartementet
19. Læring, hvor ble det av deg i alt mylderet?
Kunnskapsdepartementet
20. Tegnspråk for livet
Kultur- og likestillingsdepartementet
21. Embetsordningen – i takt med tiden
Kommunal- og distriktsdepartementet
22. På vei mot en bedre regulert drosjenæring
Samferdselsdepartementet
23. Helhetlig forvaltning av akvakultur for bærekraftig verdiskaping
Nærings- og fiskeridepartementet
24. Med barnet hele vegen
Barne- og familiedepartementet
25. Omstilling til lavutslipp
Klima- og miljødepartementet
26. Ny lov om offentlige anskaffelser – Første delutredning
Nærings- og fiskeridepartementet
27. Et nytt system for kvalitetsutvikling
Kunnskapsdepartementet
28. Investeringskontroll
Nærings- og fiskeridepartementet
29. Abort i Norge
Helse- og omsorgsdepartementet

NOU

Norges offentlige utredninger **2023: 29**

Abort i Norge

Ny lov og bedre tjenester

Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon den 17. juni 2022.
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 14. desember 2023.

ISSN 0333-2306
ISBN 978-82-583-1589-3

Aksell AS

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Abortutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon den 17. juni 2022 for å gjennomgå bestemmelser i lov om svangerskapsavbrudd, vurdere alternativer til dagens abortnemnder og vurdere veiledning og oppfølging av kvinner som tar abort. Utvalget gir med dette sin utredning.

Oslo 14. desember 2023

Kari Sønderland
leder

Astrid Grydeland Ersvik

Berge Solberg

Birgitte Heiberg Kahrs

Claus Andreas
Klingenberg

Elham Baghestan

Karl Harald Søvig

Kristin Holanger
Bodenstein

Marte Kvittum Tangen

Morten Magelssen

Nina Lem Samuelsen

Ståle Onsgård Sagabråten

Tilde Broch Østborg

Maren Anna Lervik
sekretariatsleder

Bente Bryhn

Innhold

Del I	Innledning, sammendrag og mandat	11	5.6	Dygdsetikk og abort	43
			5.7	Fosterdiagnostikk, etikk og abort	44
			5.8	Helsetjenestens etikk og møtet med abortspørsmålet	45
1	Innledning og sammendrag	13			
1.1	Behov for endring	13			
1.2	Utvalgets forslag – ny abortlov	14	6	Holdninger til abort i samfunnet	47
1.3	Fosterantallsreduksjon	14			
1.4	Bedre informasjon, oppfølging og veiledning	15	6.1	Holdning til abort i befolkningen .	47
1.5	Enklere abortforløp og bedre tjenester	15	6.2	Feministisk tilnærming til abort og analyser av samfunnsholdninger .	49
1.6	Oversikt over utvalgets forslag	16	6.3	Holdninger til abort hos helsepersonell	50
1.7	English summary	17	6.4	Kristen abortetikk	50
1.8	Ordforklaringer og begreper	21	6.5	Andre religioners syn på abort	52
			6.5.1	Islam	52
2	Om utvalget og mandatet	23	6.5.2	Jødedommen	52
2.1	Abortutvalgets mandat	23	6.5.3	Buddhisme	52
2.2	Utvalgets vurdering av mandatet ..	23	6.6	Holdninger til familie, ekteskap, seksualitet og barn	52
2.3	Abortutvalgets medlemmer	24	6.7	Holdninger og syn på kvinner som tar abort	53
2.4	Arbeidsform	25			
Del II	Bakgrunn	27	7	Menneskerettigheter og abort	54
3	Hva er abort?	29	7.1	Om menneskerettighetene	54
3.1	Abort	29	7.2	Statens plikt til å respektere, beskytte og sikre	54
3.2	Svangerskapsuker og trimestre	31	7.3	Menneskerettighetenes stilling i Norge	55
3.3	Svangerskapet og fosterets utvikling	31	7.4	Grunnlovens kap E. menneskerettigheter	56
4	Historikk om abort i Norge og verden	33	7.5	Saker i Norge om abort og menneskerettigheter	57
4.1	Tidlig historikk	33	7.6	Menneskerettslige rammer for abort	57
4.2	Tidlig kristen tid og middelalderen	33	7.6.1	Fosterets menneskerettigheter	58
4.3	Opplysningstiden	34	7.6.2	Kvinnens menneskerettigheter	58
4.4	Abortlover i Europa i første halvdel av 1900-tallet	35	7.6.3	Fratakelse av selvbestemmelse om svangerskapsavbrudd på grunn av ung alder eller redusert beslutningskompetanse	63
4.5	Historikk om norsk forbud mot abort	35	7.6.4	Fars rettigheter	64
4.6	Historikk om de norske abortnemndene	37	7.6.5	Har staten plikt til å motvirke selektive svangerskapsavbrudd? ..	64
4.7	Rettsutvikling og politikk om abort i nyere tid i Norge	38	7.6.6	Samvittighetsfritak	65
4.8	Historikk om fosterantallsreduksjon i Norge	39			
5	Etiske perspektiver på abort ...	40	Del III	Dagens situasjon	67
5.1	Introduksjon	40	8	Abort i Norge – Statistikk og utvikling	69
5.2	Fosteret moralske status: Tre modeller	40	8.1	Abort i Norge	69
5.3	Etikken rundt levedyktighet	41	8.2	Risikofaktorer for abort	70
5.4	Råderett over egen kropp, selvbestemmelse og likestilling	42			
5.5	Konsekvensetikk og abortregulering	43			

9	Kvinnerens valg og beslutningsprosess	74	11	Abortnemndene – organisering og praksis	92
9.1	Kvinnerens grunner til abort	74	11.1	Organisering av abortnemndene .	92
9.2	Relasjoner og betydningen av andre	74	11.2	Abortnemndenes faglige uavhengighet	93
9.3	Vold	75	11.3	Statistikk om nemndsbehandlede begjæringer og aborter	94
9.4	Når det er noe med fosteret	75	11.3.1	Utvikling i andel innvilgede begjæringer 1979–2022	97
9.5	Moralske spørsmål og vurderinger	76	11.3.2	Utfall etter nemndbehandling i 2022	98
9.6	Kvinnens syn på fosteret	77	11.3.3	Søknader og aborter etter utgangen av 18. svangerskapsuke	98
9.7	Motstridende følelser	77	11.3.4	Kvinnens alder	99
9.8	Helsearbeiderens betydning	77	11.3.5	Svangerskapslengde og avslag	100
9.9	Valgsituasjonen ved nemndsbehandling	77	11.3.6	Antall begjæringer etter svangerskapsuke og vedtak	101
9.10	Kvinner med redusert beslutningskompetanse	78	11.3.7	Vedtaksgrunnlag for innvilgelser .	101
9.11	Skam og skyld	78	11.3.8	Alder og vedtaksgrunn 2013–2022	104
10	Om dagens abortlov	80	11.3.9	Avslagsandel i ulike aldersgrupper	104
10.1	Abortlovens formål	80	11.3.10	Begjæringer som trekkes	104
10.2	Selvbestemmelse	80	11.3.11	Utførte og ikke utførte innvilgede aborter	105
10.2.1	Rett til selvbestemt abort	80	11.3.12	Vedtaksgrunn ved innvilgede søknader per institusjon	107
10.2.2	Kvinner som ikke har rett til å bestemme	80	11.3.13	Statistikk fra sentral klagenemnd for abortsaker	108
10.3	Vilkår	81	11.3.14	Gir vedtaksgrunn i statistikken uttrykk for kvinners grunner til nemndbehandlede aborter?	109
10.3.1	Vilkåret om kvinnens helse	82	11.4	Abortnemndenes praksis	110
10.3.2	Vilkåret om kvinnens sosiale situasjon	82	11.4.1	Forløpet ved nemndsbehandlede aborter	110
10.3.3	Vilkåret om sykdom hos fosteret .	83	11.4.2	Abortutvalgets undersøkelse av praksis i nemndene – intervjuer ...	112
10.3.4	Vilkåret om straffbare forhold	83	11.4.3	Abortutvalgets undersøkelse av praksis i nemndene – spørreundersøkelse	115
10.3.5	Vilkåret om kvinnens kognitive og psykiske tilstand	84	11.4.4	Offentlige tilsyn og undersøkelser av praksis i abortnemndene	116
10.3.6	Plikten til å gjøre en samlet vurdering og vektlegge kvinnens vurdering av situasjonen	84	11.4.5	Tilsyn med abortnemndene i 2004	117
10.3.7	Gradert vern	84	11.4.6	Rapport fra uavhengig ekspertgruppe i 2013	117
10.3.8	Absolutt forbud mot abort	85	11.4.7	Sentral klagenemnds vurderinger av praksis i primærnemndene	118
10.4	Særlige regler om fosterantallsreduksjon	85	11.5	Kvinnerens erfaringer med nemnd ..	118
10.5	Regulering av abortnemndene	85	11.5.1	Forskningsrapport om kvinners erfaringer med abortnemnder	118
10.5.1	Generelt om regler for saksgang og håndheving ved abort	85	11.5.2	Studier om kvinners erfaring med nemnd i Norge	119
10.5.2	Saksgang der abortinngrepet foretas før utgangen av tolvte svangerskapsuke	87	12	Informasjon og veiledning	120
10.5.3	Saksgang der abortinngrepet foretas etter utgangen av tolvte svangerskapsuke	87	12.1	Offentlige nettsider om abort	120
10.5.4	Organisering av abortnemndene ..	87	12.2	Informasjon og veiledning til kvinner som søker om abort	120
10.5.5	Saksbehandling i abortnemndene	88	12.2.1	Veiledning	120
10.5.6	Nemndenes utredningsplikt	89			
10.6	Regler om aborttjenestene	89			
10.6.1	Gjennomføring av abort	89			
10.6.2	Informasjon og veiledning	89			
10.7	Helsepersonells reservasjonsrett .	90			
10.8	Regler om personvern	91			
10.9	Abortlovens straffebestemmelse ..	91			

12.2.2	Informasjon om bistanden samfunnet kan tilby	122	13.11	Abort utenfor sykehus og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	133
12.2.3	Organisasjoner som gir råd og veiledning	122	13.12	Psykiske virkninger etter abort	134
12.2.4	Kvinnerens erfaring med informasjon, råd og veiledning ved abort	123	14	Fosterdiagnostikk	136
12.2.5	Erfaring med informasjon, råd og veiledning sett fra helsetjenestens side	124	14.1	Hva er fosterdiagnostikk?	136
12.2.6	Helsekompetanse	124	14.2	Utvikling og bruk av fosterdiagnostikk i Norge	136
12.2.7	Informasjon og veiledning i nemndssituasjonen	125	14.2.1	Demografisk utvikling	137
13	Organisering av aborttjenesten og forløp	126	14.3	Indikasjoner for fosterdiagnostikk	137
13.1	Helsedirektoratets rapport om tjenestene	126	14.4	Trisomier	137
13.2	Grunnleggende krav til tjenestene	126	14.5	Fosterdiagnostiske metoder	139
13.3	Forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet	126	14.5.1	Ultralrydundersøkelser i svangerskapet	139
13.4	Nasjonale kvalitetsindikatorer	127	14.5.2	Endring av tilbudet til de gravide .	141
13.5	Faglige retningslinjer og veiledere om abort	127	14.5.3	Ultralryd i tolvte til 14. svangerskapsuke	141
13.5.1	Generelt om nasjonale faglige retningslinjer for helsetjenesten ...	127	14.5.4	NIPT (non-invasive prenatal test) for trisomi 13, 18 og 21	142
13.5.2	Veileder i gynekologi	127	14.5.5	Morkakeprøve	142
13.5.3	Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelse-tjenesten	127	14.5.6	Fostervannsprøve	143
13.5.4	Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen	128	14.5.7	Fosterdiagnostikk til gravide med spesiell indikasjon	143
13.5.5	eMetodebok om seksuell helse – Sex og Samfunn	128	14.6	Rutineultralryd i svangerskapet i 17.–19. svangerskapsuke	144
13.6	Utredning og vurdering i forkant av abort	128	14.7	Genetisk veiledning ved risiko for alvorlig sykdom hos foster eller barn	144
13.7	Abortmetoder	128	14.8	Funn etter fosterdiagnostikk	144
13.7.1	Medikamentell abort	129	14.9	Verdigrunnlaget bak regulering av medisinsk bruk av bioteknologi ...	144
13.7.2	Hjemmeabort	130	14.10	Regulering av fosterdiagnostikk i bioteknologiloven	145
13.7.3	Kirurgisk abort	130	14.11	Holdninger til bruk av fosterdiagnostikk	146
13.8	Føticid	131	14.12	Etiske spørsmål ved fosterdiagnostikk	147
13.9	Oppfølging og kontroll etter provosert abort	131	14.12.1	Sentrale argumenter og posisjoner i diskusjoner om fosterdiagnostikk	147
13.10	Personell og kompetanse	131	14.12.2	Å lete etter avvik	148
13.10.1	Ultralrydundersøkelse – kompetanse og personell	132	14.12.3	Rett til informasjon	148
13.10.2	De kommunale helse- og omsorgstjenestene	132	14.12.4	Fosterdiagnostikk i fremtiden	148
13.10.3	Spesialisthelsetjenesten	132	14.13	Svangerskapsavbrudd etter fosterdiagnostikk	149
13.10.4	Fastlegen	132	14.13.1	Svangerskap og svangerskapsavbrudd med påvist kromosomavvik	149
13.10.5	Avtalespesialister og privatpraktiserende gynekologer	133	14.14	Forløp ved fosterdiagnostikk og abort	150
13.10.6	Sykepleierstyrt abortpoliklinikk ...	133	15	Behandling av fostre og ekstremt premature	153
13.10.7	Sosionomtjenesten	133	15.1	Behandling av fostre etter fosterdiagnostikk	153
			15.2	Levedyktighet som begrep	153

15.3	Behandling og behandlingsmuligheter av ekstremt premature	154	19	Abort i andre land	171
15.4	Fremtidens behandlingsmuligheter	155	19.1	Abort i Norden	171
15.4.1	Kunstig livmor	155	19.2	Regulering av abort i Danmark	174
16	Fosterantallsreduksjon	156	19.3	Regulering av abort i Sverige	178
16.1	Hva er fosterantallsreduksjon	156	19.4	Regulering av abort i Finland	179
16.2	Fertilitetsbehandling og fosterantallsreduksjon	156	19.5	Regulering av abort på Island	180
16.3	Fosterantallsreduksjon i Norge	157	19.6	Regulering av fosterantallsreduksjon i andre nordiske land ..	181
16.4	Pasientforløp ved fosterantallsreduksjon	159	19.7	Lovgivning om abort og utvikling i Europa og verden	181
16.5	Risiko og komplikasjoner	159	19.7.1	Statistikk om abort i EU, Norge, Island, Sveits, Storbritannia	183
16.5.1	Om risikoberegning og risikovurderinger	159	19.7.2	Land der abort er tillatt på forespørsel fra kvinnen	183
16.5.2	Medisinske indikasjoner for fosterantallsreduksjon	159	19.7.3	Land der abort er totalforbudt	183
16.5.3	Fosterantallsreduksjon av sosiale årsaker – risiko og komplikasjoner	161	19.8	Politiske diskusjoner om abort i Europa og verden	185
16.6	Etiske spørsmål ved fosterantallsreduksjon	161	20	Regler om abort på tvers av landegrenser	188
16.6.1	Selektive fosterantallsreduksjoner	162	21	Verdens helseorganisasjons retningslinjer om abort	190
16.6.2	Uselektive fosterantallsreduksjoner	162	Del IV	Utvalgets vurderinger og forslag – abort i fremtiden	193
16.6.3	Fosterantallsreduksjon som medisinsk behandling eller som en rettighet	163	22	Abortlovens formål	195
16.6.4	Informerte valg	163	22.1	Utfordringer med dagens formålsbestemmelse	195
16.6.5	Nemndsmedlemmers holdninger til fosterantallsreduksjon	163	22.2	Utvalgets forslag til lovens formål	195
17	Forebygging av abort	164	23	Økt selvbestemmelse om abort	196
17.1	Politiske mål og tiltak for forebygging av abort	164	23.1	Selvbestemmelse og abort	196
17.1.1	Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall aborter	164	23.2	Utfordringer med dagens grense for selvbestemmelse	197
17.2	Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)	165	23.2.1	Begrunnelse for inngrep er delvis foreldet	197
17.3	Familiepolitikk og velferdsordninger	165	23.2.2	En symbolsk tolvukersgrense	197
17.3.1	Støtte til familier etter fødsel og til omsorg for barn	166	23.2.3	Tvilsomt om inngrepet er forholdsmessig	198
17.3.2	Hjelp og støtte til funksjonshemmede barn og familier til barn med funksjonsnedsettelse	166	23.2.4	Kvinner kan ikke beslutte basert på informasjon under svangerskapet	198
18	Abortregisteret og medisinsk fødselsregister	168	23.3	Utvalgets vurdering av grunnlaget for å gripe inn i kvinners selvbestemmelse	198
18.1	Abortregisteret	168	23.4	Utvalgets vurdering av tidspunkt for selvbestemmelse	200
18.2	Medisinsk fødselsregister	168	23.4.1	Merknad fra medlemmene Grydeland Ersvik, Lem Samuelson, Søvig og Østborg om tidspunktet for selvbestemmelse ..	202
18.3	Beskyttelse av personvernet ved abort	169	23.5	Obligatorisk veiledning eller samtale	203
18.4	Folkehelseinstituttets innspill til Abortutvalget om registrene	169	23.6	Utvalgets forslag (oppsummert) ..	203

23.7	Utvalgets forslag til tiltak for å sikre reell selvbestemmelse	204	27.2.2	Muligheter for digital kommunikasjon med offentlige myndigheter	222
23.7.1	Merknad fra utvalgsmedlem Morten Magelssen om rett til å fullføre svangerskapet	204	27.3	Særlige hensyn i saker om abort .	223
24	Selvbestemmelse for barn og voksne med redusert beslutningskompetanse	205	27.4	Utfordringer med dagens abortnemnder	223
24.1	Regulering av handleevne for mindreårige og visse typer funksjonsnedsettelse i abortloven	205	27.4.1	Manglende begrunnelse for myndighet	223
24.2	Vurdering av regler om rettslig handleevne i dagens abortlov opp mot det generelle lovverket	205	27.4.2	Nemndenes dobbeltrolle	224
24.2.1	Barn	205	27.4.3	Svak lovforståelse	224
24.2.2	Personer med psykisk lidelse eller utviklingshemming	206	27.4.4	Tilfeldige avgjørelser	224
24.3	Utvalgets vurdering	207	27.4.5	Umyndiggjøring	225
24.4	Utvalgets forslag	209	27.4.6	Dårlig forutberegnelighet for borgerne	225
25	Nye vilkår for abort	210	27.5	Positive sider ved dagens abortnemnder	225
25.1	Utfordringer med dagens vilkår ...	210	27.6	Utvalgets vurdering av formålet med abortnemndene	226
25.1.1	Uklar begrunnelse for lovens vilkår	210	27.7	Utvalgets vurdering av fremtidige abortnemnder	226
25.1.2	Økende avstand mellom lov og praksis	210	27.8	Utvalgets forslag til fremtidige abortnemnder	227
25.1.3	Vilkårene er ikke tilpasset nåtidens tilgang på opplysninger og undersøkelser	211	27.8.1	Behandling av søknad om fosterantallsreduksjon	228
25.1.4	Normalitet og avvik som idegrunnlag for lovens vilkår	212	27.8.2	Utvalgets forslag til regulering	228
25.2	Grunnleggende hensyn ved utformingen av nye vilkår	213	28	Reservasjonsrett i abortloven	230
25.3	Utvalgets vurdering av vilkår for abort	215	28.1	Utvalgets vurdering av helsepersonells reservasjonsrett	230
25.4	Abort i nødssituasjoner	217	29	Oppheve abortlovens straffebestemmelse	231
25.5	Utvalgets forslag til bestemmelse om abort i nødsituasjoner	217	29.1	Utvalgets vurdering av dagens straffebestemmelse	231
26	Regulering av fosterantallsreduksjon	218	30	Bedre informasjon, råd og veiledning	232
26.1	Utvalgets vurdering av regler for fosterantallsreduksjon	218	30.1	Utfordringer med dagens situasjon	232
26.2	Utvalgets forslag til regulering av fosterantallsreduksjon	219	30.2	Utvalgets vurderinger av informasjon og veiledning	233
27	Nye abortnemnder	221	30.3	Utvalgets forslag til tiltak	233
27.1	Rettslige rammer for offentlige beslutningsorganer	221	31	Enklere abortforløp i helsetjenesten	236
27.1.1	Rettsikkerhet og forvaltningsrettslige prinsipper	221	31.1	Utvalgets vurderinger og forslag .	236
27.1.2	Personvern	222	31.2	Utvalgets forslag til tiltak	237
27.2	Generelle hensyn ved etablering av beslutningsorgan	222	32	Abort utenfor sykehus før tiende svangerskapsuke	239
27.2.1	Bruk av nemnder	222	32.1	Utvalgets vurderinger og forslag .	239
			32.2	Utvalgets forslag til tiltak	240
			33	Mer kunnskap om abort	241
			33.1	Forskning om abort	241
			33.2	Utvalgets forslag til tiltak	241

33.3	Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister	241	38.2.1	Utvalgets forslag ventes ikke å påvirke antallet aborter	269
33.4	Utvalgets forslag til tiltak	241	38.2.2	Tverrfaglig og utvidet primærnemnd gir økt kostnad per nemndsmøte	269
33.5	Tidlig ultralyd og non-invasiv prenatal test (NIPT)	242	38.2.3	Utvidet grense for selvbestemmelse gir økt grad av reproduktive frihet	269
33.6	Utvalgets forslag til tiltak	242	38.2.4	Færre primærnemnder gir økt reisetid, men reduserte kostnader til kompetanseheving	269
34	Anbefalinger forutsatt at dagens grense for selvbestemt abort opprettholdes	243	38.2.5	Tiltakene vil innebære implementeringskostnader	270
34.1	Nye beslutningsorganer ved søknad om abort	243	38.2.6	Kostnadene ved øvrige tiltak avhenger av omfang og detaljnivå	270
34.2	Nye vilkår for abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke	243	Del VII	Dissenser	271
35	Betaling for helsehjelp ved abort	244	39	Dissens fra utvalgsmedlemmene Morten Magelssen og Marte Kvittum Tangen	273
35.1	Dagens regler om betaling for helsehjelp ved abort	244	40	Dissens fra utvalgsmedlem Elham Baghestan	279
35.2	Utvalgets vurdering og forslag – gratis helsehjelp ved abort	245	41	Dissens fra utvalgsmedlemmene Astrid Grydland Ersvik, Berge Solberg, Elham Baghestan, Kari Sønderland, Nina Lem Samuelsen og Tilde Broch Østborg	281
Del V	Utvalgets forslag til ny abortlov	247	Referanser	282	
36	Utvalgets forslag til ny abortlov	249			
37	Merknader til de enkelte paragrafene	253			
Del VI	Økonomiske konsekvenser	267			
38	Økonomiske konsekvenser	269			
38.1	Økonomiske konsekvenser	269			
38.2	Sammendrag	269			

Digitale vedlegg

- 1 *Kvinnens erfaringer med abortnemnder*. Forskningsrapport. Haaland, M. E. S., Kjelsvik, M., Cetin, K., Gjengedal, E., Moland, K. M., Daltveit, A. K. & Bruvik, F. Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen (2023)
- 2 *Intervjuundersøkelse om abortnemndenes praksis*. Undersøkelse utført av Abortutvalget (2023)
- 3 *Spørreundersøkelse om erfaring og praksis i abortnemndene*. Spørreundersøkelse utført av Rambøll på vegne av Abortutvalget (2023)
- 4 *Kunnskapsinnhenting for Abortutvalget*. Om helsetjenestenes oppfølging av kvinner som vurderer eller gjennomgår abort og om organisering av tilbudet. Utført av Helsedirektoratet for Abortutvalget (2023)
- 5 *Folkehelseinstituttets innspel til Abortutvalget om Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister*. Notat fra Folkehelseinstituttet til Abortutvalget om registrering ved abort, status, utfordringer og tilrådinger for framtida (2023)
- 6 Mal for nemndenes vedtak. Helsedirektoratet.no
- 7 *Innsikt til Abortutvalget fra Ung.no*. Notat om henvendelser til ung.no om reproduktive forhold, prevensjon og abort (2023)
- 8 *Begjæring om svangerskapsavbrudd*. Skjema for søknad. Helsedirektoratet.no
- 9 *Økonomiske konsekvenser av tiltak foreslått av Abortutvalget*. Notat, Oslo Economics for Abortutvalget (2023)
- 10 Abortnemnder i Norge 2023

Del I
Innledning, sammendrag og mandat

Kapittel 1

Innledning og sammendrag

1.1 Behov for endring

Abortloven har i stor grad stått uendret fra den ble vedtatt i 1975. Selv om loven ble endret på et helt sentralt punkt i 1978, ved at kvinner fikk rett til selvbestemt abort, ble loven fra 1975 i all hovedsak videreført. Noen av bestemmelsene i loven kan føres tilbake til de første nordiske abortlovene fra 1930-tallet.

Samfunnet har endret seg vesentlig fra 1970-tallet. Mange av de store samfunnsendringene er direkte relevante for abort. Det har skjedd store endringer og utvikling innen medisin og helsehjelp. I sin tale til Stortinget i 1974 brukte daværende stortingsrepresentant Gro Harlem Brundtland en vesentlig del av taletiden på å tilbakevise påstander om helserisiko og komplikasjoner ved kirurgiske abortingrepet. I dag gjennomføres de fleste aborter ved hjelp av medikamenter. Før tiende svangerskapsuke fullføres også mange aborter i den gravides hjem, under veiledning og med tilbud om smertebehandling.

Utviklingen innen legevitenenskap har samtidig gitt ny kunnskap om fosteret under svangerskapet. Tilbud om ultralydundersøkelser av fosteret, non-invasiv prenatal test (NIPT) og andre former for genetisk testing gjør at gravide kan få opplysninger om fosteret tidlig i svangerskapet. Det å se fosteret ved en ultralydundersøkelse kan bidra til en tidlig tilknytning. Opplysningene kan også stille den gravide overfor etiske dilemmaer. Spørsmålet blir ikke bare om den gravide ønsker seg barn eller ikke, men om hun ønsker å gå videre i svangerskapet med dette fosteret.

Synet på kvinner har også endret seg. Vi finner klare spor av mistillit til kvinners evne til å gjøre rasjonelle valg om eget liv og fremtid i forarbeidene til loven fra 1975. I forarbeidene står det at kvinner kan ha behov for hjelp til å vurdere hva som er til deres eget beste, på lang sikt. Denne hjelpen skulle abortnemndene gi. En slik omtale av kvinner fremstår som fremmed i dagens samfunn, og kan gi grunn til å revurdere abortnemndenes legitimitet og rolle. Et helt sentralt spør-

mål er: Er det fortsatt grunnlag for å gripe inn i gravides beslutninger om abort i dag, og hvis ja, hva er begrunnelsen?

At samfunnet har beveget seg bort fra en paternalistisk tankegang, angår ikke bare kvinner. Økt oppmerksomhet rundt enkeltmenneskets rett til å være subjekter med makt til å styre eget liv har preget filosofi og tenkning fra starten av 1900-tallet. Statens plikt til å respektere enkeltmenneskets valg, også valg som for andre kan fremstå som lite rasjonelle, er innarbeidet i menneskerettighetene. Beslutninger som tas for andre skal ikke alene baseres på hva som er i personens «beste interesse» vurdert utenfra, men ta hensyn til personens egen vilje og egne preferanser.

Vektleggingen av den enkeltes autonomi fremfor faglig autoritet preger også vår tids helseetikk og pasientbehandling. Prinsippet om respekt for pasientens autonomi tilsier at pasienter har rett til å avvise behandling, medvirke i valget mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, og rett til å ha kontroll over egne personopplysninger.

Også synet på familiemønstre og familiesammenheng har endret seg fra abortloven ble vedtatt i 1975. Gjeldende abortlov, vilkårene for abort og lovens språk bygger på ideer om normalitet, nød, kvinneroller og familie som ikke nødvendigvis har gyldighet i dag. I dag anses ulike familiære konstellasjoner som likeverdige og fullgode familier, om det er med eller uten giftemål, likekjønnede eller ulikekjønnede par, samboende eller særboende, par eller single. Etter at lov om endring av juridisk kjønn ble vedtatt i 2016 har vi sett eksempler på at den gravide kan være juridisk mann. Den moderne velferdsstaten gir også opphav til nye oppfatninger av hva som er en vanskelig livssituasjon, sosial nød og utenforskap.

Regulering av abort tar ikke bare sikte på å imøtekomme nye utfordringer i dagens samfunn. Spørsmålet om abort er forankret i grunnleggende etiske spørsmål, som har blitt tematisert gjennom flere hundre år, og som fortsatt er relevante i dag. Dette gjelder spørsmål om verdien av

det ufødte liv og livets begynnelse. Ny helseteknologi, fosterdiagnostikk og svangerskapsoppfølging har ikke bragt oss til et enkelt og endelig svar på fosterets etiske verdi. En moderne abortlov må derfor balansere og avveie noen av de samme hensyn som lå til grunn for den første norske abortloven fra 1960 og samtidig ta inn over seg endringene som har skjedd i samfunnet fra 1970-tallet og frem til nå.

1.2 Utvalgets forslag – ny abortlov

Abortutvalget har fått i oppgave å se på og vurdere dagens abortlov. Utvalget ser behovet for en egen lov som skal navigere i de særlige etiske spørsmålene abort reiser. Samtidig mener utvalget at dagens abortlov er utdatert. Utvalget foreslår derfor å oppheve 1975-loven, og at det vedtas en ny abortlov som er bedre tilpasset dagens samfunn.

En hovedsak for utvalget har vært å vurdere dagens grense for selvbestemmelse og abortnemndenes legitimitet og rolle. Et flertall i utvalget legger stor vekt på at spørsmålet om å fortsette eller avbryte et svangerskap er et etisk spørsmål som den gravide selv står i første rekke til å vurdere og beslutte. Samtidig mener utvalget at fosteret har en moralsk verdi som samfunnet har en plikt til å beskytte. Utvalgets flertall har lagt denne vanskelige balansegangen til grunn for sine avveielser, og foreslår en grense for selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke (17 uker + 6 dager). Den gravide vil da, i de aller fleste tilfeller, ha hatt tilstrekkelig tid til å vurdere om hun vil fortsette eller avbryte svangerskapet. Utvalgets flertall mener at det fortsatt bør være mulig med abort til utgangen av 22. svangerskapsuke, men da på bestemte vilkår og etter søknad til en abortnemnd. Begrensningen i den gravides selvbestemmelse skal sikre respekten for verdien av det ufødte liv.

Et mindretall i utvalget på to medlemmer foreslår å opprettholde dagens grense for selvbestemt abort til utgangen av tolvte svangerskapsuke. Et annet mindretall på ett medlem foreslår å flytte grensen for selvbestemmelse til utgangen av 22. svangerskapsuke.

Utvalget mener at autonomi og selvbestemmelse bør sikres så langt som mulig for alle gravide, også gravide med redusert beslutningskompetanse. Verge bør bare bistå som en siste mulighet etter at den gravide har fått veiledning og informasjon for selv å kunne ta et valg og eventuelt fremsette søknad.

Abortutvalget er bedt om å vurdere alternativer til dagens abortnemnder. Utvalget mener at det bør stilles strenge krav når beslutninger om borgernes liv og etiske valg flyttes fra den enkelte til et offentlig beslutningsorgan. Beslutningsorganet, og prosessen i dette organet, må være egnet til å vurdere og avgjøre den enkelte saken på en korrekt og rettssikker måte.

Abortutvalgets gjennomgang har vist vesentlige svakheter ved dagens abortnemnder, både knyttet til organisering, saksbehandling og åpenhet. På denne bakgrunn foreslår utvalget å legge ned dagens abortnemnder. Utvalget mener imidlertid at vedtak om å tillate abort fortsatt bør fattes av et kollegialt beslutningsorgan, en nemnd, med forankring i helsetjenesten. Utvalget foreslår at antallet nemnder reduseres til fem til ti abortnemnder, at nemndene styrkes med juridisk kompetanse, og at det stilles klare krav til rettssikkerhet og transparens.

Abortutvalget mener også det er behov for å endre dagens vilkår for abort etter tidspunkt for selvbestemmelse. Vilkårene har til dels en utdatert ordlyd som ikke samsvarer med faktisk praksis. Utvalget mener også at noen av vilkårene, etter sin ordlyd, er egnet til å skape eller forsterke fordommer og stereotype oppfatninger av personer med funksjonsnedsettelse. Utvalget foreslår en endring av vilkårene for abort som skal understreke at valget om abort, også etter 18. svangerskapsuke, skal ta utgangspunkt i den gravides ønsker, behov, og vurdering av egne ressurser og livssituasjon. Utvalget vil med sitt forslag også signalisere at alle barn, uavhengig av egenskaper, er like høyt verdsatt og velkomne i samfunnet.

1.3 Fosterantallsreduksjon

Utvalget har sett på regulering av tillatelse til fosterantallsreduksjoner. Spørsmålet om tillatelse til fosterantallsreduksjoner ble aktualisert etter en utvikling med økende forekomst av flerlingesvangerskap etter assistert befruktning eller hormonstimulerende midler.

Fosterantallsreduksjoner har vært et utfordrende spørsmål for utvalget. Fosterantallsreduksjon er en relativt ny behandling som reiser særlige etiske spørsmål knyttet til risiko for skade på et kommende barn. Det er begrenset forskning om risiko ved inngrepet for gjenværende fostre, og kunnskapsgrunnlaget om konsekvenser av behandlingen, både på kort og lang sikt, er begrenset.

Utvalget mener en lovregulering av fosterantallsreduksjon må ta utgangspunkt i den usikkerhet som foreligger. Et flertall i utvalget foreslår derfor at dagens lovgivning, som bestemmer at alle saker om fosterantallsreduksjon skal behandles i abortnemnd, videreføres. For å styrke kvaliteten på prosessen foreslår utvalget at undersøkelse, veiledning og informasjon til den gravide blir obligatorisk og sentraliseres og at nemndsbehandlingen legges til én nemnd. Et mindretall på seks medlemmer i utvalget foreslår også at undersøkelse, veiledning og informasjon til den gravide blir obligatorisk og sentraliseres, men at den gravide frem til utgangen av 14. svangerskapsuke har en form for selvbestemmelse. Etter utgangen av 14. svangerskapsuke anbefaler også mindretallet at søknader om fosterantallsreduksjon behandles i nemnd.

1.4 Bedre informasjon, oppfølging og veiledning

I arbeidet med utredningen har Abortutvalget innhentet kunnskap om og snakket med kvinner som har gjennomgått en abort. Utvalget har videre innhentet informasjon og kunnskap fra sivilsamsfunnsorganisasjoner, medlemmer i nemndene, helsepersonell, organisasjoner og forskere om oppfølging av kvinner som gjennomgår abort. Utvalgets kunnskapsinnhenting gir et klart bilde av at gravide ikke alltid mottar korrekt og tilstrekkelig informasjon om aborten eller prosessen. Dette gjelder både de juridiske sidene av en abort og medisinske forhold ved selve aborten.

Hvilken informasjon som gis til kvinnen virker noe tilfeldig og opp til det enkelte sykehus. Informasjonen på internett er begrenset. Det er begrenset mulighet til å finne informasjon på ulike språk, eller i ulike digitale formater som tekst, tale og video. Abort skiller seg fra andre områder innen helse med tilsvarende antall årlige behandlinger. Det er opp til det enkelte sykehus hvem som informerer den abortsøkende, om det er helsepersonell, abortnemnda eller andre. Utvalget foreslår derfor at de som skal gjennomgå en abort får rett til informasjon og veiledning, og at helse-tjenestene pålegges en korresponderende plikt.

Ett av de tydeligste funnene i Abortutvalgets kunnskapsinnhenting, var fraværet av tilbud om oppfølging i etterkant av en abort. De aller fleste som tar abort opplever ikke alvorlige eller langvarige psykiske reaksjoner i etterkant av aborten. Noen vil allikevel ha et behov for å bearbeide abortopplevelsen i etterkant, og snakke med noen

om opplevelsen. Utvalget mener at det skal være en rettighet å få oppfølging etter abort for de som har behov for og ønsker dette.

Kvinner som har vært gjennom nemndsbehandlet abort har opplevd ulik og mangelfull informasjon om plikter og rettigheter ved nemndsbehandling. Kvinnenes erfaringer med abortnemnds-systemet preges av skjevheten i makt mellom dem selv og nemnda, siden nemnda skal beslutte søknad om abort. Dette begrenser rommet for tvil og muligheten for god og opplysende dialog om aborten. Redsel for å få avslag preger kvinnene og kan også gjøre selve beslutningsprosessen vanskeligere. Mange kvinner opplever nemndmøtet som både belastende og meningsløst, men noen opplever også møtet med nemnda som en støtte. Utvalget mener at kvinner som har behov for samtaler og veiledning skal få dette både i forkant og etterkant av abort, men at nemndene ikke er riktig sted for slik veiledning og refleksjoner. Utvalget foreslår at kvinner som skal ta abort eller vurderer abort får rett til veiledning i valgsituasjonen dersom de ønsker dette.

1.5 Enklere abortforløp og bedre tjenester

Kvinner opplever abort på ulikt vis og har ulike behov, men alle kvinner ønsker god informasjon og ivaretagelse, og har behov for å bli møtt på en omsorgsfull og respektfull måte i helsetjenesten. Det er utvalgets vurdering at kvinner som tar abort i hovedsak blir møtt på en god måte i helsetjenesten i Norge, men at det også er rom for forbedringer. En abort er for mange en følelsesmessig vanskelig opplevelse uavhengig av hvordan de blir møtt og behandlet i helsetjenesten. En del kvinner opplever en abort som en krisesituasjon i livet. Kvinner som har behov for det bør få mulighet til samtaler og veiledning av personell med kompetanse og erfaring i å møte kvinner i denne situasjonen.

Utvalget mener det er behov for en mer enhetlig praksis for å sikre god kvalitet på tilbudet til kvinner som skal ta abort i Norge. Det bør derfor utarbeides en nasjonal faglig retningslinje for hele abortforløpet som gir anbefalinger om både behandling og oppfølging og samtidig utarbeides standardisert pasientforløp for abortforløpet. Det er viktig å gi enhetlige nasjonale retningslinjer om smertelindring, oppfølging, informasjon og veiledning.

Det er begrenset kunnskap og studier om abort både i Norge og i Norden. For å få til et godt

tilbud mener utvalget at det må samles mer systematisk informasjon om kvinnenes erfaringer som kan brukes i planlegging og kvalitetsforbedring av tjenestene i pasientundersøkelser. Registerinformasjon bør brukes mer aktivt, og det bør stimuleres og tilrettelegges for mer forskning og kvalitetsforbedringsarbeid i helsetjenesten.

Det har vært viktig for utvalget å foreslå tiltak som både styrker informasjonen og veiledningen kvinnen får, og tydeliggjør ansvar og roller når det gjelder hvem som skal informere og hvem som skal veilede. Informasjon skal være nøytral og saksrettet, mens veiledningen skal bidra til refleksjon og egne valg. Kartleggingen av nemndenes rolle og kvinners erfaring med abortforløpet har synliggjort behovet for en tydeligere rollefordeling. Nemndene skal primært ivareta beslutningsrollen. Helsetjenesten i kommunene bør ivareta tilbud om veiledning før og etter en abort, og sykehuset i forbindelse med selve aborten.

Flere sykehus har god erfaring med sykepleierstyrt aborttilbud på poliklinikk. Kvinnene møter sykepleiere som har kompetanse i møte med abortsøkende og bruk av ultralyd for fastsettelse av svangerskapslengde. Tid er satt av til både samtale og nødvendige undersøkelser, og til informasjon. Ved behov for videre oppfølging er leger, sosionom og andre personellgrupper tilgjengelig på sykehuset. Utvalget mener dette er god bruk av personellressurser og kan tjene som eksempel for andre helseforetak. Sykehusene bør systematisk kartlegge pasientopplevde mål og kvalitetsmål i forbindelse med tjenestene og prøve ut ulike måter å organisere tjenesten på, inkludert å se på hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper.

Utvalget mener at lovkravet om at spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetakene skal tilby aborttjenester til innbyggere i sine opp-taksområder skal videreføres, for å sikre kvinners rett til aborttjenester i hele landet. Det innebærer at kvinner fortsatt skal kunne kontakte sykehuset direkte og avtale time på poliklinikk for abort, uavhengig av tidspunkt for aborten. Samtidig mener utvalget at det ikke skal være legale skranker for at abort i fremtiden kan tilbys andre steder enn på sykehus. Utvalget anbefaler at det utredes hvordan et tilbud om tidlig abort utenfor sykehus kan organiseres. Kvalitetsarbeid, opplæring og kompetanse kan sikres gjennom opplæring og kurs. Utvalget foreslår derfor flere tiltak for å imøtekomme behov for opplæring og kompetanseheving av personell, samt erfaringsutveksling.

1.6 Oversikt over utvalgets forslag

Formål

Hele utvalget anbefaler ny formålsbestemmelse som vektlegger den gravides selvbestemmelse og tilgang til trygg abort.

Økt selvbestemmelse

Et flertall i utvalget anbefaler at grensen for selvbestemt abort flyttes til utgangen av 18. svangerskapsuke.

Begrunnelse:

- Sikre gravides autonomi og selvbestemmelse
- Beskytte respekten for det ufødte liv
- I tråd med faktisk praksis i dag

Selvbestemmelse for gravide med redusert beslutningskompetanse og mindreårige

Hele utvalget anbefaler å styrke den rettslige handleevnen til mindreårige og personer med redusert beslutningskompetanse i saker om abort.

Begrunnelse:

- Sikre gravides autonomi og selvbestemmelse
- Menneskerettslige krav

Nye vilkår for abort etter selvbestemmelse

Hele utvalget anbefaler nye vilkår for abort etter tidspunktet for selvbestemmelse.

Begrunnelse:

- Tydeligere avveie den gravides interesser og autonomi mot statens interesser i å sikre respekt for det ufødte liv
- Tydeliggjøre at eugeniske hensyn ikke gir grunnlag for abort

Regulering av fosterantallsreduksjoner

Et flertall i utvalget anbefaler at alle søknader om fosterantallsreduksjon behandles i en abortnemnd, og obligatorisk veiledning i saker om fosterantallsreduksjon.

Begrunnelse:

- Ta hensyn til risiko for gjenværende foster/fostre
- Utvise forsiktighet ut fra usikker kunnskap
- Sikre god kvalitet i faglige vurderinger
- Sikre at den gravide er godt informert

Nye beslutningsorganer ved søknad om abort

Hele utvalget anbefaler at abortnemndene avvikles og at det etableres nye abortnemnder, som skal behandle søknader om abort.

Begrunnelse:

- Styrke gravides rettssikkerhet
- Ivareta gravide
- Mer effektiv, enhetlig og transparent saksbehandling

Helsepersonells reservasjonsrett

Hele utvalget anbefaler å videreføre bestemmelsen om helsepersonells reservasjonsrett i abortforskriften i lovs form.

Begrunnelse:

- Sikre riktig nivå på regelverket og gi økt synlighet

Oppheve abortlovens straffebestemmelse

Hele abortutvalget foreslår å oppheve abortlovens bestemmelse om straff for å gjennomføre ulovlig abort eller dele opplysninger.

Begrunnelse:

- Bestemmelsen er overflødig

Bedre veiledning, informasjon og oppfølging i forbindelse med abort

Hele utvalget foreslår å gi gravide som vurderer abort eller abortsøkende som har fremsatt krav eller søknad om abort rett til veiledning og informasjon, samt en korresponderende plikt for helse-tjenesten til å gi veiledning og informasjon. Utvalget foreslår en rett til oppfølgingssamtaler for personer som har gjennomgått abort. Utvalget foreslår også flere tiltak knyttet til bedre informasjon på nett og kurs og kompetansehevende tiltak rettet mot helsetjenesten. Utvalget foreslår også følge-evaluering av tilbudet om tidlig ultralyd og NIPT til gravide.

Begrunnelse:

- Sikre at gravide kan ta kvalifiserte og autonome beslutninger om abort
- Sikre tilgang til trygge aborter, ivaretagelse og støtte

Enklere abortforløp og abort utenfor sykehus

Hele utvalget foreslår at det utarbeides en nasjonal faglig retningslinje med standardisert pasientforløp for abort og flere tiltak knyttet til kvalitet, personell og opplæring. Det foreslås utprøving av

sykepleiestyrt abortpoliklinikk flere steder, takst for fastleger ved oppfølgende samtale, læringsnettverk og en nasjonal pasient- og brukerundersøkelse. Utvalget foreslår også det utredes nærmere hvordan et tilbud kan organiseres utenfor sykehus til kvinner som skal ta abort hjemme før tiende svangerskapsuke.

Begrunnelse:

- Sikre at gravide får tilgang til trygge aborter og helsetjenester av god kvalitet
- Legge til rette for at aborter gjennomføres på et tidligst mulig tidspunkt

Mer kunnskap om abort

Hele utvalget anbefaler en satsing på forskning om abort og en utredning av endringer i Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister.

Begrunnelse:

- Økt kunnskap om abort er avgjørende for å utvikle lovverk og tjenester om abort
- Kunnskap om abort er viktig for kvalitetssikring av tjenestene og forvaltning av loven

1.7 English summary

A need for change

The Abortion Act has remained largely unchanged since it was adopted in 1975. Although a crucial section of the Act was amended in 1978, when women were granted the right to abortion on demand, the 1975 Act was largely retained. Some of the provisions of the Act can be traced back to the first Nordic abortion laws from the 1930s.

Society has changed significantly since the 1970s. Many of the major social changes are directly relevant to abortion. First of all, major advances have been made in medicine and health-care. In her speech to the Storting in 1974, then Member of the Storting Gro Harlem Brundtland spent a significant portion of her speaking time refuting claims about the health risks and complications of surgical abortion procedures. Today, most abortions are carried out using medication. Before the tenth week of pregnancy, many abortions are also completed under guidance in the pregnant woman's home, and with the offer of pain management.

Developments in medical science have also provided new knowledge about the foetus during pregnancy. The availability of ultrasound examinations of the foetus, non-invasive prenatal testing

(NIPT) and other forms of genetic testing means that the pregnant woman, and the couple (if applicable), can obtain information about the foetus early in the pregnancy. Seeing the foetus during an ultrasound scan can provide an early connection. The information can also present the pregnant woman with new ethical dilemmas. The question is no longer just whether the pregnant woman wants a child or not, but whether she wants to continue the pregnancy with this foetus.

Views on women have also changed. We find clear traces of distrust in women's ability to make rational choices about their own lives and future in the preparatory works to the 1975 Act. The preparatory works state that women may need help to assess what is in their own best interests in the long term. The abortion boards were to provide this help. Referring to women in this manner seems alien in today's society. This can provide grounds to reconsider the legitimacy and role of the abortion boards. Are there still grounds for intervening in the deliberations and decisions by pregnant women about abortion today, and if so, what are the reasons?

The fact that society has now largely rejected a paternalistic mindset does not only concern women. Increased attention to the right of individuals to be subjects with the power to control their own lives has characterised philosophy and thinking since the beginning of the 20th century. The duty of the state and others to respect the choices of individuals, including choices that may seem irrational to others, has been incorporated into human rights. Decisions made on behalf of others should not be based solely on what is in the person's «best interests» as judged from the outside, but should take into account the person's own will and preferences.

The emphasis on individual autonomy, rather than professional authority, also characterises new trends in health ethics and patient care. The principle of respect for patient autonomy means that patients have the right to refuse treatment, participate in the choice between available and justifiable examination and treatment methods, and the right to control information about their own person.

Family patterns and compositions have also changed considerably since the Abortion Act was passed in 1975. The current Abortion Act, the conditions for abortion and the language of the Act are partly linked to ideas about normality and need that are not necessarily valid today. Today, various family constellations are considered equal and full-fledged families, whether they are mar-

ried or unmarried, same-sex or different-sex couples, cohabiting or living apart, couples or single people. Since the Gender Recognition Act was passed in 2016, we have seen examples of that a pregnant person can legally be a man. The modern welfare state also gives rise to new perceptions of what constitutes a difficult life situation, social deprivation and marginalisation.

However, the regulation of abortion does not only aim to meet current challenges in today's society. The issue of abortion is rooted in more enduring and fundamental ethical dilemmas that have been discussed for centuries, and which remain relevant, valid and unresolved today. This applies to ideas about the value of unborn life and the beginning of life. New health technology, foetal diagnostics and prenatal care have not brought us any closer to an answer to the ethical value of the foetus. A modern abortion law must therefore balance and weigh some of the same considerations that formed the basis of the first Norwegian Abortion Act from 1960.

The Committee's proposal – new Abortion Act

The Abortion Committee has been tasked with reviewing and assessing the current Abortion Act. The Committee recognises the need for a separate law to navigate the special ethical dilemmas raised by abortion. At the same time, the Committee believes that the current Abortion Act is outdated. The Committee therefore proposes that the 1975 Act be repealed and that a new Abortion Act be enacted that is better adapted to today's society.

One of the Committee's main concerns has been to assess the current limits for self-determination and, as an extension of this, the legitimacy and role of the abortion boards. A majority of the Committee emphasises that the question of whether to continue or terminate a pregnancy is an ethical question that the pregnant woman herself is first in line to assess and answer. At the same time, the Committee believes that the foetus has a moral value that society also has a duty to protect. The majority of the Committee has based its deliberations on this difficult delicate balance and proposes a limit for abortion on demand up to the end of the 18th week of pregnancy (week 17+6). The pregnant woman will then, in most cases, have had time to consider whether she wants to continue or terminate the pregnancy. The Committee's majority believes that it should still be possible to have an abortion until the end of the 22nd week of pregnancy, but under certain

conditions and upon application to an abortion board. The restriction on the pregnant woman's self-determination is meant to ensure respect for the value of the unborn life.

A minority of two members of the Committee propose to maintain the current limit for abortion on demand until the end of the twelfth week of pregnancy. Another minority of one member proposes to move the limit for self-determination to the end of the 22nd week of pregnancy.

The Committee believes that autonomy and self-determination should be ensured, as far as possible, for all pregnant women, including those with impaired decision-making capacity. A guardian should only assist as a last resort after the pregnant woman has received guidance and information in order to personally make a choice and potentially submit an application.

The Abortion Committee has been asked to consider alternatives to the current abortion boards. The Committee believes that strict requirements should be imposed when decisions about citizens' lives and ethical choices are transferred from the individual to a public decision-making body. The decision-making body and its procedures must be suitable for assessing and deciding each individual case in a correct and legally secure manner.

The Abortion Committee's review has identified significant weaknesses in the current abortion boards in terms of organisation, case processing and transparency. Against this background, the Committee proposes to abolish the current abortion boards. However, the Committee believes that decisions to authorise abortion should continue to be made by a collegial decision-making body: a board rooted in the health service. The Committee proposes that the number of boards be reduced to five to ten abortion boards, that the legal expertise of boards be strengthened, and that clear requirements are set for legal safeguards and transparency.

The Abortion Committee also recognises the need to change the current legal grounds for abortion after the time limit for self-determination. Some of the grounds are outdated and do not correspond with actual practice. The Committee also believes that some of the grounds, due to their wording, are likely to create or reinforce prejudices and stereotypical perceptions of persons with disabilities. The Committee proposes a change to the grounds for abortion that will emphasise that the choice of abortion, including after the 18th week of pregnancy, shall be based on the pregnant woman's wishes, needs and

assessment of her own resources and life situation. The Committee's proposal also aims to signal that all children, regardless of their characteristics, are equally valued and welcome in society.

Multifetal pregnancy reductions

The Committee has looked specifically at the regulation of authorisation for multifetal pregnancy reductions. The issue of authorisation for multifetal pregnancy reductions was brought to the fore in line with the increasing incidence of multiple pregnancies following assisted fertilisation or use of hormonal stimulation.

Multifetal pregnancy reductions have been a challenging issue for the Committee. Multifetal pregnancy reduction is a relatively new treatment. The procedure can only be performed if a good ultrasound image of the foetuses is available and raises particular ethical issues related to the risk of harm to a future child. Relatively little research has been done on the risk of the procedure to remaining foetuses, and the knowledge base is insufficient to draw firm conclusions.

The Committee believes that a statutory regulation must be based on the uncertainty that exists. A majority of the Committee therefore proposes that the current legislation, which stipulates that all cases involving multifetal pregnancy reduction must be processed by an abortion board, be continued. In order to strengthen the quality of the process, the Committee proposes that examination of, guidance of and information provided to the pregnant woman should be compulsory and centralised, and that board proceedings should be handled by a single board. A minority of six members of the Committee also proposes that examination of, guidance of and information provided to the pregnant woman should be compulsory and centralised, but that the pregnant woman should have a form of self-determination until the end of the 14th week of pregnancy. After the end of the 14th week of pregnancy, the minority also recommends that applications for multifetal pregnancy reduction be processed by a board.

The need for better information, follow-up and guidance

In its work on the report, the Abortion Committee spoke to women who have had an abortion, civil society organisations, members of abortion boards and researchers about the follow-up of women who undergo abortions. Despite varying

experiences, the knowledge gathered by the Committee provides a clear picture that pregnant women do not always receive correct and adequate information about the abortion or the process. This applies to both the legal aspects of an abortion and the medical aspects of the abortion itself.

The information provided to the woman seems to be somewhat random and up to the individual hospital. The information on the internet is inadequate. There is limited information in other languages and in different digital formats, such as text, audio and video. Given the number of annual procedures, abortion thus differs from other areas of healthcare. It also appears to be random and up to the individual hospital whether it is health personnel, the abortion board or specialists that provide information to the person seeking an abortion. The Committee therefore proposes that those who are to undergo an abortion should have the right to information and guidance, and that the health services should have a corresponding duty.

One of the clearest findings in the Abortion Committee's knowledge-gathering process was the lack of follow-up services after an abortion, particularly after an abortion was performed late in pregnancy. The vast majority of abortions do not lead to psychological reactions in those who have undergone the abortion. However, many may still need to process the abortion afterwards and talk to someone about the experience. The Committee believes that it should be a right to receive follow-up care after an abortion for those who need and want this.

Women who have undergone an abortion processed by a board have experienced different and inadequate information about their rights and obligations. The women's experiences with the abortion board system are characterised by the imbalance of power between themselves and the board, since the board must decide on the application for an abortion. This limits the room for doubt and the opportunity for good and informative dialogue about the abortion. Fear of rejection affects the women and can also make the actual decision-making process more difficult. Many women find the board meeting both stressful and meaningless, but some also find the meeting with the board to be supportive. The Committee believes that women who want counselling and guidance should receive this both before and after an abortion, but that the boards are not the right place for such guidance and reflection. The Committee therefore proposes that women who are going to have an abortion or are considering an

abortion should be entitled to guidance in the decision-making process.

Simplified abortion pathways and better services

While women experience abortion in different ways and have different needs, all women want sound information and care and need to be treated in a caring and respectful manner by the health service. It is the Committee's assessment that women who have an abortion are generally treated well by the health service in Norway, but that there is also room for improvement. For many women, having an abortion is an emotionally difficult experience, regardless of how they are received and treated by the health service. Some women experience an abortion as a life crisis. Women who need it should have the opportunity for counselling and guidance from personnel with expertise and experience in dealing with women in this situation.

The Committee recognises that there is a need for more uniform practice to ensure good quality services for women seeking abortions in Norway. There is a need for a national guideline for the entire abortion process that describes and provides recommendations for both treatment and follow-up, and for a standardised patient pathway that covers the entire abortion process. It is important to provide uniform national recommendations on pain relief, follow-up, information and guidance, and the Committee recommends that the Norwegian Directorate of Health work out the recommendations.

There is limited knowledge and studies regarding abortion in Norway and the Nordic region. In order to provide good services, the Committee believes that more systematic information about women's experiences must be collected in patient surveys that can be used in planning and improving the quality of services. Register data should be used more actively, and more research and quality improvement work in the health service should be stimulated and facilitated.

It has been important for the Committee to propose measures that both strengthen the information and guidance women receive and clarify responsibilities and roles in terms of who should provide information and who should provide guidance. Information must be neutral and factual, while guidance should contribute to reflection and personal choices. The mapping of the boards' role and women's experience of the abortion process

has highlighted the need for a clearer division of roles. The boards should primarily fulfil the decision-making role. The municipal health services should provide guidance before and after an abortion, and the hospital in connection with the abortion itself.

Several hospitals have good experience with nurse-led abortion care services at outpatient clinics. The women meet with nurses who are trained in the use of ultrasound to determine the length of pregnancy. Time is set aside for counselling and necessary examinations, as well as information. If further follow-up is needed, a doctor, social worker and other personnel groups are available at the hospital. The Committee believes that this is a good use of personnel resources and can serve as an example for other health trusts. Hospitals should systematically map patient-perceived goals and quality goals in connection with the services and try out different ways of organising the service, including looking at appropriate task sharing between personnel groups.

The Committee believes that the legal requirement that the specialist health service at the regional health authorities must offer abortion services to residents in their catchment areas should be continued in order to ensure women's right to abortion services throughout the country. This means that women should still be able to contact the hospital directly and make an appointment at an outpatient clinic for an abortion, regardless of the time of the abortion. At the same time, the Committee believes that there should be no legal barriers to offering abortion in places other than hospitals in the future, and recommends an investigation into how early abortion care outside hospitals can be organised. Quality work, training and expertise can be ensured through training and courses. The Committee therefore proposes several measures to meet the need for training and enhancing the competence of personnel, as well as exchange of experience.

1.8 Ordforklaringer og begreper

Abort: En abort er en avbrytelse av svangerskapet. Man skiller mellom spontan abort hvor svangerskapet avbrytes av seg selv, og provosert abort der svangerskapet avbrytes med medikamenter eller et kirurgisk inngrep. I denne NOUen brukes begrepet abort om provosert abort.

Tidlig abort: I Norge har det vært vanlig å benytte begrepet «tidlig abort» om aborter som skjer før dagens grense for selvbestemmelse i

abortloven, som er ved utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Senabort: I Norge har det vært vanlig å benytte begrepet «senabort» om aborter som skjer etter dagens grense for selvbestemmelse i abortloven.

Trimester: Det er vanlig å dele svangerskapet inn i tre deler: første, andre og tredje trimester. Det er ikke fullstendig konsensus over hvor grensene går. 40 svangerskapsuker uker delt på tre er 13 uker og 3 dager.

Gestasjonsalder: Et mål for hvor langt svangerskapet har kommet, dvs. tiden fra første dag i siste menstruasjon målt i hele uker.

Autonomi: Å ha autonomi betyr å bestemme over seg selv. I praksis tenker vi både på selvbestemmelse og samtykke når vi snakker om autonomi og pasientautonomi. Ordet kommer fra gresk, og auto betyr selv og nomos betyr lov. Begrepet kan forstås som «selv-lovgivning», «selvstyring» eller «selvbestemmelse».

Fosterantallsreduksjon: En medisinsk prosedyre i et svangerskap med to eller flere fostre, der man avslutter utviklingen for ett eller flere fostre mens gjenværende foster eller fostre utvikler seg videre. Inngrepet gjøres ved at man injiserer kaliumklorid i fosterhertet eller i navleavenen til fosteret. Fosterantallsreduksjoner deles inn i to grupper:

- *Selektive fosterantallsreduksjoner* er reduksjon av antall fostre der inngrepet tar sikte på å avslutte utviklingen av et bestemt foster med en medisinsk tilstand.
- *Uselektive fosterantallsreduksjoner* er reduksjon av antall fostre uten spesifikk preferanse knyttet til hvilket foster som man skal avslutte utviklingen av.

Fotocid: En prosedyre der man med intensjon avslutter livet til fosteret i livmoren for å unngå at fosteret fødes levende, eller en prosedyre i forbindelse med fosterantallsreduksjon.

Levedyktig: Dette begrepet kan ha flere betydninger. For det første kan levedyktighet handle om når (hvor tidlig) et barn kan overleve utenfor mors kropp. For det andre kan et foster sies ikke å være levedyktig fordi det har en dødelig medisinsk tilstand, slik at det vil dø under svangerskapet eller svært kort tid etter fødsel.

Kirurgisk abort: Et inngrep ved hjelp av instrumenter, for å avbryte svangerskapet. Inngrepet skjer som en utskrapning av fosteret fra livmoren, og gjøres vanligvis i en kortvarig narkose.

Medikamentell abort: Et svangerskapsavbrudd ved hjelp av medikamenter. Behandlingen foregår

ved hjelp av to legemidler. Det første legemiddelet stopper svangerskapsutviklingen, og det andre, som gis 48 timer senere, gjør at livmoren støter ut foster og morkakevev.

Ultralyd: Bildedannende undersøkelse ved hjelp av høyfrekvente lydbølger.

NIPT (non-invasiv prenatal test): Hos alle gravide finnes det fritt DNA (arvestoff) fra morkaken i blodet. Ved å analysere fritt DNA fra morkaken i mors blod, kan man få informasjon om genetiske egenskaper hos fosteret. NIPT kan blant annet brukes til å påvise trisomier.

Morkakeprøve: Det hentes ut vev fra morkaken via en tynn nål som stikkes inn i livmoren.

Fostervannsprøve: Det hentes ut fostervann via en tynn nål som stikkes inn i livmoren.

Trisomi: Trisomi er et kromosomavvik der cellekjernene har et ekstra kromosom eller en ekstra

del av et kromosom. Når det er et helt kromosom ekstra, og dermed 47 i stedet for det normale 46, er det et numerisk kromosomavvik. De mest kjente trisomiene er de numeriske, trisomi 21, som gir Downs syndrom, og trisomi 13 og trisomi 18, som gir henholdsvis Patau syndrom og Edwards syndrom.

Svangerskapets lengde: Dette beregnes ut fra første dag i den gravides siste menstruasjon. Uker og dager skrives ofte på følgende måte: 2 uker og 6 dager, eller: 2+6. Som utgangen av tolvte svangerskapsuke regnes 11 uker og 6 dager fra den gravides siste menstruasjon. Som utgangen av den 18. svangerskapsuken regnes 17 uker og seks dager fra den gravides siste menstruasjon. Som utgangen av den 22. svangerskapsuken regnes 21 uker og seks dager.

Kapittel 2

Om utvalget og mandatet

Abortutvalget ble oppnevnt av Kongen i statsråd den 17. juni 2022 for å se på abortlovens bestemmelser, oppfølgingen av kvinner som tar abort og vurdere alternativer til dagens abortnemnder.

2.1 Abortutvalgets mandat

Regjeringen besluttet følgende mandat for utvalget:

Utvalget bes gjennomgå bestemmelser i lov om svangerskapsavbrudd og vurdere alternativer til dagens abortnemnder.

Utvalget skal innhente kunnskap om og vurdere rådgivningen og veiledningen av kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd, samt oppfølgingen av kvinner som tar abort. Dagens organisering av tilbudet bør også vurderes.

I tillegg bør utvalget sammenligne praksis for nemnder og oppfølging, med andre nordiske land.

Utvalget skal vurdere et alternativ til dagens abortnemnder som ivaretar dagens grense for selvbestemmelse ved utgangen av tolvte svangerskapsuke og et alternativ der grensen for selvbestemmelse utvides.

Utvalget kan forslå endringer i praktisering, lov og forskrift som følge av sine anbefalinger. Utvalget må også vurdere reglene om fosterantallsreduksjoner.

Følgende føringer skal legges til grunn for utvalgets arbeid:

Samfunnet skal så langt som råd sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Samfunnet skal sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskap om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, slik at antall svangerskapsavbrudd blir lavest mulig.

Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig utenfor mors liv, skal tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis.

Medfører svangerskapet overhengende fare for kvinnens liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i loven.

Helsepersonell skal fortsatt ha rett til å reservere seg av samvittighetsgrunner mot å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd.

2.2 Utvalgets vurdering av mandatet

Abortutvalget har vurdert hvilke avgrensninger og prioriteringer utvalget skal gjøre innenfor tidsrammene for arbeidet.

Utvalget skal gjennomgå bestemmelser i lov om svangerskapsavbrudd og vurdere alternativer til dagens abortnemnder. Utvalget har tolket mandatet slik at det åpner for en grunnleggende gjennomgang av hele abortloven. Abortloven har i all hovedsak stått uendret fra 1975. Det ble gjort enkelte endringer i loven i forbindelse med innføringen av selvbestemmelse i 1978. Det har også blitt gjort noen lovtekniske endringer, og i 2019 ble loven supplert av en bestemmelse om fosterantallsreduksjon. For øvrig har det ikke skjedd endringer i loven på over 40 år, på tross av at det har skjedd store endringer i samfunnet, befolkningens holdninger, teknologi og helseerettslovgivningen. Det er derfor et stort behov for å se på reguleringen av abort. Lovens ulike bestemmelser er flettet sammen. Det er ikke mulig eller ønskelig å trekke ut enkelte bestemmelser eller elementer, uten å ta opp hele loven til revisjon.

Utvalget er bedt om å vurdere oppfølging, råd og veiledning til kvinner som tar abort. Abort omfatter både spontan og provosert abort. Opplevelsen for kvinner som opplever spontan abort og provosert abort kan være liknende når det gjelder følelsesmessige reaksjoner og behovet for gode tjenester og støtte. Utvalget har imidlertid tolket mandatet slik at spontan abort ligger utenfor det utvalget er bedt om å se på. Utvalgets arbeid er derfor begrenset til oppfølging, råd og veiledning i forbindelse med provosert abort.

Mandatet innebærer at utvalget bør ta stilling til og vurdere en rekke etiske problemstillinger knyttet til kvinners selvbestemmelse, reproduktive frihet og privatliv, og fosterets status og verdi. Vi tolker mandatet slik at det også omfatter etiske problemstillinger knyttet til helsepersonells yrkesutøvelse, og hvilke følger de etiske vurderingene har for utformingen av en abortlov. Utvalget har også lagt til grunn at menneskerettighetene danner et viktig utgangspunkt for den nasjonale reguleringen av abort.

Utvalget er bedt om å gjøre en vurdering av et alternativ til dagens abortnemnder som ivaretar dagens grense for selvbestemmelse ved utgangen av tolvte svangerskapsuke. Slik utvalget forstår oppdraget skal det vurderes et alternativ til nemndene basert på at kvinners myndighet til å beslutte i saker om abort bortfaller og overtas av et offentlig beslutningsorgan fra utgangen av tolvte svangerskapsuke. Utvalget har tolket mandatet slik at eventuelle forslag om å erstatte nemndene med obligatoriske prosesser før abort kan innvilges, som obligatorisk rådgivning eller venteperiode, men der kvinnen beholder beslutningsmyndigheten, ikke vil besvare mandatets oppdrag.

Utvalget er også bedt om å vurdere et alternativ med en utvidet grense for selvbestemmelse. Samtidig er utvalget bedt om å legge til grunn at abort ikke kan tillates på levedyktige fostre. Utvalget har derfor vurdert hvor grensen for selvbestemmelse bør ligge innenfor det tidsspennet som er angitt i mandatet, mellom utgangen av tolvte og utgangen av 22. svangerskapsuke. Utvalget legger til grunn at seneste tidspunkt for selvbestemmelse som kan foreslås av utvalget da vil være innen utgangen av 22. svangerskapsuke.

Kvinnens beslutninger om abort fattes ikke i et vakuum. Den enkeltes beslutning om å fortsette eller avbryte et svangerskap fattes på bakgrunn av egne ønsker og ambisjoner, og en vurdering av egne ressurser til å gjennomgå en graviditet og ta hånd om et barn. Men valget påvirkes også av forestillinger om og erfaringer med det samfunnet barnet vil fødes inn i. Vil barnet vokse opp i et godt og trygt samfunn? Vil hun selv få støtte til omsorgsoppgaven? Vil barn og omsorg føre til økonomisk tap, eller tap av videre karrieremuligheter?

I mandatet blir utvalget bedt om å legge til grunn dagens formålsbestemmelse om å sikre barn betingelser for en trygg oppvekst, og sørge

for veiledning og informasjon med sikte på et lavest mulig antall aborter. Velferdsordninger og samfunnets innsats for likestilling og mangfold kan ha stor betydning for kvinners valg om abort eller å fortsette svangerskapet. Dette gjelder særlig i tilfeller hvor det er påvist medisinske tilstander hos fosteret. Utvalget oppfatter imidlertid at det ligger utenfor oppdraget å se eksplisitt på forebygging av abort. Tid og ressurser utvalget har hatt til disposisjon tillater heller ikke en grundig gjennomgang av hvilken betydning samfunnets ordninger har for abort. Utvalget har allikevel valgt å kommentere problematikken i sammenheng med andre temaer.

2.3 Abortutvalgets medlemmer

- *Kari Sønderland*, jurist, tidligere ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, pensjonist, Oslo (utvalgets leder)
- *Astrid Grydeland Ersvik*, seniorrådgiver, Fag- og helsepolitisk avdeling i Norsk sykepleierforbund, Kristiansund
- *Berge Solberg*, professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim
- *Birgitte Heiberg Kahrs*, gynekolog, Spiren fertilitetssenter og førsteamanuensis ved institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU
- *Claus Andreas Klingenberg*, seksjonsoverlege ved nyfødtintensivavdelingen og professor ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø
- *Elham Baghestan*, overlege på Haukeland universitetssykehus, førsteamanuensis ved universitetet i Bergen, Bergen
- *Karl Harald Søvig*, dekan og professor, Det juridiske fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen
- *Kristin Holanger Bodenstern*, avdelingsleder for helsesykepleier- og jordmortjenesten, Grimstad kommune, Arendal
- *Marte Kvittum Tangen*, leder av Norsk forening for allmennmedisin, fastlege, Tynset
- *Morten Magelssen*, førsteamanuensis, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo, Oslo
- *Nina Lem Samuelsen*, helseforetaksjurist, Helse Bergen, Bergen
- *Ståle Onsgård Sagabråten*, fastlege, Nesbyen
- *Tilde Broch Østborg*, overlege, Stavanger universitetssjukehus, Stavanger

2.4 Arbeidsform

Utvalgets møter og kunnskapsinnhenting

Utvalget har hatt et faglig sekretariat med to ansatte som har bistått utvalget: Maren Anna Lervik har vært sekretariatsleder og Bente Bryhn har vært utvalgssekretær. Utvalget har avholdt 13 utvalgsmøter i perioden august 2022 til november 2023. De fleste møtene er avholdt som todagersmøter. Det har vært ett møte i Bergen, ett i Trondheim, fem møter på Gardermoen og seks i Oslo. På møtene høsten 2022 inviterte utvalget eksterne foredragsholdere til møtene som hadde innlegg for utvalget. Et bredt tilfang av fagpersoner og organisasjoner ble hørt. Utvalget har også møtt kvinner som har fortalt om sine erfaringer.

I arbeidet med utredningen har Abortutvalget innhentet kunnskap om abort i Norge, Norden og i andre land. Kunnskapsgrunnlaget består av forskning, rapporter, dokumentasjon, og publikasjoner og informasjon til utvalget gjennom møter med fagpersoner, organisasjoner og interessenter. I tillegg har Helsedirektoratet fått i oppdrag å fremskaffe kunnskap om abort i helsetjenesten. Direktoratet leverte en rapport om dette vinteren 2022 (vedlegg 4). Folkehelseinstituttet ved Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister har bidratt med statistikk om abort i Norge til utvalget. Rambøll har på oppdrag fra utvalget og i samarbeid med sekretariatet gjennomført en spørreundersøkelse blant abortnemndene i Norge (vedlegg 3). Sekretariatet har gjennomført intervjuer med nemndsmedlemmer om praksis og erfaringer. Abortutvalget har også innhentet forskning om kvinners erfaringer med abortnemnder gjennom et forskningsoppdrag til Universitetet i Berge, Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Resultater fra dette forskningsoppdraget blir offentliggjort med NOU-en og ligger som vedlegg 1. Folkehelseinstituttet ved Abortregistret og Medisinsk fødselsregister har utarbeidet en rapport om register og overvåking av abort i Norge med innspill til utvalget med sine anbefalinger (vedlegg 5). Når det gjelder de økonomiske konsekvensene av utvalgets forslag har Oslo Economics AS gjort beregninger og utarbeidet rapport om dette (vedlegg 9).

Organisasjoner og personer som har møtt Abortutvalget

Abortregisteret
Amatheia

Aslak Syse, professor emeritus, juridisk fakultet, Universitetet i Oslo
Benedicte Paus, overlege i medisinsk genetikk, Oslo Universitetssykehus
Buddhistforbundet
Dansk etisk råd, sekretariat og et medlem
Den katolske kirke
Den Norske kirke
Det finske folkehelseinstituttet
Fire kvinner som har vært i abortnemnd
Folkehelseinstituttet, Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister
Foreningen for hjertesyke barn
Fosterkardiologisk samarbeidsgruppe
Helsedirektoratet
Helseklage
Human-Etisk Forbund
Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen
Kvinnefronten
Marianne Kjelsvik, førsteamanuensis, NTNU
Menneskeverd
Muslimsk Dialognettverk
Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU)
Norsk Gynekologisk Forening
Samordningsrådet for tros- og livssynssamfunn
Sentral klagenemnd for abortsaker, noen tidligere og nåværende medlemmer
Sex og samfunn
Socialstyrelsen, Sverige
Statens Sivilrettsforvaltning
Tove Kari Elvbakken, professor i statsvitenskap, UIB
Unge Funksjonshemmede
Verdens helseorganisasjon (WHO)

Møter med eksterne og sekretariatet

På vegne av utvalget og for å fremskaffe informasjon og kunnskap, har utvalgets sekretariat hatt møter med en rekke personer og organisasjoner. I noen av møtene har utvalgsleder også deltatt.

Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister, Folkehelseinstituttet
Amatheia
Ankenævnet i Danmark, sekretariat og leder
Anne Eskild, forsker
Annika Petersen, forsker, Danmark
Sekretariatet for regjeringens ekspertutvalg for inkorporering av CRPD
Det islandske helsedepartementet
Direktoratet for E-helse
Sekretariatet for Diskrimineringsnemnda
Elise Engdahl Bauer, sosialantropolog

Eva Sommerseth, forsker
Finn Egil Skjeldestad, forsker
Universitetet i Sør-Øst Norge (USN) ved Idun
Røseth, Berit Margrethe Sandvik, Eva
Sommerseth, Bente Dahl
Haukeland universitetsjukehus, Kvinneklinikken
Helsedirektoratet
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
(Helseklage)
Inger Økland, leder av sentral klagenemnd for
abortsaker
Kvinnehelseutvalgets sekretariat
Landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet
(RIO)
Nettverk for seksuell helse
Nordisk sosialrettslig nettverk
Norsk helsenet
Oslo universitetssykehus HF, Kvinneklinikken
Primærnemndene, medlemmer fra alle nemndene
Rettsliga rådet Sverige, representanter
Sekretariat for dansk abortsamråd i Region Nord-
Jylland
Sekretariatet for det etiske rådet i Danmark
Sentral klagenemnd for abortsaker
Sex og Samfunn
Signe Veierud Bush, om bok om senabort
St Olavs Hospital, Kvinneklinikken
Stortingsnettverk for seksuell helse på Stortinget
Sølvi Marie Risøy, forsker
Tilla Solli, sosialantropolog
Verdens helseorganisasjon (WHO) ved dr. Bela
Ganatra
Vibeke Blaker Strand, forskningsdekan ved det
juridiske fakultet, UiO
Vilde Bratland Hansen og June Holm, journalister
og forfattere av bok om abort

Seminarer og fagmøter

Sekretariatet har vært til stede på følgende fagmøter og seminarer. I noen av seminarene har også leder og noen medlemmer fra utvalget deltatt.

Danmark – åpen høring om abortgrensen –
Folketinget
Amathea – fagdag
Boklansering av boken «Avbrutt» av June Holm og
Vilde Bratland Hansen
Det Medicinsk selskab seminar om abort
Fagmøte på Litteraturhuset om abort arrangert av
Sex og Politikk
Markering av den internasjonale dagen for trygge
aborter arrangert av Sex og Politikk
Abortnemndkonferansen 2022, arrangert av
Helsedirektoratet

Bistand i arbeidet

Utvalget har innhentet bistand i arbeidet med bestemte kapitler i NOU-en. Utvalget vil takke ph.d.-stipendiat Erika Eidslott for gjennomlesing og tekstbidrag til kapittelet om historikk. Forskningsdekan Vibeke Blaker Strand har lest og gitt innspill til kapittelet om menneskerettigheter. Student Ksenia Mordovets har hjulpet utvalget med fremstilling av statistikk. Nina Husom har hjulpet utvalget med klarspråk og korrektur. Guri Sundgot Halvorsen og Mette Løkeland fra Folkehelseinstituttet, Abortregisteret har bistått med statistikk og fremstilling av statistikken.

Del II
Bakgrunn

Kapittel 3 Hva er abort?

3.1 Abort

Abort er avbrytelse av et svangerskap, og betegnelsen abort brukes både om spontan abort og om provosert abort. Ordet abort kommer fra det latinske ordet *abortus*, avledet av ordet *aborior* som betyr «forgå», «føde for tidlig eller å begynne på uheldig vis» (Nesheim, 2022). I Norge brukes begrepet abort og svangerskapsavbrudd synonymt om provosert abort. Provosert abort er når et svangerskap avbrytes med den hensikt å hindre fødsel av et barn. Provoserte aborter utføres medikamentelt eller kirurgisk.

Årlig gjennomføres rundt 12.000 svangerskapsavbrudd i Norge. Siden 2008 har det vært en jevn nedgang i aborttallene, men i 2022 var det en økning. Man nå er tilbake på nivå med tallene før coronapandemien. Abortraten i Norge var på 9,8 per 1 000 kvinner i fertil alder (15–49 år) i 2022.

De fleste aborter blir utført før niende svangerskapsuke (84,1 prosent) og av alle utførte svangerskapsavbrudd i 2022 var 11 377 (95,1 pro-

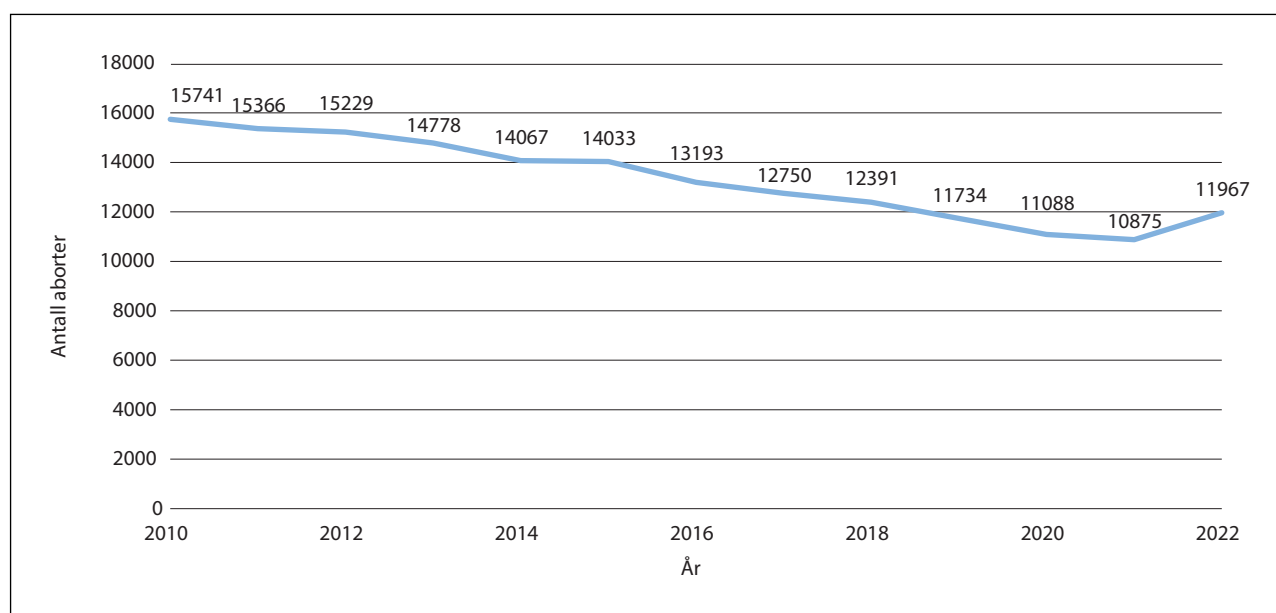
sent) selvbestemte, og 590 (4,9 prosent) nemnd-behandlede (fig 3.3) (Løkeland et al., 2023).

Som statistikken viser, gjennomføres de fleste aborter før kvinnen vet noe om fosterets egenskaper. Grunnen til at den gravide ønsker abort kan være at hun er uønsket gravid og ikke ønsker å få barnet, eller kvinnens livssituasjon, relasjonen til barnefar, at kvinnen ikke ønsker å få barn på dette tidspunktet, eller at hun ikke ønsker å få barn i det hele tatt.

Selektiv abort defineres som en provosert abort der det er sykdom eller uønskede egenskaper hos et foster.

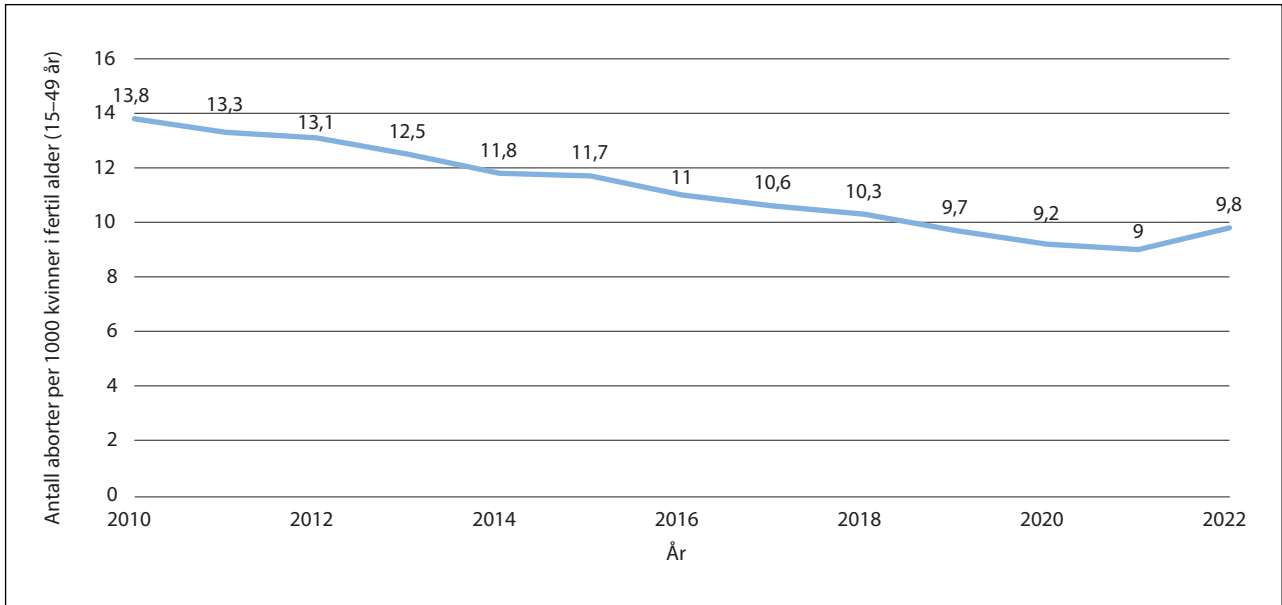
Fosterantallsreduksjon er en prosedyre i et svangerskap med to eller flere fostre der man avbryter utviklingen for ett eller flere fostre, mens svangerskapet fortsetter for ett eller flere av de andre fostrene.

Betegnelsen spontan abort, eller spontanabort brukes om situasjoner der svangerskapet avsluttes av seg selv før fosteret er levedyktig. Det er ikke en avklart medisinsk grense mellom hva som



Figur 3.1 Antall aborter årlig 2010–2022

Kilde: Abortregisteret, Folkehelseinstituttet

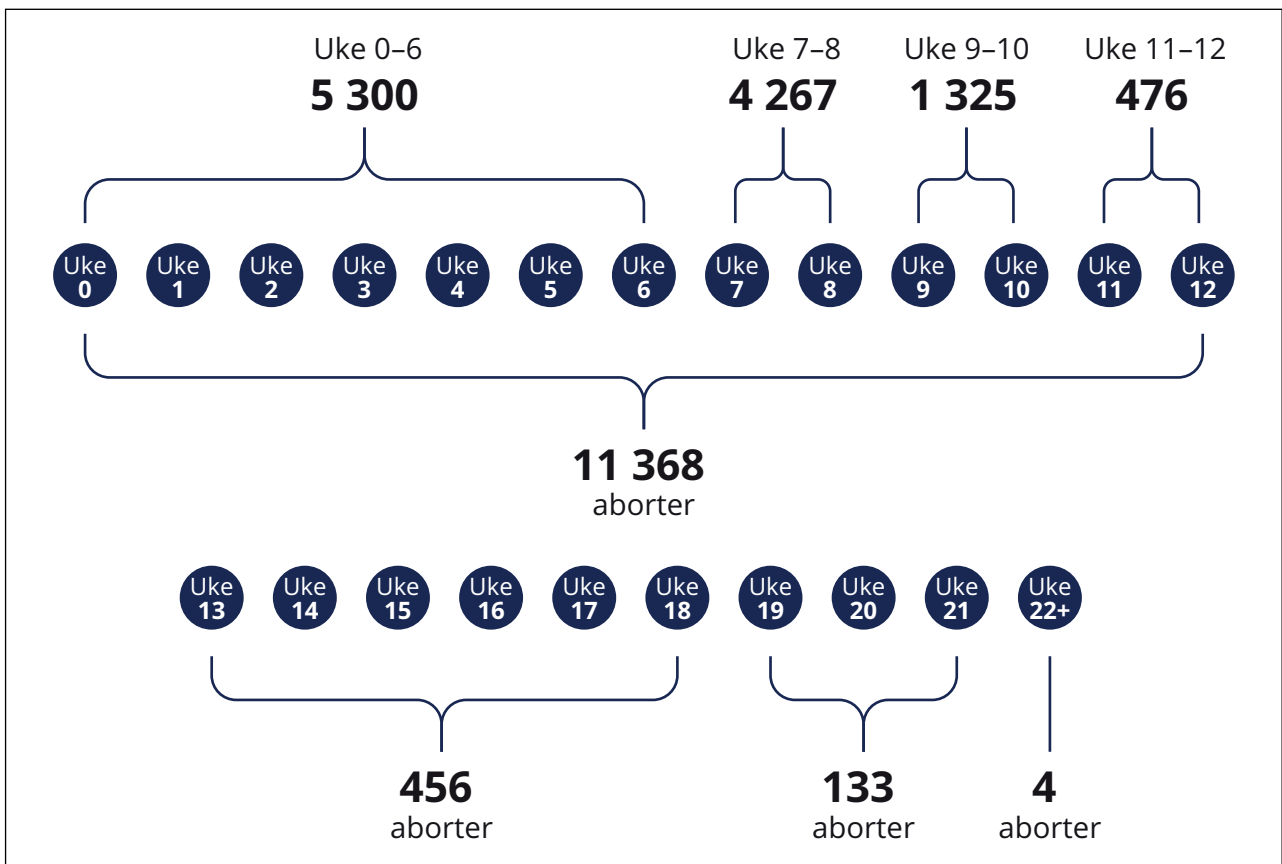


Figur 3.2 Antall aborter per 1000 kvinne 2010–2022

Kilde: Abortregisteret, Folkehelseinstituttet

defineres som spontan abort og hva som defineres som for tidlig fødsel. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at utgangen av 22. svan-

gerskapsuke eller fødselsvekt over 500 gram er nedre grense for registrering av for tidlig fødsel (Nesheim, 2021).



Figur 3.3 Antall svangerskapsavbrudd fordelt på svangerskapets lengde 2022

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS

Kilde: Abortregisteret

3.2 Svangerskapsuker og trimestre

Svangerskapets lengde beregnes ut fra første dag i den gravides siste menstruasjon.

Uker og dager skrives ofte på følgende måte: 2 uker og 6 dager, eller: 2+6. Denne skrivemåten blir benyttet i tabellen under.

Som utgangen av tolvte svangerskapsuke regnes 11 uker og seks dager fra den gravides siste menstruasjon. Som utgangen av den 18. svangerskapsuken regnes 17 uker og seks dager fra den gravides siste menstruasjon. Som utgangen av den 22. svangerskapsuken regnes 21 uker og seks dager.

Tabell 3.1 Oversikt over svangerskapsuker

Første svangerskapsuke	0+0 – 0+6
Andre svangerskapsuke	1+0 – 1+6
Tredje svangerskapsuke	2+0 – 2+6
Fjerde svangerskapsuke	3+0 – 3+6
Femte svangerskapsuke	4+0 – 4+6
Sjette svangerskapsuke	5+0 – 5+6
Sjuende svangerskapsuke	6+0 – 6+6
Åttende svangerskapsuke	7+0 – 7+6
Niende svangerskapsuke	8+0 – 8+6
Tiende svangerskapsuke	9+0 – 9+6
Ellevte svangerskapsuke	10+0 – 10+6
Tolvte svangerskapsuke	11+0 – 11+6
13. svangerskapsuke	12+0 – 12+6
14. svangerskapsuke	13+0 – 13+6
15. svangerskapsuke	14+0 – 14+6
16. svangerskapsuke	15+0 – 15+6
17. svangerskapsuke	16+0 – 16+6
18. svangerskapsuke	17+0 – 17+6
19. svangerskapsuke	18+0 – 18+6
20. svangerskapsuke	19+0 – 19+6
21. svangerskapsuke	20+0 – 20+6
22. svangerskapsuke	21+0 – 21+6
23. svangerskapsuke	22+0 – 22+6
24. svangerskapsuke	23+0 – 23+6

3.3 Svangerskapet og fosterets utvikling

En graviditet fører til brudd i den normale menstruasjonssyklusen. En uteblitt menstruasjon er derfor ofte et av de første tegnene på en graviditet. Uteblitt menstruasjon kan også skje uten at man er gravid, og er derfor ikke et sikkert tegn på graviditet. Ved uteblitt graviditet kan man ta en graviditetstest som måler mengden av et graviditets-spesifikt hormon (Human Chorion Gonadotropin (HCG)) i urinen. Noe senere i svangerskapet kan graviditet fastslås ved hjelp av en ultralydundersøkelse.

Før befruktning har egget blitt frigjort fra eggstokken ca. 24 timer før eventuell befruktning finner sted i egglederen.

Embryoutviklingen begynner med at et egg og en sædcelle møtes og smelter sammen i den øvre delen av egglederen. Etter dette begynner den nydannede cellen en rekke celledelinger, samtidig som den embryoet beveger seg nedover egglederen mot livmoren og fester seg på livmor-slimhinnen veggen fra rundt dag seks etter befruktning.

Herfra utvikler embryoet organismen seg videre, og det etableres morkake, navlestreng og medfølgende blodtilførsel fra mor. Embryologer deler utviklingen inn i tre faser. Først den pre-embryonale perioden fra befruktning og tre uker framover. Så embryonalperioden fra begynnelsen av den fjerde uken etter befruktning til slutten av

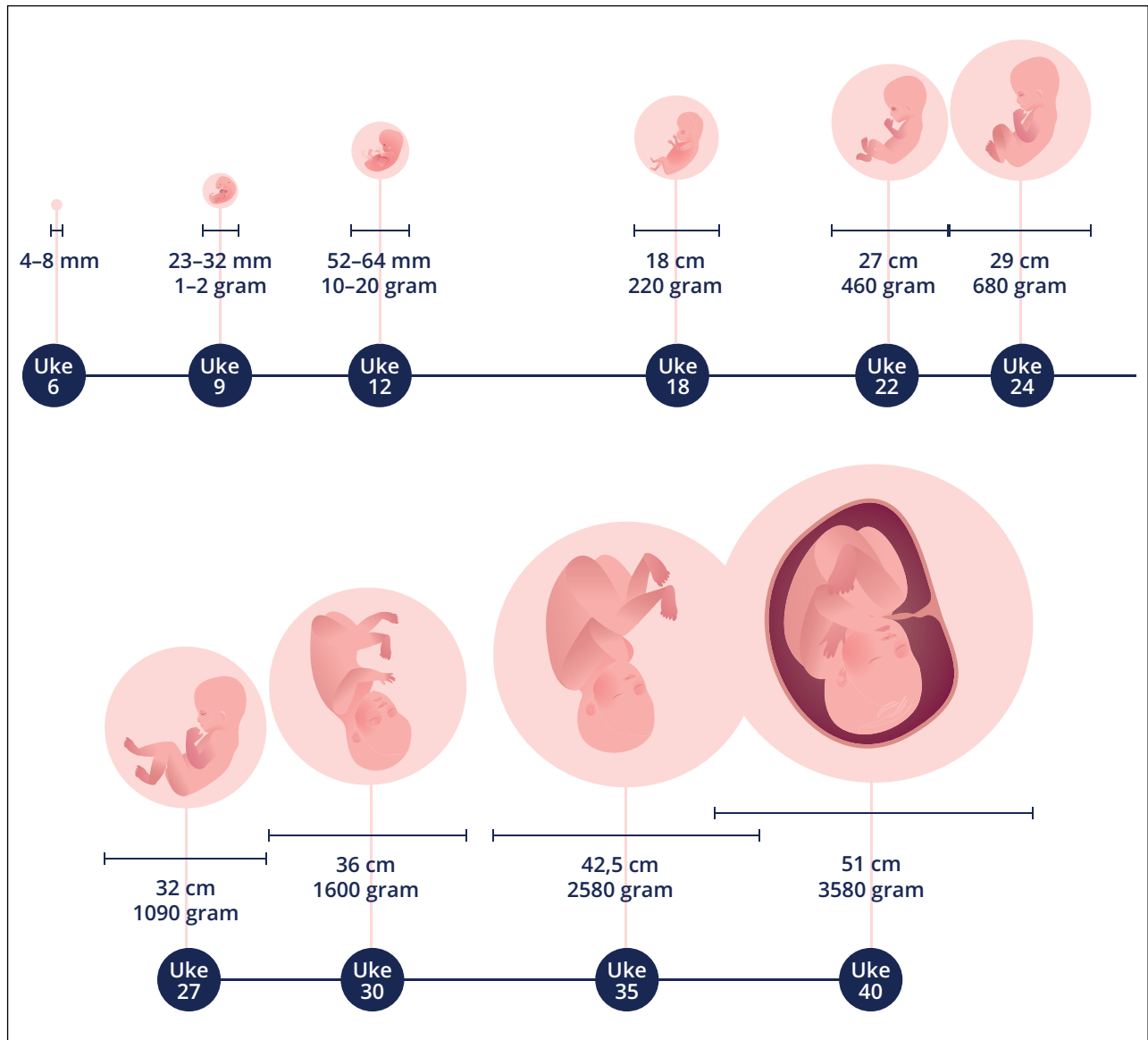
Boks 3.1 Gjennomsnittlig størrelse på et foster i forskjellige graviditetsuker

I tolvte svangerskapsuke er fosteret seks centimeter langt og veier 15 gram. Hodet utgjør halvparten av lengden fra isse til sete. Brus-kvevet som senere utvikler seg til knokkelvev er dannet omkring fosterets hode og i armer og ben. I 18. svangerskapsuke er fosteret 18 centimeter langt og veier 230 gram. Fosterets øyne og ører er nå riktig plassert. Anlegget til lungene er utviklet, men lungene er ikke modne og funksjonsdyktige. I 22. svangerskapsuke er fosteret 26 centimeter langt og veier 400 gram. Fosteret fremstår visuelt ferdigdannet. De tynne lanugohårene dekker nå hele kroppen. Øyenbryn og hår blir synlige. Hendene er større og i stand til å gripe. (Sundhedsstyrelsen, 2023)

den åttende uken, og til slutt fosterperioden fra begynnelsen av den niende uken etter befruktning og frem til fødselen. Inndelingen i perioder er knyttet til tidspunktet for befruktning, ikke svangerskapsuker som omtalt i kap. 3.2.

Etter at kroppens organer og systemer er dannet i embryonalperioden, vokser og modnes fosteret fra åttende uke etter befruktning frem til fødsel rundt 38. uke etter befruktning (41. svan-

gerskapsuke). Hjertet og blodårene begynner å sirkulere blod i løpet av uke tre til fire etter befruktning selv om utviklingen av hjertet skjer gjennom store deler av svangerskapet. De fleste andre organsystemer blir ikke funksjonelle før senere i utviklingen. I uke 12 veier fosteret om lag 10–20 gram, i uke 18 veier det 220 gram, i uke 22 veier det 460 gram. Ved fødsel veier barnet i gjennomsnitt rundt 3600 gram.



Figur 3.4 Fosterets utvikling. Kilde: Sundhedsstyrelsen 2023

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS

Kapittel 4

Historikk om abort i Norge og verden

4.1 Tidlig historikk

Historiske funn viser at kvinner gjennom alle tider har regulert sin egen reproduksjon og fertilitet, gjennom å benytte fertilitetskalendere, langvarig amming, urter og planter. Urter og planter har både blitt brukt til å forhindre svangerskap, og til å fremkalle svangerskapsavbrudd (Reed, 2021). Fertilitet, reproduksjon og reproduktiv kontroll ble ansett som et rent kvinnelig anliggende, da det var lite kunnskap om mannens bidrag til svangerskapet.

Mange av de tidlige samfunnene hadde en liberal holdning til abort. Kinesiske skrifter fra ca. år 4500 f.Kr., og skrifttavler fra Babylon og Egypt fra rundt år 1500 f.Kr. beskriver prevensjonsmetoder og abortmetoder (King, 2022). Historiske skrifter beskriver både metoder for medikamentell abort (urter og planter som fremkaller abort) og metoder for kirurgisk abort.

Fostre ble generelt ikke ansett som fullverdige individer med selvstendig krav på beskyttelse. Denne holdningen reflekteres for eksempel i Hammurabis lover fra 1772 f.Kr. Hammurabis lover foreskriver en mindre erstatning dersom en mann forårsaker abort, mot den gravide kvinnens vilje (ved vold). Lovene har ikke bestemmelser om straff for kvinner som selv fremkaller abort.

Den første kjente loven som forbyr en kvinne å ta abort er assyriske lover fra ca. 1500 f.Kr. Loven påla streng straff for en kvinne som fremkalte abort. Samtidig tillot loven at barnets far begikk fosterdrap. Det antas derfor at forbudet mot abort er knyttet til fars eierskap til sitt avkom og kvinnens underordnede rolle i samfunnet, ikke til at fostre tillegges verdi (King, 2022).

Både i Platons og Aristoteles skrifter fra antikkens Hellas (484–328 f.Kr.) omtales abort. Skriftene anbefaler abort for kvinner over 40 år, eller som metode for familieplanlegging (Platon i «Staten» og Aristoteles i «Politikk»). Dette kan tyde på at det var et liberalt syn på abort i de greske bystatene. Aristoteles beskrev et skille mellom det «uformede» og det «formede» fosteret. Skillet fant

sted etter 40 dager for guttefostre og 90 dager for jentefostre. Dette skillet fikk stor innflytelse senere.

I antikkens Roma var det også et relativt liberalt syn på abort (Barr, 2014; Henrik Syse, 2016). Antikkens Roma var imidlertid et rendyrket patriarkalsk samfunn. Under romersk lov hadde mannen absolutt makt (*patria potestas*), ikke bare over sin kone og barn, men også over sine barns barn og sine slaver. Kvinnen måtte derfor få samtykke fra sin mann, som familiens overhode, for å avbryte svangerskapet.

4.2 Tidlig kristen tid og middelalderen

Et strengere syn på abort kan knyttes til fremveksten av kristendommen, som fremholdt at livet var hellig for alle mennesker fra unnfangelse til død. I den kristne tradisjonen har abort tradisjonelt vært regnet som galt, og som en alvorlig synd (Jones, 2004). Den første kristne teksten som eksplisitt omtaler og avviser abort, er *Didache* eller «De tolv apostlers lære» fra det første århundret e.Kr. Tertullian (født ca. 160, død 220/225 e.Kr.) regnes som den første teologen som tok avstand fra abort gjennom hele svangerskapet. Den kristne holdningen stod i opposisjon til datidens kultur hvor abort ble fritt praktisert (Barr, 2014). Kirkemøtene i Granada i år 305 og Galatina i år 314 var de første kirkemøtene der kirken vedtok å fordømme abort (DeMarco, 1984).

Fra sent i det fjerde århundret begynte kristne teologer å vise til et skille mellom «formede» og «uformede» fostre. Dette skillet fikk i middelalderen stor innflytelse i vestkirken, men ikke i østkirken. Abort av et formet foster ble ansett som en mer alvorlig synd enn abort mens fosteret var uformet, men også abort av uformede fostre ble avvist som synd (Jones, 2004). En beslektet diskusjon var på hvilket stadium fosteret fikk sjel – enten ved befruktningen eller når det var ferdig formet.

Selv om kirken offisielt tok avstand fra abort (Harris, 2017), viser en rekke skriftlige kilder fra middelalderen at kirken i praksis ofte hadde en mer liberal tilnærming (Campbell, 2021). Viktig her var også den pastorale omsorgen for kvinner som hadde fått utført abort. Kirken var opptatt av å legge til rette for anger, tilgivelse og forsoning (Jones, 2004). I middelalderen ivaretok kirken ofte barn som foreldrene ikke kunne ta hånd om. Enkelte prester (som Peter av Spania (1205–1277) – som senere antas å ha blitt pave John XXI) hadde et liberalt syn på abort, fordi de betraktet abort som et bedre alternativ enn at barn ble forlatt av sine foreldre.

De første sykehusene ble etablert ved klostrene og det ble gitt medisinsk behandling og pleie av syke. Skriftlige kilder fra middelalderen viser at det også forekom at abort ble utført i klostre. I boken *Physica and Causae et Curae* beskriver nonnen Hildegard von Bingen (b. 1098) flere urter og planter som fremkaller abort, omtalt som urter for å «bevare menstruasjon» (Campbell, 2021; Stensvold, 2015).

Utenfor klostrene ble helsehjelp gitt av kvinner flest, «kloke koner» eller behandlere uten formell utdanning. Grunnleggende kjennskap til behandling av sykdommer og plager ble ansett som en del av det daglige husholdet. Svangerskap og fødsel ble ivaretatt av kvinner i husholdet eller kvinner med særlig kunnskap og erfaring med fødsler som ble brukt som jordmødre. Myndighetene hadde ikke oppsyn med eller kontroll over fødsler og svangerskap, og hadde begrenset anledning til å gripe inn ved abort. I mange tilfeller kjente bare den gravide kvinnen og hennes kvinnelige hjelpere til aborten (Elsakkers, 2010).

I middelalderen ble det vedtatt flere sekulære lover som forbød abort. Lovverkene tok ofte hensyn til svangerskapslengde. Common law, som vokste frem i England fra 1300-tallet, anså fosteret som en del av kvinnens kropp frem til «quickening», hvor kvinnen begynner å kjenne fosterbevegelser. Kvinner kunne fritt avslutte svangerskapet frem til svangerskapsuke 16–18. Historiske kilder kan tyde på at abort etter svangerskapsuke 16–18 ble ansett som en mindre forseelse, ikke et alvorlig lovbrudd («Roe v. Wade,» 1973). Andre lands lover la betydelig vekt på hvor langt svangerskapet var kommet og den gravide kvinnens helse i straffutmålingen.

Lovforbudene mot abort i tidlig tid var først og fremst som virkemidler for å beskytte mannens verdier, og stadfeste mannens eierskap over sin kone og barn. Lovene er knyttet til den patriarkalske forståelsen av familie og eiendom. Det ble

ansett som kvinnens plikt å forsyne sin mann med avkom. Aborter fratøvet mannen arvinger og verdifull arbeidskraft. Det skjedde betydelige endringer i jordbruket i middelalderen, med nye produksjonsteknikker og eierskapsstrukturer, noe som økte barns verdi.

Med korstogene (år 1000–1300) og de mongolske invasjoner (år 1200–1300) økte også etterspørselen etter arbeidskraft og soldater. Nye lover om forbud mot prevensjon og abort kan ses på som tiltak for å sikre tilførsel av nye befolkningsressurser (Reed, 2021).

4.3 Opplysningstiden

Opplysningstiden (1688–1798) er kjent som en periode der vitenskap, fornuft, frihet, toleranse og framskritt var rådende idealer. Kvinner hadde generelt ingen sterk stilling i samfunnet på 1700-tallet. Utvikling av demokrati, rettferdighet og likeverd gjaldt først og fremst for menn, og kvinnene hadde begrensede juridiske, økonomiske og sosiale rettigheter. Ideene om individuell frihet i opplysningstiden kom i liten utstrekning kvinner til gode i samtiden.

John Locke (1632–1704), er kjent for å forsvare privat eiendomsrett, retten til å bestemme over sin egen kropp og demokratiske rettigheter, og anså abort for en dypt umoralsk handling (Manchester, 2007). Uavhengig av rådende ideer og normer fortsatte kvinner å ta abort. Fremveksten av skolemedisin økte mulighetene for abort for kvinner som kunne betale for profesjonelle tjenester. Kvinner fra lavere sosiale lag brukte urter og planter basert på folkemedisinsk kunnskap, eller abortfremkallende midler fra apotekene. Det var også mulighet for kirurgisk abort for de som kunne betale for dette (Peterson, 2012).

Gjennom opplysningstiden og frem mot slutten av 1700-tallet ble kvinners stilling og likestilling mellom kvinner og menn diskutert og skrevet om, og ideer om kvinners rett og likestilling ble mer utbredt. Blant de forfatterne og filosofene som målbar dette var den engelske forfatteren Mary Wolstonecraft, som skrev det feministiske kampskriftet «Et forsvar for kvinnens rettigheter».

Fra slutten av 1800-tallet ble forbud mot abort en sosial, politisk og religiøs kampsak blant europeiske leger, sosiale reformatorer, politikere og presteskaper. Det ble ansett som uvitenskapelig å legge vekt på kvinnens opplevelse av fosterbevegelse («quickening»). Universitetsutdannede leger trådte frem som eksperter på svangerskap

og fødsel, og skjøv til side jordmødre som tidligere hadde tatt ansvar for svangerskapsomsorg og fødsel (Peterson, 2012).

Legestanden argumenterte for å oppheve lover som vektla fosterbevegelser som avgjørende for når fosteret var beskyttelsesverdig. Samtidig var politikere på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet bekymret over den fallende fødselsraten, og normer om at kvinner burde føde flest mulig barn var utbredt i Europa og USA. I 1894 karakteriserte Theodore Roosevelt kvinner av «god avstamning» som nektet å få barn som «rasekriminelle». I år 1900 hadde de fleste vesteuropeiske land og USA vedtatt lover som forbød abort på alle stadier av svangerskapet, og kriminaliserte abort (Peterson, 2012).

Selv om abort var ulovlig i Vest-Europa og USA fra begynnelsen av 1900-tallet fortsatte kvinner å ta abort.

4.4 Abortlover i Europa i første halvdel av 1900-tallet

I september 1911 fremmet den tyske seksualreformbevegelsen (kvinnebevegelse) krav om politiske og sosiale rettigheter for kvinner, at moderskap må være frivillig og økt kunnskap om seksualitet og prevensjon (Elvbakken, 2021). Fra 1920-tallet vokste det frem nye abortlover i Europa, som igjen åpnet for abort. Russland var først ute med en liberal abortlov i 1920, men fra 1924 ble loven strammet inn slik at abort bare ble tillatt ved fare for den gravide eller fosterets liv.

I Tyskland ble ny abortlov utredet i 1929 av straffelovkomiteen. I 1930 sendte flere hundre kvinnelige leger brev til komiteen med krav om legalisering av abort på medisinske, eugeniske og sosiale indikasjoner.

Nye lover kom først på plass under det nazistiske regimet, som hadde et svært restriktivt syn på abort og nedla klinikker for mødrehygiene og fødselskontroll (Elvbakken, 2021). Disse lovene forbød abort, og påla strenge straffesanksjoner ved brudd på loven. Lovene åpnet unntaksvis for abort ved risiko for den gravides liv, eller av rasehygieniske grunner. Rasehygieniske grunner kunne være at den gravide hadde psykiske, fysiske, intellektuelle eller kognitive funksjonsnedsettelse, var jødisk, polsk, russisk, slavisk, rom, romani eller tater, eller ved risiko for psykiske, intellektuelle eller fysiske avvik hos fosteret. Adgangen til abort på rasehygienisk grunnlag ble begrunnet i hensynet til folkehelse (Chelouche, 2007). Lovene la til rette for at sterilisering og

abort ved tvang lovlig kunne gjennomføres i konsentrasjonsleirene, på kvinner i tvangsarbeid og på «mindreverdige individer» (Erikson, 2003). At abort for «ariske» kvinner var grov forbrytelse, eksisterte side om side med at abort og sterilisering på rasehygienisk grunnlag ble ansett for en nødvendighet.

Danmark var det første landet i Norden som vedtok en abortlov i 1937, og Sverige fulgte etter i 1938. I likhet med andre europeiske lover, forbød lovene abort, og påla straff ved brudd på loven. Lovene gjorde likevel unntak fra forbudet mot abort der graviditeten innebar risiko for den gravides liv og helse, av humanitære grunner (voldtekt o.l.) eller av eugeniske og rasehygieniske grunner. I Danmark var det eugeniske unntaket presisert som fare for at barnet, på grunn av arvelige anlegg, vil bli lidende av sinnssykdom, åndssvakhet, andre vanskelige mentale forstyrrelser, epilepsi eller alvorlig og uhelbredelig legemlig sykdom.

4.5 Historikk om norsk forbud mot abort

I likhet med i andre europeiske land ble barnemord betraktet som en alvorlig kriminalpolitisk utfordring i Norge fra slutten av 1600-tallet. Barnemord ble definert som det å ta livet av den nyfødte, illegal abort (fosterfordrivelse) og barnefødsel i dølgsmål (å føde sitt barn i skjul). I Christian Vs Norske Lov av 1687 stod det at

Lettfærdige kvinnfolk som ombringer sine fostre skal miste sin hals, og deres hoder settes på en stake.

Loven skilte ikke mellom svangerskapsavbrudd og barnemord. Provosert abort og det å ta livet av den nyfødte, var to sider av samme sak.

Den første norske straffeloven, kriminalloven av 1842, hadde bestemmelser om straffearbeid for abort og fosterdrap i § 22. Det straffbare forbudet mot abort ble videreført i straffeloven av 1902 § 245, som bestemte at

Kvinde, der ved fordrivende Midler eller paa anden Maade retsstridig dræber det Foster, hvormed hun er svanger, eller medvirker hertil, straffes for Fosterfordrivelse med Fængsel indtil 3 Aar.

Gjør nogen anden end Moderen sig skyldig i Fosterfordrivelse eller i Medvirkning hertil, straffes han med Fængsel indtil 6 Aar. Har han

handlet uden Moderens Samtykke, anvendes Fængsel i mindst 2 Aar, men fra 6 Aar indtil paa Livstid, saafremt hun som Følge af Forbrydelsen omkommer.

Til tross for streng regulering, fortsatte kvinner å kontrollere sin reproduksjon gjennom prevensjon og abort. Det antas at det i Norge på 1950-tallet ble foretatt om lag 3000 legale og 7000–10.000 illegale aborter hvert år (Kvinnemuseet, 2023).

Selv om antallet illegale aborter (fosterfordrivelse) var høyt, var antallet domfellelser lavt. Kriminalstatistikken for 1950–1954 viste at det i gjennomsnitt var fire domfellelser per år og 131 påtaleunnlatelser (Andenæs, 1956). Det ble sjelden reist tiltale mot kvinnen selv.

En gjennomgang av høyesteretts praksis av saker etter straffeloven av 1902 § 245 kan tyde på at domstolene i sin straffeutmåling la vekt på medisinske og sosiale forhold som formildende omstendigheter ved straffeutmålingen. For eksempel viser høyesterett i sak Rt-1937-204 til forhørsrettens vurderinger av at

For siktede nr. 2 finnes straffen likeledes å burde settes til fengsel i 45 dager. I formildende retning er også her tatt hensyn til den dårlige økonomiske stilling som siktede var i, at hun hadde 2 barn i alderen 5 og 3 år gamle, og at det vilde ha stillet sig ytterst vanskelig for henne å få nok et lite barn å forsørge; hun er enke og har kun kr 10 om uken til sig og sine 2 barn.

Etter loven var det bare *den rettsstridige* abortfremkallelse som var straffbar. Når aborten var rettsstridig, sa ikke loven ikke noe om. Det var domstolens oppgave å trekke grensen i praksis. Straffeloven § 345 ble tolket i lys av nødrettsbestemmelsen i straffeloven § 47.

Det ble ansett som sikker rett at abort kunne utføres på grunn av medisinske indikasjoner. Utviklingen i antallet aborter, og kunnskap om praksis på sykehusene, tydet på at aborter også ble gjennomført på grunnlag av etiske, eugeniske eller sosial-humanitære indikasjoner (Andenæs, 1956).

Påtalevesenet og domstolene overprøvde ikke sykehuslegenes vurdering av hvilke aborter som rettmessig kunne utføres. De sakene som ble bragt inn for domstolene gjaldt utelukkende saker mot «kvakksalvere», eller i enkelte tilfeller kvinnen selv.

Fra første halvdel av 1900-tallet var kampen for frivillig moderskap en hovedsak for den norske kvinnebevegelsen. Bevegelsen krevde at det skulle være mulig å unngå uønskede graviditeter

(Elvbakken, 2021). Den norske kvinnesaksforjemperen Katti Anker Møller krevde legalisering av abort i sin tale «Moderskapets frigjøring» i 1915, og i 1917 tok Arbeiderpartiets kvinneforum opp arbeidet for å endre straffeloven § 245.

I medisinske kretser ble lovlig tilgang til abort diskutert av Norsk kirurgisk forening i 1929 (Ot.prp. nr. 15 (1959)). Overlege ved Kristiansand sykehus, Kristen Andersen, argumenterte for en liberalisering, i første rekke av aborter på det han kalte den *humanitære* indikasjon – det vil si abort av hensyn til vanskeligstilte kvinner. Legeforeningen fremmet deretter forslag til lov om avbrytelse av svangerskap i 1930. Her argumenterte man for en liberalisering av abort av hensyn «til vedkommende kvinne resp. vedkommende hjemms økonomiske stilling eller hensynet til samfundet» (Gjæver, 2005).

Initiativene for å legalisere abort i Norge i første halvdel av 1900-tallet var begrunnet i flere ulike hensyn. Kvinnesaksforeningene kjempet først og fremst for at kvinner skulle gjenvinne retten til reproduktiv kontroll og eierskap over egen kropp. Arbeiderklassekvinnene var opptatt av at kvinner i fattige hjem og umulige situasjoner burde få tilgang til lovlige og trygge aborter. Fra politisk hold ble det argumentert for å åpne for abort på sosial indikasjon for å begrense utgiftene til fattigstøtte. En rekke leger og deler av kvinnebevegelsen tok til orde for å tillate abort og sterilisering for å redusere antallet åndssvake, sinnsyke, epileptikere og forbrytere (Elvbakken 2021, Eidslott 2017).

Forslag til endringer i straffeloven § 245 og ny Lov om avbrytelse av svangerskap ble framsatt av stortingsrepresentant Signe Swensson (Høyre) for Odelstinget 14. mai 1935. Odelstinget sendte forslaget over til Regjeringen. 5. juli 1934 nedsatte Justisdepartementet en komite som skulle vurdere straffeloven § 245. Komiteen foreslo at det skulle være adgang til å avbryte svangerskap ved medisinsk, etisk, eugenisk eller sosial indikasjon. Forslaget ble fulgt opp av Justisdepartementet, og et konkret lovforslag, uten sosial indikasjon, ble diskutert av regjeringen i 1938. Medlemmer av regjeringen var bekymret for at forslaget, uten sosiale indikasjoner, ville medføre en innstramning av datidens praksis. Regjeringen ønsket derfor ikke å fremme forslaget for Stortinget, og lovarbeidet ble lagt på is.

Den første norske abortloven ble vedtatt av det tyske okkupasjonsstyret som «lov nr. 2 til vern av folkeætten» i 1943. Loven åpnet for abort på medisinsk og eugenisk grunnlag. Forskrift til loven listet opp ti antatt arvelige «sykdommer og

defekter» som ga grunnlag for abort. Loven ble opphevet etter krigen. Okkupasjonsstyret jobbet generelt med å innskjerpe abortpraksis, stengte mødrehygienekontorene og forbød fritt salg av prevensjon (Elvbakken, 2021).

I 1959 framsatte Regjeringen i Ot.prp. nr. 15 (1959) forslag til lov om adgang til avbrytelse av svangerskap. Lov om svangerskapsavbrot i visse høve ble vedtatt i 1960 og trådte i kraft 1. februar 1964. Loven forbød abort unntatt

- «når det er naudsynleg til berging mot alvorleg fare for livet eller helsa til kvinna,
- når det er alvorleg fare for at arvelyte hos nokon av foreldre, eller sjukdom hos kvinna medan ho går med barnet, eller skade på fosteret i mors liv kan føre med seg at barnet kjem til å få ein alvorleg sjukdom eller eit stort lekamleg eller sjelelig lyte,
- når det er grunn til å tro at kvinna vart med barn avdi ho vart krenkt.»

Forslag til ny lov ble fremmet i Ot.prp. nr. 38 (1974–1975), og loven trådte i kraft 1. januar 1976. Endringene i 1975 sett i forhold til loven av 1960 var i hovedsak at kvinnen selv fikk søknads- og ankerett. Loven ble også supplert med en adgang til abort på sosial indikasjon, når svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kunne sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon. Nemnda skulle i sin vurdering av de medisinske, sosiale og arvemessige indikasjonene tillegge kvinnens bedømmelse av egen livssituasjon betydelig vekt.

I 1978 ble det gjort ytterligere endringer i loven, hvorav den viktigste endringen var at kvinner fikk rett til selvbestemt abort frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke. Det ble ikke vedtatt ny lov, og loven fra 1975 ble i all hovedsak videreført. Vilkårene for abort ble ordrett videreført, med den forskjell at vilkårene fra 1978 gjaldt aborter etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Det ble ikke foreslått endringer i søknads- og behandlingsprosedyren som ble innført ved loven av 1975. I lovforslaget ble det foreslått en ny formålsparagraf som programfestet samfunnets ansvar og plikter overfor barnet og dets oppvekstvilkår.

Bestemmelsen i straffeloven § 245 ble endret da abortloven ble vedtatt i 1960. Etter dette gjaldt forbudet i straffeloven for aborter uten at de lovlig indikasjoner for et slikt inngrep var til stede, eller uten at vedtak om avbrudd var truffet av noen som hadde myndighet til det. Da abortloven ble supplert med sosiale vilkår i 1975, ble straffeloven samtidig endret slik at abort for den gravide ble avkriminalisert. Straffebudet om abort ble

ikke videreført i den nye straffeloven av 2005. Da straffeloven ble iverksatt fra 2015 ble straffebudet flyttet til abortloven § 13.

4.6 Historikk om de norske abortnemndene

Som omtalt i kap. 4.4 var abort tidligere forbudt i straffeloven. Loven forbød *rettsstridig* abort. Fra 1920 ble stadig flere aborter gjennomført på offentlige sykehus (115 i 1920 til 1622 i 1933) (Andenæs, 1956). Det var i praksis opp til sykehuslegen å vurdere om det forelå lovlig grunnlag for abort, slik at aborten var *rettmessig*.

I forslaget til Lov om avbrytelse av svangerskap, som ble innlevert til Odelstinget av en stortingsrepresentant i 1935 ble det foreslått å tillate svangerskapsavbrudd etter søknad til et legeråd på det lokale sykehuset. Legerådet skulle settes sammen av sykehuslege, distriktslege og lege oppnevnt av fylkesmannen. Lovforslaget ble ikke fremmet for Stortinget

Abortloven som ble vedtatt av det tyske okkupasjonsstyret, lov nr. 2 til vern av folkeætten, åpnet for abort på medisinsk og eugenisk grunnlag etter søknad til Medisinaldirektøren.

Fra juridisk hold ble det, etter krigen, etterlyst tydeligere regler om adgangen til abort, formelle regler om hvem som skal treffe avgjørelsen, og regler for å sikre at faren for tilfeldigheter og utglidning reduseres (Andenæs, 1956). Det ble samtidig påpekt at adgangen til abort reiser spørsmål som ikke er av rent medisinsk, men av allment moralsk art, og at avgjørelsene derfor ikke alene kan hvile på medisinsk sakkyndighet.

Den første ordinære norske loven om svangerskapsavbrudd fra 1960 bestemte at søknad om abort skulle fremsettes av kvinnen selv, og avgjøres av to leger. Den ene legen skulle oppnevnes av fylkeslegen, den andre skulle være ansatt ved gynekologisk eller kirurgisk avdeling ved sykehuset. Ved avslag kunne kvinnen få prøvet sin sak på nytt av to leger ved et annet sykehus.

Lov om svangerskapsavbrudd av 13. juni 1975 nr. 50 videreførte regelen om at vedtak om abort skal fattes av to leger. Loven omtaler dette som en *nemnd*. Ved avslag ble kvinnens søknad automatisk sendt videre for annengangs prøving for en annen lokal nemnd. Denne klagenemnden skulle suppleres av et medlem som ikke var lege. Nytt i loven er at vedtak i nemnden skulle treffes etter samråd med kvinnen.

1975-loven ble endret på visse punkter i 1978. Det ble vedtatt formålsbestemmelse til loven, og

at kvinner fikk rett til selvbestemt abort frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke. Nemndenes vedtaksmyndighet ble opprettholdt for søknader om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke.

4.7 Rettsutvikling og politikk om abort i nyere tid i Norge

Endingen av abortloven i 1978, slik at kvinner fikk rett til selvbestemt abort til utgangen av tolvte svangerskapsuke, var en viktig seier for kvinnebevegelsen. Etter lovendringen i 1978 var mange beredt på å forsvare loven. Dette ble reflektert i 8. mars-paroler fra 1979, med utsagn som «aldri mer strikkepinner – forsvar abortloven» (Elvbakken, 2021).

Kvinnebevegelsen var klar over at mange ønsket å endre loven, og i Stortingsvalget i 1981 var det nettopp uenigheter rundt abortsaken som forhindret en flertallsregjering utgått av Høyre, Senterpartiet og KrF. Senterpartiet og KrF ønsket å avvike selvbestemt abort. Høyres landsmøte hadde vedtatt å stille stortingsrepresentantene fritt. Fristillingen medførte at det ikke var flertall for å avvike retten til selvbestemt abort. Høyre-regjeringen imøtekom Senterpartiet og KrF ved å beslutte at erfaringene med abortloven skulle undersøkes, og at det skulle arbeides for å redusere antall aborter (Elvbakken, 2021).

I St.meld. nr. 17 (1982–83), Erfaringer med lov om svangerskapsbrudd og svangerskapsforebyggende tiltak, kom det frem at antallet aborter var redusert etter innføringen av loven, og at erfaringen med loven alt i alt var gode. I denne Stortingsmeldingen foreslo Høyre-regjeringen endringer i loven i form av å gi barnefaren rett til å uttale seg, og å innføre obligatorisk rådgivning. I sosialkomiteens behandling av meldingen, Innst. S. nr. 147 (1982–83), ble forslagene imidlertid avvist. Sosialkomiteen understreker viktigheten av å forebygge uønskede svangerskap, og samtidig sikre hjelp og støtte til vanskeligstilte gravide og mødre. I oppfølgingen av meldingen ble det bevilget betydelige ressurser rettet mot å forebygge uønskede svangerskap og abort, særlig tiltak rettet mot ungdom for å oppmuntre til bruk av prevensjon (Elvbakken, 2001).

Frykten for sorteringssamfunnet – diskusjonene om selektiv abort

Utover det grunnleggende spørsmålet om hvorvidt selvbestemt abort bør tillates eller ikke, har

diskusjonene om abort også innrettet seg mot de etiske rammebetingelsene som bør foreligge. Teknologiske fremskritt, som har gjort det mulig å identifisere medisinske tilstander hos fostre, har medført en debatt om det såkalte «sorteringssamfunnet», med bekymringer om at fostre med visse egenskaper ville bli «sortert ut» (Saugstad, 2016).

I St.meld. nr. 26 (1999–2000) Om verdier for den norske helsetenesta, fra regjeringen Bondevik II ble det uttrykt at blodprøver og annen fosterdiagnostikk som kunne si noe om fosterets helse og egenskaper, ville kunne øke faren for sortering av mennesker ut ifra en oppfatning om hva som er gode og dårlige egenskaper. Parallelt med dette delte regjeringen ut midler til organisasjoner som arbeidet med tiltak for å forebygge abort (Elvbakken, 2001).

Frykten for det grenseløse ved teknologien og dens implikasjoner ga opphav til å tematisere moralske implikasjoner ved abort. Selvbestemt abort var én ting, men såkalt selektiv abort på grunn av fosterets egenskaper ble ansett som en sak med egne, etiske spørsmål. Selv om abort på grunn av alvorlig sykdom eller skade hos fosteret lenge hadde vært tillat gjennom abortlovens § 2 tredje ledd bokstav c, var det en bekymring for nye metoder som ville gjøre det enklere å oppdage avvik, og tilrettelegge for økt seleksjon (Gulbrandsen, 2000).

Denne motstanden mot «sorteringssamfunnet» har imidlertid ikke ført til lovendringer, tross politiske initiativer. Da KrF i september 2018 forhandlet med Høyre om regjeringssamarbeid, var abortloven et tema i forhandlingene, og da særlig abortloven § 2 tredje ledd bokstav c (Elvbakken, 2021). Diskusjonene om å gjøre endringer i denne bestemmelsen ble imidlertid møtt med store protester, og regjeringen gikk ikke inn for å endre bestemmelsen.

Helsepersonells reservasjonsrett i abortspørsmålet

Også helsepersonells mulighet til å reservere seg mot å gjennomføre eller henvise til abort har skapt politisk debatt (Elvbakken, 2021). I rundskriv av 31. oktober 2011 Om reservasjon for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, uttalte Helse- og omsorgsdepartementet at det ikke var adgang for kommunen til å fritta leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for oppgaver som er pålagt ved lov eller forskrift. Rundskrivet utløste en omfattende debatt, særlig fordi flere fastleger forut for rundskrivet hadde avtaler med kommunen om at de ikke var forpliktet til å henvise til for eksempel

abort. Som følge av dette, ble det inngått en avtale mellom KrF, Fremskrittspartiet og Høyre av 30. september 2013 om at partiene var enige om at «Det gis reservasjonsmuligheter for fastleger etter dialog med Den norske legeförening» (NOU 2016: 13).

I 2014 foreslo regjeringen, på initiativ fra KrF, at fastleger skulle kunne reservere seg mot å henvisse til abort, men forslaget ble senere trukket tilbake. Forslaget ble møtt med en rekke kritiske høringsvar, og man så usedvanlig store mobiliseringer rundt den internasjonale kvinnedagen, 8. mars (Elvbakken, 2021). Endringsforslaget ble oppfattet som en trussel mot abortloven og kvinners selvbestemmelse, en lov som på mange måter ble betraktet som en selvfølge.

Et nytt forslag ble sendt på høring i juni 2014. Det nye forslaget omfattet endringer i fastlegeforskriften og abortforskriften, som innebar at det ikke var nødvendig med henvisning fra fastlegen for å få abort. Kvinnen kunne, hvis hun ønsket, ta direkte kontakt med sykehuset.

4.8 Historikk om fosterantallsreduksjon i Norge

Tross politiske diskusjoner rundt abort, og politiske endringsforsøk, sto abortloven urørt i mange år, ut over rent tekniske tilpasninger. I 2019 ble lovens innhold imidlertid endret for første gang siden 1978. Loven ble supplert av en ny bestemmelse om adgang til fosterantallsreduksjon. I 1978 hadde man ikke teknologi som muliggjorde gjennomføring av fosterantallsreduksjon, og det var derfor ingen særskilt bestemmelse for dette i abortloven (Elvbakken, 2021).

Fosterantallsreduksjoner ble i perioden 2002 til 2016 utført ved fostermedisinsk avdeling på Rikshospitalet i Oslo og ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St Olavs hospital i Trondheim. Indikasjonene var et flerlingssvangerskap hvor et foster hadde en alvorlig medisinsk tilstand eller når det var fire eller flere fostre.

På bakgrunn av internasjonal erfaring, forskning og praksis med reduksjoner ved trillingsvangerskap, ba fagmiljøene, blant annet Nasjonalt senter for fostermedisin i Trondheim og fostermedisinsk avdeling ved Rikshospitalet, om en avklaring av den rettslige adgangen til fosterantallsreduksjon. I 2014 ble representanter fra det fostermedisinske fagmiljøet invitert til å fremlegge sitt syn og erfaringer for Helsedirektoratet.

Samtidig ble problemstillingene rundt fosterantallsreduksjon omtalt i media, blant annet at noen norske kvinner dro til utlandet for å få utført fosterantallsreduksjon med tvillinger, og ordet «tvillingabort» dukket opp i media (Rosa & Omland, 2016; Svendsen & Omland, 2014)

Før 2016 ble de rettslige rammene for fosterantallsreduksjon oppfattet som uklare, særlig om gravide hadde rett til fosterantallsreduksjon på lik linje med abort før utgangen av tolvte svangerskapsuke. Helsedirektoratet, som fagansvarlig myndighet, ba derfor i Helse- og omsorgsdepartementet om en avklaring på om fosterantallsreduksjon skulle anses som abort i rettslig sammenheng.

I 2016 avga lovavdelingen i Justisdepartementet en tolkningsuttalelse om at fosterantallsreduksjoner anses som abort, og er regulert av abortloven. Det innebar at kvinner hadde selvbestemmelse frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke, og at fosterantallsreduksjon kunne innvilges på lovens vilkår etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Helsedirektoratet besluttet samme år at alle fosterantallsreduksjoner skulle utføres ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs Hospital. Bakgrunnen for dette var en faglig vurdering av at føtid og fosterantallsreduksjon var en høyspesialisert tjeneste som krever særlig kompetanse.

I perioden mellom 2016 og 1. september 2019 ble de som søkte om fosterantallsreduksjon innen utgangen av tolvte svangerskapsuke innkalt til en medisinsk undersøkelse og samtale så nær opptil utgangen av tolvte svangerskapsuke som mulig. Begjæring ble signert og informasjon om inngrepet ble gitt før utgangen av tolvte svangerskapsuke, for at begjæring skulle skje innenfor tidsrommet for selvbestemmelse. Selve inngrepet ble utført uken etter av medisinske grunner. Loven ble tolket slik at det ikke var nødvendig med nedsbehandling, selv om selve inngrepet ble gjort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, da det er en åpning i loven for å utsette inngrepet av medisinske grunner.

I Granavolden-plattformen fra januar 2019 erklærte daværende regjering at den ville «Fjerne åpningen for abort av en eller flere friske flerlinger (fosterreduksjon) i et svangerskap før grensen for selvbestemt abort». Abortloven ble endret med virkning fra 1. september 2019. Loven ble supplert med en ny bestemmelse § 2a som særskilt regulerer adgangen til fosterantallsreduksjon, se kap. 10.4.

Kapittel 5

Etiske perspektiver på abort

5.1 Introduksjon

Abortetikk kan diskuteres ut fra både individuelle og samfunnsmessige perspektiver. Fra et individuelt perspektiv, i den enkelte saken, vil det klas-siske etiske dilemmaet kunne fremstilles som å handle om et foster med en mulig rett til liv på et eller annet tidspunkt i svangerskapet, satt opp mot en kvinnes rett til å kunne bestemme over egen kropp og eget liv. Denne antatte interessekonflikten har ført til omfattende etikkdebatter om foste-rets eventuelle moralske status, kvinnens rett til å bestemme over egen kropp og eget liv, og forholdet mellom de to. Interessekonflikten synes samti-dig å ligge som et sentralt premiss for dagens abortlov (Syse, 1993).

I et større samfunnsperspektiv handler de etiske diskusjonene og dilemmaene blant annet om samfunnets rett til å sette begrensninger på kvinners privatliv og selvbestemmelse, befolk-ningskontroll, kjønnslikestilling og samfunnets syn på funksjonsnedsettelse og avvik.

Abortdebatten er komplisert. For at en etisk diskusjon skal bli konstruktiv, må diskusjonspart-nerne ikke snakke forbi hverandre, men disku-tere det samme. Begynner vi med fosteret, er det første spørsmålet som melder seg gjerne når menneskelivet begynner. Dette behøver ikke opp-fattes som et *normativt* (etisk) spørsmål, om vi tenker i rene biologiske termer. Det etiske spørs-målet oppstår når man spør «Når får fosteret moralsk status?», eller «Hvilken moralsk verdi har fosteret på ulike stadier i svangerskapet?» Dette vil vi diskutere nedenfor.

Det etiske kjernespørsmålet er langt bredere enn som så. Det kan formuleres for eksempel som «Når er abort moralsk rett og galt?», eller «Når er kvinnen moralsk rettferdiggjort i å velge abort?». Her står kvinnen i sentrum, og fosterets moralske status er bare ett av flere premisser, om enn et potensielt tungtveiende premiss, avhengig av hvordan denne moralske statusen vurderes.

Spørsmålet om hvordan abort bør lovregule-res følger ikke med logisk nødvendighet fra spørs-

målet om når man betrakter abort som rett eller galt. Eksempelvis kan man være tilhenger av en liberal regulering selv om man har et restriktivt abortsyn, fordi man vektlegger at borgerne kan treffe egne valg i viktige etiske spørsmål. Eller man kan mene at abortregulering må ses i sam-menheng med hva slags effekter slik regulering har eller ikke har på abortpraksis.

5.2 Fosteret moralske status: Tre modeller

Individer som har «moralsk status» har rett på større eller mindre grader av andres respekt og hensyntagen. Med moralsk status kommer moral-ske rettigheter. Den mest grunnleggende rettig-heten, er den moralske retten til liv. Fosterets moralske status er derfor et potensielt viktig pre-miss for abortdebatten. For eksempel er det van-lig å argumentere ut fra at jo høyere moralsk sta-tus fosteret anerkjennes å ha på et gitt stadium, jo sterkere skal hensynet til fosteret vektlegges i interessekonflikten med den gravide.

Den akademiske litteraturen om fosterets moralske status er svært omfattende (Tannen-baum & Jaworska, 2018). Det argumenteres for og imot ulike syn. Noen hevder at spørsmålet er uløselig, i den forstand at det ikke er mulig å komme frem til et endelig svar på hvilken moralsk status fosteret har på ulike stadier. Uenigheten kan springe ut av uforenlige filosofiske eller livs-synsmessige grunnpremisses. Felles for de fleste som diskuterer spørsmålet i academia eller i offentligheten er riktignok at man mener at alle *fødte* mennesker har den samme moralske statu-sen og et ukrenkelig menneskeverd med fulle menneskerettigheter.

De ulike teorier om fosterets moralske status kan grupperes i tre: umiddelbart verd, forsinket verd og gradualisme (Greasley, 2017; Magelssen & Solberg, 2020). *Umiddelbart verd* betyr at men-skeverdet oppstår ved befruktningen. *Forsinket verd* innebærer at fosteret får menneskeverd et

stykke ut i svangerskapet, ved en gitt milepæl, eller eventuelt ved fødselen. *Graduelt verd* betyr at fosterets moralske status øker gradvis gjennom svangerskapet, inntil fullt menneskeverd inntreffer ved en oppnådd milepæl.

Posisjonen «umiddelbart verd» er i vår kultur knyttet til kristendommen, men den kan også gis en ikke-religiøs begrunnelse (Kaczor, 2023). En vanlig kristen begrunnelse er at menneskelivet i biologisk forstand begynner ved befruktningen, og at Gud har omsorg for alle mennesker fra livets begynnelse til livets slutt. Menneskeverdet følger av at mennesket er skapt i Guds bilde (Høringsuttalelse til Utkast til endringer i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven), 2006). Posisjonen «umiddelbart verd» er riktignok ikke enerådende innen kristendommen i dag (og har heller ikke vært det historisk, se kap. 4.1). En mulig ikke-religiøs begrunnelse for umiddelbart verd forankrer menneskeverdet i vår felles menneskenatur, og påpeker at alle individer som biologisk er medlemmer av menneskearten – også embryoet og det befruktede egget – har menneskenatur (Kaczor, 2023).

Teorier om «forsinket verd» argumenterer ofte for at individet må ha utviklet visse egenskaper for å kunne være en «person» i moralsk forstand, og at det kun er personer som har moralsk status. Evne til, eller i hvert fall anlegg for, bevissthet og rasjonell handling er noen slike egenskaper som har blitt foreslått som nødvendige kriterier for personstatus og dermed moralsk status (Boonin, 2002; Singer, 2011). En annen teori om forsinket verd knytter moralsk status til levedyktighet, de vil si fosterets evne til å overleve utenfor mors liv. Andre igjen vil argumentere for at fosteret får moralsk status ved fødsel. Innen islam er «forsinket verd» en utbredt posisjon som baserer seg på at besjeling skjer 120 dager etter unnfangelsen, og at dette er en viktig skillelinje (Svensson, 2010).

«Graduelt verd», at fosteret får gradvis økende moralsk status etter som svangerskapet skrider frem, passer med moralske intuisjoner om at fosteret blir mer «som oss» dag for dag. Det passer også med den embryologiske utviklingen, hvor vi kan se på bilder hvordan fosteret gradvis blir til det vi gjenkjenner som et menneske. I dagens abortlov legges det til grunn at fosteret har et gradvis økende rettsvern. En mulig fortolkning av abortloven er derfor at den legger til grunn en etisk gradualisme.

5.3 Etikken rundt levedyktighet

Levedyktighet står sentralt i mange etiske og juridiske perspektiver på abort. Som nevnt ovenfor kan levedyktighet for noen være knyttet til en teori om forsinket verd. Nettopp det at fosteret kan overleve utenfor kvinnens kropp, kan indikere at det har de egenskapene som skal til for å bli tilskrevet menneskeverd.

Dette er imidlertid bare en av mange fortolkninger av levedyktighetsbegrepet etiske relevans. En mer utbredt forståelse er at levedyktighet markerer muligheten for at fosteret kan overleve som *uavhengig individ*. Denne tankegangen har vært rådende i amerikansk abortpraksis og kan spores tilbake til *Roe v Wade* fra 1973 («*Roe v. Wade*,» 1973), se også kap. 19.10. Høyesterett i USA utledet den gang kvinners rett til abort fra retten til frihet og privatliv. Men grensen for denne retten gikk ved fosteret levedyktighet fordi det markerte punktet hvor fosteret kunne leve uavhengig av kvinnekroppen. Amerikansk høyesterett uttalte at

With respect to the State's important and legitimate interest in potential life, the «compelling» point is at viability. This is so because the fetus then presumably has the capability of meaningful life outside the mother's womb. State regulation protective of fetal life after viability thus has both logical and biological justifications.

Levedyktighet er et begrep med et krevende etisk innhold. Det representerer ingen egenskap ved fosteret. Grensen for levedyktighet endrer seg kontinuerlig, fordi den er knyttet til den teknologiske utviklingen i nyfødttmedisinen. Mange mener at den teknologiske grensen for når det er mulig å redde et for tidlig født barn med maksimal behandlingssinnsats er den etisk relevante svaret for en absolutt abortgrense (Ursin & Syltern, 2023). Et slikt standpunkt kan ha ulike begrunnelser. Uansett vil et slikt standpunkt kunne innebære begrensninger i retten til abort i fremtiden, dersom det utvikles avansert livreddende teknologi for fostre.

Det hersker imidlertid ikke enighet om hva levedyktighet er, og når et foster er levedyktig. For eksempel kan *maksimal* behandling for å redde liv for ekstremt premature være noe annet enn *optimal* behandling (Ursin & Syltern, 2023). Deler av det nasjonale og internasjonale fagmiljøet innenfor nyfødttintensivmedisin, vil være skeptiske til å igangsette livreddende behandling i svangerskapsuke 23, og i tvil i uke 24. Synet på

levedyktighet og behandlingsanbefalinger i nyfødttmedisin kan variere mellom ulike kulturer og land. Flere land, som Sverige, tilbyr behandling av ekstremt premature fra uke 22. Andre land benytter en nedre grense for behandling i uke 24–26. I land med liten tilgang til høyteknologisk intensivbehandling av ekstremt premature, kan vurderingen av levedyktighet være en helt annen, og nærmere uke 30. Den norske abortforskriften har fra 2014 slått fast at den legale levedyktighetsgrensen går ved utgangen av den 22. svangerskapsuken.

Juridisk spiller levedyktighet en svært viktig rolle i abortregulering i ulike deler av verden. Samtidig er levedyktig et krevende kriterium å definere, og i internasjonal lovgivning varierer begrepets meningsinnhold i betydelig grad (Romanis, 2020).

5.4 Råderett over egen kropp, selvbestemmelse og likestilling

Kampen for selvbestemt abort har historisk sett vært en sentral kampsak for kvinnebevegelsen. Det har handlet om likestilling, likeverd og selvbestemmelse over egen kropp, eget liv og egen fremtid. Kvinner bærer frem neste generasjons borgere, og takken for dette viktige arbeidet bør ikke være at andre bestemmer over deres kropp og liv.

I et feministisk perspektiv kan den innebygde interessemotsetningen i abortloven hevdes å være problematisk. Loven setter kvinnens interesser opp mot fosterets interesser, og en abortnemnd skal avgjøre hvem sine interesser som veier tyngst. En slik antatt interessemotsetning synes å redusere kvinnekroppen til et slags «oppbevaringssted» for en uavhengig person med egne interesser, «a fetal container» (Purdy, 1990). Svangerskapet anses som noe separat fra kvinnen og kvinnekroppen. Fra et feministisk ståsted er det problematisk å tenke på fosteret som et slags uavhengig individ plassert i kvinnekroppen, og en slik tenkemåte vil potensielt kunne lede til alvorlige overgrep mot gravide, for eksempel tvangskeisersnitt.

Abort vil være en realitet i svært mange kvinners liv, og er en del av den kvinnelige erfaringshorisonten. Fra et feministisk ståsted er utgangspunktet at ingen er bedre egnet enn den gravide selv til å ta en beslutning om hun vil avbryte eller fortsette et svangerskap (Sherwin, 1991). En gravid kvinne som vurderer abort vil måtte balansere en rekke ulike hensyn, som hensynet til eventuelt

eksisterende barn, utdanning, sivil status, økonomi, jobb, osv. Kvinnens etiske refleksjon rundt å fortsette eller avbryte svangerskapet vil bero på en samlet vurdering og avveining av de ulike hensynene. Fra et feministisk perspektiv er det illusorisk å tro at andre bedre kan ta denne beslutningen om kvinnens kropp og hennes fremtid enn kvinnen selv. En slik overprøving oppfattes som et uttrykk for forakt for kvinners behov for kontroll med egen reproduksjon.

Mye abortdebatt, som vi har vist i kap. 5.2, har handlet om fosterets moralske status kan være et hensyn som setter en slags legitim grense for kvinnens rett til å råde over egen kropp. Om man velger å anse fosteret som en person med rett til liv, på et eller annet tidspunkt i svangerskapet, vil ikke dette da representere en absolutt grense for kvinnens råderett over egen kropp?

I abortdebatten er det flere som har benektet dette, ikke minst fra et feministisk etisk ståsted. Fremstillingen av at fosterets moralske status er det avgjørende etiske spørsmålet, slik vi startet dette kapitlet med, kan lett gjøre kvinnen sekundær i debatten. Et mye brukt argument for hvorfor kvinnens råderett over egen kropp og eget liv egentlig er det avgjørende spørsmålet, er argumentet om at ingen kan kreve å benytte en annens kropp for egen overlevelse uten et slags samtykke fra hovedpersonen. Dette argumentet ble utviklet i en berømt artikkel om abort av den amerikanske filosofen Judith Jarvis Thomson i 1971 (Thomson, 1971). Dette gjelder også i tilfeller der den som er avhengig av en annens kropp er en person med rett til liv. Om eksempelvis Per er avhengig av en benmargstransplantasjon fra Pål for å overleve, så kan ikke Per kreve denne bruken av Påls kropp uten samtykke fra Pål, uansett om vi anerkjenner at Per har en rett til liv, eller om Per og Pål er i nær familie. Selvsagt ville det være barmhjertig av Pål å stille sin kropp til disposisjon, men Pål har ingen plikt til å være barmhjertig, og krenker ingen annens rett til liv ved å la være (Boonin, 2019). Eksemplet brukes ofte for å illustrere at vi ville syntes det var utenkelig å kunne kreve at en mann stilte sin kropp til disposisjon for andres overlevelse. På samme måte kan vi ikke kreve at en kvinne stiller sin kropp til disposisjon i ni måneder for et foster. Dette gjelder uansett om man anerkjenner at fosteret har en rett til liv.

Svangerskap og fødsel er en kjønns-spesifikk opplevelse. Bare biologiske kvinner kan gjennomgå svangerskap og fødsel, og erfare de fysiske, psykiske og sosiale konsekvensene av dette, som individ og gruppe. Nettopp den kjønns-spesifikke dimensjonen og argumentet om kvin-

nens rett til å bestemme over egen kropp er også det som kan forklare hvorfor kvinnen, og ikke mannen, er den som tilskrives selvbestemmelse i abortvalget. Enkelte har tatt til orde for å revurdere mannens plass i abortbeslutninger (Døving, 2015). Selv om et fremtidig barn også kan påvirke mannens fremtid, så er selvbestemmelsen knyttet til kvinnen fordi bare hun kan ta avgjørelser knyttet til sin egen kropp. Kvinners rett til et selvstendig valg om abort hviler samtidig på en erkjennelse av at det først og fremst er kvinner som bærer de sosiale konsekvensene av barn og omsorg.

En vektlegging av kvinners moralske rett til kroppslig autonomi, selvbestemmelse og likestilling blir ofte møtt med en henvisning til det personlige ansvar. I abortsammenheng formidles dette gjennom uttalelser som at «kvinner bør være deres ansvar bevisst», og «unngå graviditet hvis den ikke er ønsket» (Heðinsdóttir & Scott-Fordsmann, 2023). Fysisk autonomi, selvbestemmelse og likestilling oppnås i valg av seksuell atferd, ikke i etterkant, i en slik forståelsesramme.

Spørsmålet blir om det er rimelig å redusere uønskede graviditeter til et spørsmål om «ansvarlig oppførsel» i en verden hvor vi har mer eller mindre sterke seksuelle drifter, prevensjon ikke alltid er tilgjengelig, sikker eller effektiv (Lilleeng & Kringstad, 2023), og hvor prevensjon fortsatt kan ha bivirkninger som vurderes som uakseptable. Berit Austveg har påpekt at «brukerfeil er uunngåelige, ellers ville menneskenes seksualferd måtte være omtrent like lidenskapsløs som tannpuss» (Austveg, 2017). Økonomiske, sosiale, psykologiske omstendigheter eller helse kan være et hinder for en trygg graviditet, eller for et godt foreldreskap. Parforhold kan være umodne, skadelige eller ustabile. En tredjedel av kvinner blir i løpet av livet utsatt for seksuelle overgrep, og rundt tolv prosent av jenter i videregående skole forteller at de har blitt presset til samleie eller seksuelle handlinger (NOU 2022: 21). Det feministiske perspektivet har tradisjonelt fremholdt viktigheten av at barna som settes til verden er ønsket. Dette målet har også bred støtte i andre miljøer.

5.5 Konsekvensetikk og abortregulering

Mange sentrale spørsmål i abortsaken handler om konsekvenser. Leder en abort i de fleste tilfeller til god livskvalitet og tilfredshet med valget, eller eventuelt til anger og depresjon? Vil god til-

gang til aborttjenester øke eller senke kvinners deltakelse i høyere utdanning og arbeidsliv? Slike spørsmål ar vært gjenstand for omfattende empirisk forskning over mange tiår. Fra et konsekvensetisk ståsted vil det være handlingers konsekvenser som er avgjørende for vurderingen av hva som eventuelt er rett og godt.

Et særlig relevant spørsmål i sammenheng med abort er hvilke konsekvenser ulike typer abortregulering har. Om en bestemt type abortregulering X leder til bedre konsekvenser enn en abortregulering Y, så ville mye tale for at X er etisk bedre enn Y. En åpenbar utfordring med denne tankegangen vil være å bli enige om hva som er gode og dårlige konsekvenser. Eksempelvis, om abortregulering X leder til lavere aborttall enn abortregulering Y, så er det ikke gitt at X er en etisk bedre abortregulering enn Y dersom regulering X innebar at gravide som ønsket abort ikke fikk tilgang på abort.

En annen utfordring er at konsekvensene av en bestemt regulering kan også være vanskelig å forutse med noen grad av sikkerhet. Selv om man i prinsippet kan tenke seg at ulik abortregulering leder til ulike virkeligheter, kan man kanskje tenke at det blir en kompleks oppgave å vurdere ulike type konsekvenser opp mot hverandre. I sine abortanbefalinger viser WHO til at abortregulering ikke har nevneverdig innvirkning på antallet aborter i et land (Guidelines Review Committee, 2022). Kvinner lar ikke være å ta abort i land med restriktiv abortregulering. Snarere tar de nokså like valg som kvinner i land med liberal abortregulering. Da kan det hevdes at den viktigste forskjellen mellom abortpraksiser i land med liberal kontra restriktiv regulering, er at man i det første tilfellet vil ha tilgang til lovlige, trygge og sikre aborter mens man i det andre er henvist til illegale og farlige aborter.

5.6 Dygdsetikk og abort

Dygdsetikk handler om våre oppfatninger om hvordan vi best duger som mennesker. Dygdsetikken forbindes gjerne med Aristoteles. Et sentralt element i hans filosofi er at våre forestillinger om dygd springer ut fra fellesskapet vi tilhører. I de fleste samfunn og fellesskap i dag finnes det imidlertid høyst ulike meninger i abortsspørsmålet. Er det da mulig å hente ut noe relevant fra denne etiske tenkemåten?

På tvers av land er abortdebatten preget av noen felles trekk. Generelt argumenterer de som vil forsvare et restriktivt ståsted, med at en liberal

lovgivning ikke beskytter fosteret godt nok, kan lede til høyere aborttall og at kvinner kan komme til å ta abort av grunner som ikke er tungtveiende. De som forsvarer en liberal abortlovgivning peker ofte på at kvinner som velger abort har tungtveiende grunner for sitt valg, og at det ikke blir flere aborter ved mer liberal lovgivning. Et fellestrekk i argumentasjonen er at alvor og ansvarlighet står på spill. I vår allmenmoral synes det altså å være en utbredt oppfatning om at abortspørsmål skal møtes med ansvarlighet og en erkjennelse av alvorret i saken. Få eller ingen i den offentlige debatten vil argumentere for at abort er et trivielt spørsmål.

Om vi mener at alvor og ansvarlighet er det som preger og kanskje bør prege abortspørsmålet, så er det imidlertid ikke gitt hvorfor. Det er mulig å mene dette fordi man har bestemte tanker om fosterets moralske verdi. Men det er også mulig å mene dette fordi det å sette barn til verden, er alvorlige saker. Sånn sett forutsetter ikke den «rette holdningen» til abortspørsmålet et bestemt syn på fosterets moralske status.

Ser man på den politiske striden om abort i Norge (Elvbakken, 2021), er det ikke urimelig å hevde at kjernen i denne har handlet om hva som representerer den ansvarsfulle holdningen til abort. Den restriktive siden i politikken har kjempet mot kvinners selvbestemmelse utfra en redsel for en slags uansvarlighet hos kvinnen. Kvinnebevegelsen og den liberale siden i politikken har historisk sett hevdet at kvinner ville tatt ansvarlige valg om de bare fikk bestemme selv. En lederartikkel i VG fra 1979, året da selvbestemt abort ble iverksatt, illustrerer dette poenget, ved å uttrykke begeistring for lave aborttall; «Denne gledelige utviklingen viser at norske kvinner og menn ikke er så ansvarsløse som man skal ha det til (...) Motstanderne av selvbestemt abort hevder nå at nedgangen i abortsøknader også skyldes større bevisstgjøring om alvorret i situasjonen. Det har de forhåpentligvis rett i, for abort er en alvorlig avgjørelse.» («Gledelig om abort,» 1979)

Dygdsetikken kan ikke løse spørsmålet om hva slags regulering vi bør ha, men den synliggjør at reguleringens funksjon kan være at abortspørsmålet møtes med det «nødvendige alvor». En måte å forstå meningen med abortnemndene på er at deres funksjon er å forsikre samfunnet om at alle beslutninger om senabort er preget av alvor og ansvarlighet (Solberg, 2022).

5.7 Fosterdiagnostikk, etikk og abort

Fosterdiagnostikkens inntog i svangerskapsomsorgen medførte at man sto overfor en tilsynelatende ny type aborter som ledet til nye etikkdebatter. Mens abort tradisjonelt sett har blitt forbundet med uønskede svangerskap, så handlet abort etter fosterdiagnostikk om svangerskap som i utgangspunktet var ønsket inntil en medisinsk tilstand ble avdekket hos fosteret.

En rekke nye etiske spørsmål oppsto i kjølvannet av den helseteknologiske utviklingen. «Den nye abortdebatten» (Clemet et al., 1996) handlet ikke bare om fostrene som ble abortert, men også om verdigheten for fødte mennesker. Fosterdiagnostikken kunne nå avdekke alvorlige tilstander og diagnoser hos fosteret. Kunnskap om behandlingsmuligheter og -behov, funksjonsnedsettelse og fremtidsperspektiver ble viktig for at kvinnen, og eventuelt paret, kunne treffe en informert avgjørelse om å fortsette eller avbryte svangerskapet. Abortvalgsituasjonen handlet plutselig også om synet på mennesker som var «annerledes», om diskriminering på grunn av funksjonsnedsettelse, og hvilke signaler fosterdiagnostikken sendte om liv som ikke var verdt å leve. I den akademiske debatten om funksjonsnedsettelse ble det hevdet en etisk relevant forskjell mellom en abort av et «ukjent» foster, og abort av et foster på grunn at fosterets individuelle egenskaper («the any-particular distinction») (Parens & Asch, 2000). I Norge ble ofte den kritiske merkelappen «sorteringssamfunnet» brukt i politiske debatter om fosterdiagnostikk og abort.

Det etiske forsvaret for abort etter påvisning av alvorlige medisinske tilstander handler i bunn og grunn om de samme temaene som ved abort etter uønsket graviditet. Valget handler om selvbestemmelse, råderett over egen kropp, kontroll over egen fremtid og tanker og livsvalg om eget liv og familiens liv og fremtid. For eksempel kan man tenke at et barn med alvorlig sykdom eller funksjonsnedsettelse vil kunne bli en for stor belastning for familielivet. Den gravides beslutning kan også være motivert av tanker om barmhjertighet ved svært alvorlige tilstander hos fosteret.

Til påstanden om at abort ved fosteravvik er diskriminerende, vil det etiske motargumentet være at dette ikke handler om fødte mennesker, men fostre. Så lenge fostre ikke er innvilget en individuell status med krav på beskyttelse, og så lenge abort er tillatt dersom det foreligger en tungtveiende grunn, vil denne posisjonen hevde at man ikke kan snakke om diskriminering. Derimot

er det rimelig å anta at et tilbud av fosterdiagnostikk og abort rettet mot bestemte diagnoser, kan oppleves som krenkende av mennesker som lever med tilsvarende diagnoser, berørte familier og familiemedlemmer, fordi tilbudet kan synes å uttrykke et negativt syn på funksjonsnedsettelsen og bidra til stereotype oppfatninger. Denne *ekspressive* siden av fosterdiagnostikk og abort, kan man neppe komme helt unna (Holm, 2008).

Abort etter fosterdiagnostikk setter blivende foreldre i et nytt dilemma. I slike tilfeller er svangerskapet ofte ønsket, og kanskje også planlagt. Det kan innebære at paret allerede har begynt å se på seg selv som foreldre i det de møter opp til fosterdiagnostisk undersøkelse. Foreldrerollen, forstått gjennom allmenmoralen, er ikke noe man går inn og ut av, og nettopp derfor blir abortvalgsituasjonen som kan oppstå etter fosterdiagnostikk, spesielt krevende for de som opplever den – ikke bare emosjonelt, men også moralsk.

5.8 Helsetjenestens etikk og møtet med abortspørsmålet

Om abortspørsmålet opp gjennom tidene har vært diskutert i form av egne spørsmål som danner en slags «abortetikk», så inngår også provosert abort i dag som en helsetjeneste. Det betyr at den etikken som preger helsetjenesten generelt også omfatter og virker inn på abortspørsmålet. Her skal vi gi en kort introduksjon til helsetjenestens etikk.

Etikken som setter en etisk standard for helse-tjenestens profesjonsutøvelse, kaller vi *profesjonsetikk*. Profesjonsetikken, enten den springer ut fra legene, sykepleierne eller jordmødrene, har som formål å sikre tilliten til profesjonen, og vise samfunnet at profesjonen er tilliten verdig i og med det samfunnsoppdraget man har fått som profesjonsutøver. Profesjonsetikken er som regel ganske konkret, og den gir en slags «oppskrift» på hva helsepersonell skal strekke seg etter (for eksempel å myndiggjøre pasientene), og hva de for enhver pris skal unngå (for eksempel å seksuelt utnytte pasienter).

Jordmødrenes yrkesetiske retningslinjer er naturlig nok mer direkte relatert til arbeidet med reproduktive spørsmål enn legeföreningens etiske regler. Stikkord som går igjen i retningslinjene er omsorg, respekt for selvbestemmelse, å sette kvinner i stand til å mestre situasjonene de står i og bidra til at kvinnene treffer informerte valg som de kan stå inne for:

Jordmødre jobber med den enkelte kvinne i et partnerskap der de deler relevant informasjon. Relasjonen mellom jordmor og kvinne vektlegger brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke. Jordmødre respekterer en kvinnes rett til informert valg, og arbeider for at kvinnen godtar ansvaret for utfallene av sine egne valg.

Dette er viktige formuleringer sett på bakgrunn av at abortsøkende kvinner historisk sett har opplevd mye avvisning og fordømmelse, og lite respekt i helsetjenesten. Retningslinjene presiserer hva man i dag anser som en ønsket holdning og væremåte, og som man tenker vil skape tillit hos gravide, uansett om graviditeten er ønsket eller uønsket.

Profesjonsetikken er imidlertid ikke den eneste retningen innenfor helsetjenestens etikk. I 1979 publiserte Beauchamp og Childress en fire-prinsippers-etikk for helsetjenesten (Beauchamp, 1994). Prinsippene fungerer som et enkelt etisk kompass, og benyttes i mange deler av verden: Husk aldri å skade («primum non nocere»), husk å gjøre godt, handle rettferdig og respekter pasientens selvbestemmelse. Disse fire prinsippene fanger trolig opp de viktigste etiske dimensjonene av en helsearbeiders hverdag. Ifølge teorien er alle de fire prinsippene likestilte og like viktige og må veies mot hverandre. Senere teoretikere har ment at autonomi-prinsippet bør ha forrang (Gillon, 2003). Fra 1979 har autonomi stadig blitt et viktigere hensyn, og preger dagens helseetikk.

I helsetjenesten har det skjedd en dreining fra å anse pasienten som passiv mottaker, til aktiv medvirker (Nylenna, 2021). I Norge skjedde dette for alvor fra 1980-tallet av. Legeloven av 1980 hadde bestemmelser om informasjon, samtykke og medvirkning. Pasientenes rettigheter ble senere formalisert, og pasientrettighetsloven (senere pasient- og brukerrettighetsloven) fra 1999 var en milepæl. Drivkreftene for disse endringene kom ikke fra helsetjenesten selv, men fra trender i den generelle samfunnsutviklingen: Demokratisering, økt utdanningsnivå og internasjonal påvirkning (Nylenna, 2021). Vi har altså gått fra en situasjon med *paternalistiske* (fra latin, *pater* – far) leger som tok beslutninger uten nødvendigvis å involvere hovedpersonen selv, pasienten, til en situasjon der pasienters samtykke er en forutsetning for helsehjelp, der deres preferanser tillegges vekt, og der de blir involvert i beslutningsprosessen. Slik er i hvert fall idealet.

For at en pasient skal kunne utøve sin autonomi (selvbestemmelse), må tre kriterier være

oppfylt: Pasienten må ha fått tilstrekkelig og tilpasset informasjon, pasienten må få medvirke uten tvang eller utilbørlig ytre påvirkning, og pasienten må selv være i stand til å ta et valg for seg ut fra egne ønsker og preferanser. Denne siste evnen betegnes som «beslutningskompetanse» eller «samtykkekompetanse». Pasientmedvirkning kan ivaretas gjennom metoder som «samvalg» (engelsk: «shared decision-making»). Dette betegner systematisk kommunikasjon mellom helsepersonellet og pasienten for at man sammen kan ta informerte og verdibaserte valg om helsehjelp. Samvalg er særlig aktuelt i situasjoner der det ikke er én handlemåte som peker seg ut som entydig det beste ut fra en medisinsk-faglig vurdering. Jo større faglig usikkerhet, jo viktigere blir pasientens egne verdier, vil mange hevde. Da må det legges til rette for at disse verdiene skal bli satt ord på og få plass i samtalen.

Den sterke betoningen av pasientens selvbestemmelse og egne verdier, god informasjon og samvalg i dagens helsetjeneste kan være et argument for at veiledningen i forbindelse med abort må være god. For gravide som opplever valget om abort som krevende eller er usikre på hva de skal velge, bør helsetjenesten stille opp med god og tilpasset veiledning og informasjon. Veiledningen må ta utgangspunkt i kvinnens ståsted og verdier og la henne få tid og rom til å sette ord på disse.

Videre kan helseetikken legge føringer for hvordan tjenestene håndterer de medisinske val-

gene som er forbundet med en abort, hvor kanskje det viktigste er valget mellom medikamentell og kirurgisk abort. Helsedirektoratet har påpekt at kvinner som fremsetter ønske om selvbestemt abort, skal få gjennomført dette så snart de ønsker og med den mest fordelaktige metoden ut fra medisinske kriterier og et reelt samvalg. Samvalget står altså helt sentralt i den praktiske gjennomføringen av abort. Men samvalget spiller også en rolle utover dette: En typisk målsetning for mange leger som sitter i abortnemnd, er å kunne gi støtte til den gravide og hindre at hun opplever «å stå alene i valget» (Salvesen, 2021). Samvalget får her en eksistensiell og verdimeessig dimensjon.

Kan man på basis av den økte betoningen av autonomi som har funnet sted siden abortloven ble vedtatt i 1975, slutte at rommet for selvbestemmelse bør være større i en abortlov som er oppdatert for 2020-tallet? Et grunnleggende spørsmål vil være om abort *bør* betraktes som en ordinær helsetjeneste. Noen vil se på abort som en verdikonflikt der det er flere berørte parter enn den gravide selv. Det er ulikt «vanlige» situasjoner der helsetjenesten tilbyr pasienter helsehjelp. Til tross for at abortspørsmålet altså mer og mer har blitt innlemmet i helseetikken, så vil det nok fremdeles oppfattes å være noen særtrekk ved abort som ikke gjør det til en helt ordinær helsetjeneste.

Kapittel 6

Holdninger til abort i samfunnet

6.1 Holdning til abort i befolkningen

Holdninger til abort i samfunnet har stor betydning for lovregulering, praksis og tilbud i tje-
nesten for de som tar abort, og den enkelte kvin-
nes valg og opplevelse. Kvinnens valg om abort
tas innenfor en personlig, sosial og samfunns-
messig kontekst, og påvirkes av hennes personlige
holdninger, av holdninger og normer i sosiale
grupper som kvinnen er en del av, og av holdnin-
ger og normer i samfunnet. Holdninger og nor-
mer er ikke en konstant størrelse, men er sosialt
konstruert og sosialt delt. Holdninger til ulike
spørsmål kan også endres gjennom historien, og
varierer mellom ulike grupper i samfunnet. På
hvilken måte holdninger kommer til uttrykk kan i
stor grad være situasjonsbestemt.

Samfunnets holdninger til etiske problemstil-
linger kan være preget av ubevisste konstruk-
sjoner som deles og reproduseres i sosiale set-
tinger. Når det gjelder abortspørsmålet, er holdnin-
ger sterkt påvirket av følelser. Holdninger til abort
er sammenvevd og forsterkes av de følelsene som
aktualiseres i abortspørsmålet, for eksempel myn-
diggjøring vs. umyndiggjøring, selvbestemmelse
over eget liv og egen kropp, seksualitet, frihet, syn
på kjønnsroller, morsrolle og foreldreskap. Abort-
spørsmålet er et personlig valg i en personlig situ-
asjon for den gravide. Samtidig er det et spørsmål
som påvirker andre rundt henne. Det er et spørs-
mål som mange har sterke meninger om når det
gjelder hva som er rett og galt, moralsk og umo-
ralsk.

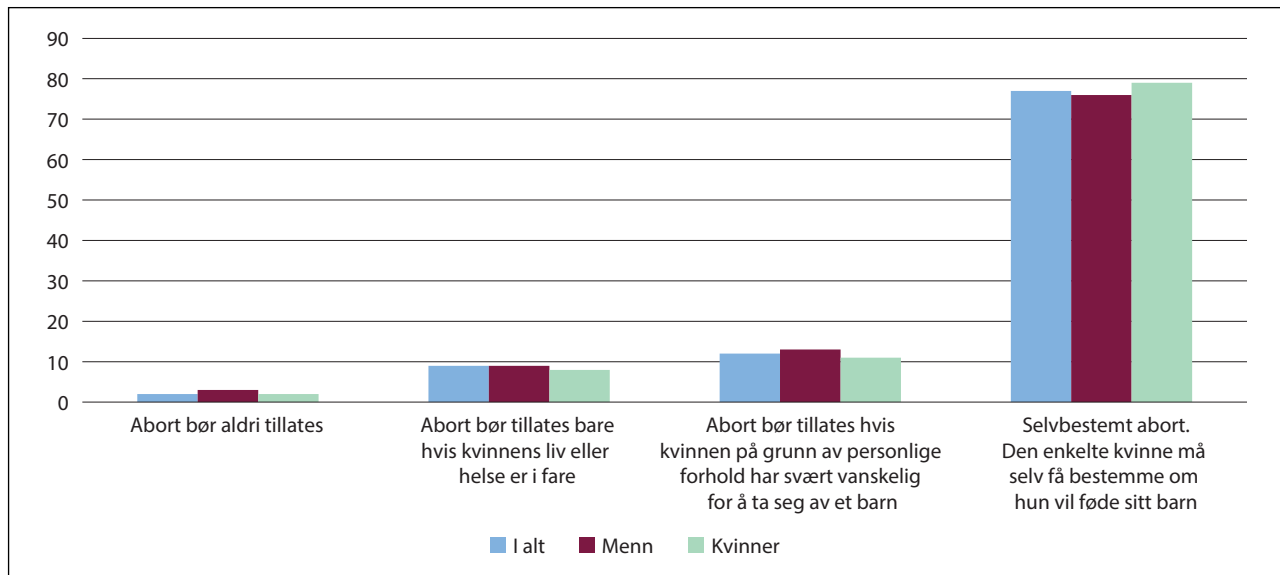
Normer i samfunnet knyttet til seksualitet og
seksualmoral, kjønnsroller, kvinnelighet og
moderskap påvirker holdninger til abort. Blant
annet kommer dette til uttrykk i sosiale kategori-
seringene av aborter i mer eller mindre moralske
og umoralske aborter. Holdninger til abort er
også preget av normer knyttet til svangerskap og
sosiale kategoriseringer av fosteret som et barn
mens det befinner seg i magen. Eksempel på dette
er normer om den gode mor som tar vare på bar-
net sitt, og at en gravid kvinne sees som en mor

med tilhørende forventninger om å ta vare på fos-
teret. Gravide kvinners opplevelse av seg selv som
mor og fosteret som «barn», endres gjennom
svangerskapet. Samtidig utvikles følelser og til-
knytning til fosteret seg fra noe abstrakt til noe
mer konkret og mer og mer «barn» (Ravn, 2004;
Risøy, 2009). Samfunnets og familiens forventnin-
ger til en gravid kvinne er i utgangspunktet at det
er en mor som skal ta vare på fosteret – hennes
kommende barn. Dette står i en sterk kontrast til
bildet av kvinnen som velger å avslutte fosterets
liv.

Holdninger til abort kommer tydelig til
uttrykk i den offentlige samtalen først når det
foreslås endringer i lovgivning eller større poli-
tiske endringer knyttet til abortspørsmålene.
Debatter knyttet til fosterdiagnostikken er ofte
også knyttet til abort. Gjennom de offentlige
debattene ser man at holdningene til abort i
befolkningen er nokså delte.

Politisk og religiøs tilhørighet og livssyn har
stor betydning for holdninger til abort, og i abort-
debatten har det over tid vært varige konfliktlinjer
mellom de ulike politiske grupperingene, både i
Norge og i andre europeiske land (Baltzersen,
2023). De fleste politiske partier har tydelige
standpunkt, og velgere på venstresiden er gene-
relt mer positive til en liberal abortlovgivning enn
velgere på høyresiden. På 1970- og 1980-tallet var
abortsaken en viktig sak for nordmenns stemme-
giving ved Stortingsvalg. Etter dette har ikke
abort vært like avgjørende for stemmegivingen i
Norge, men politisk tilhørighet er en faktor som
blir brukt for å forstå folks holdninger til abort, og
religiøs tilhørighet er viktig for folks holdninger til
abort. I Europa har de kristne tradisjonene, og
spesielt den katolske kirken, vært kritiske til
abort med mindre det er for å redde morens liv.
Dette gjenspeiles i individuelle holdninger. Religi-
øse personer har gjennomgående et mer konser-
vativt syn på abortspørsmålet (Baltzersen, 2022).

I tidligere undersøkelser har man sett at det
har vært regionale forskjeller i befolkningen når
det gjelder holdninger til abort. Eldre har hatt et



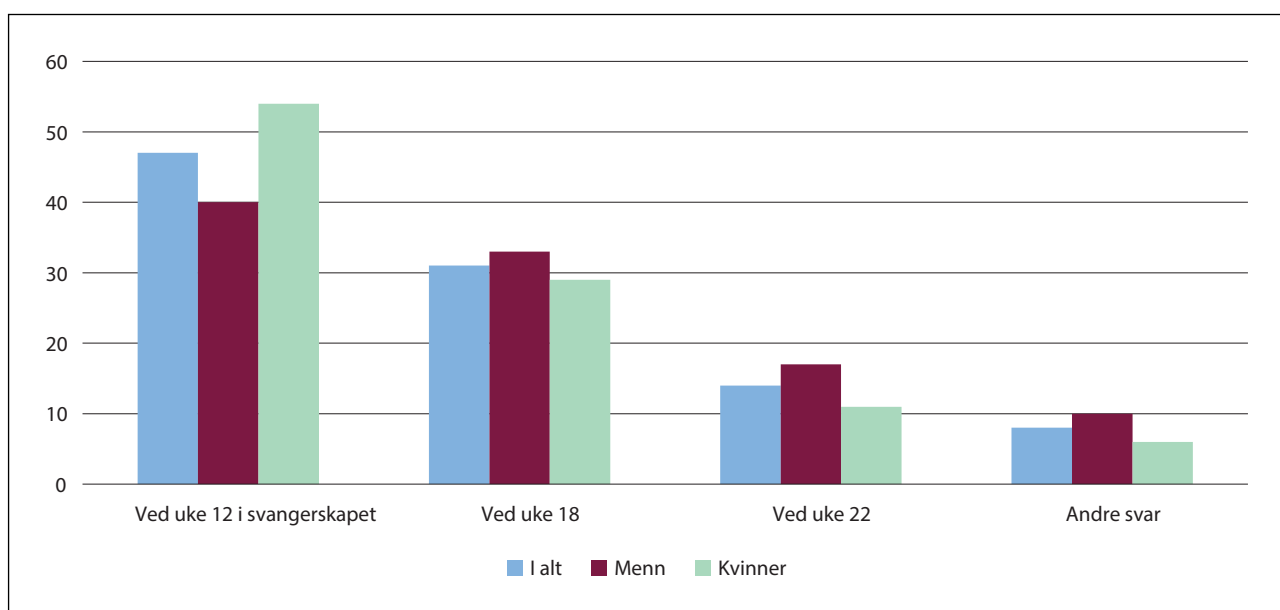
Figur 6.1 Spørsmål: Hvilken av disse standpunktene om adgang til abort stemmer best med din egen mening? (Prosent)

Kilde: Velgerundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå, 2021

mer restriktivt syn enn yngre, og stigende utdanning er forbundet med mer liberalt syn på abort. Økt liberalisering i abortspørsmålet har vært sammenfallende med endringer i holdninger på tvers av land. Abort var tidligere et mer tabuisert tema enn i dag, og ble fram til 1970-tallet i svært liten grad snakket om eller debattert i offentligheten (Grünfeld, 1973).

Et spørsmål er om fremvekst av ideologier knyttet til antifeminisme (anti-gender) skaper eller medvirker til økt polarisering i likestillings-

spørsmål og holdninger til likestilling i Norge, og samtidig negative holdninger til abort og kvinners selvbestemmelse. Ideologier knyttet til antifeminisme har stått sentralt i en økende mobilisering til støtte for nasjonalkonservativ ideologi og ytre høyreside i en rekke land (Kitterød & Teigen, 2021; Paternotte & Kuhar, 2018). Ideologien har også støtte hos maktthavere i land som Polen og Ungarn. Vi ser tendenser til antifeministisk mobilisering i flere europeiske land, i USA og i Sør-Amerika. Samtidig ser vi at tendenser til innskren-



Figur 6.2 Spørsmål: Når bør grensen for selvbestemt abort eventuelt gå? (Prosent)

Kilde: Velgerundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå, 2021

king i kvinners rettigheter møtes med mobilisering og forsvar for grunnleggende rettigheter, antidiskriminering og likestilling. Når det gjelder antifeministiske holdninger, konkluderer undersøkelsen med at nasjonalkonservative og antifeministiske holdninger i liten grad har støtte i Norge (Kitterød, 2021).

Holdninger til abort har endret seg over tid i Norge. I valgundersøkelsene har oppslutningen om rett til selvbestemmelse gått fra motstand til oppslutning. Det er i dag bred oppslutning om rett til selvbestemt abort blant velgere i alle aldersgrupper og blant både menn og kvinner. Et nytt trekk er at det tidligere var sterkest støtte for selvbestemt abort blant menn, mens det nå er litt flere kvinner enn menn som støtter selvbestemt abort. I velgerundersøkelsen 2021 fra Statistisk sentralbyrå ser man at 77 prosent gir uttrykk for støtte til selvbestemt abort og at den enkelte kvinne selv må få bestemme om hun vil føde sitt barn (figur 6.1). På spørsmål om hvor grensen for selvbestemmelse bør gå svarte 47 prosent «ved uke 12», 31 prosent svarte «ved uke 18» og 14 prosent svarte «ved uke 22». Åtte prosent svarte andre tidspunkt eller hadde andre svar (figur 6.2).

6.2 Feministisk tilnærming til abort og analyser av samfunns holdninger

Feminisme er en fellesbetegnelse for flere retninger innen kvinnebevegelsen. Disse retningene er innbyrdes forskjellige, med det til felles at de forsøker å klargjøre og analysere hvordan kvinner blir undertrykt, samtidig som de bekjemper kvinneundertrykkningen (Erichsen, 2017; Olsen, 2020). 1970-tallets kvinnebevegelse viet stor oppmerksomhet til kamp mot kvinneundertrykking i familiesfæren og privatsfæren. Kvinnebevegelsen mente at undertrykking av kvinner rammer hardest i privatsfæren, med menns kontroll over kvinnekroppen, undertrykking av kvinnens seksualitet og maktovergrep. Abort var en sentral kvinnepolitisk sak. Spørsmålet om abort ble ansett som et spørsmål om fysisk autonomi, likestilling, frihet og rettferdighet.

Endringer i regulering og tilbud om abort har i stor grad blitt drevet frem av kvinnebevegelsen og politiske grupperinger som har arbeidet for kvinners rettigheter, se kap. 4. Arbeidet for å sikre og styrke kvinners reproduktive rettigheter har også vært rettet mot å endre negative og kvinnefiendtlige holdninger i samfunnet. Negative og kvinnefiendtlige holdninger har, i en feministisk orientert analyse, vært med på å begrunne og legitimere

inngrep eller begrensninger i kvinners rett til autonomi og selvbestemmelse, og i retten til å være et handlende subjekt i eget liv (de Beauvoir & Parshley, 2010). Fra et feministisk ståsted vil abort vurderes ut fra et etisk og sosialt prinsipp der hensynet til det fødte liv, nemlig moren og hennes situasjon, skal være avgjørende. Feminismen legger til grunn at kvinner selv er best i stand til å vurdere sin situasjon og beslutte i spørsmålet om abort (Kaluza 2019, Schump 1984).

En sentral studie som kom ut som bok i 1973 hadde stor påvirkning på debatten om abortloven i perioden frem til loven ble vedtatt. I boka «Selvbestemt abort – en kvinneverett» (Grünfeld, 1973) analyserte Grünfeld, medlemmer av Nyfeministene og Kvinnefrontens Abortgruppe abortspørsmålet fra flere synsvinkler. De begrunner kravet om selvbestemt abort fra et feministisk ståsted og på et bredt empirisk grunnlag i sosialmedisinsk og sosialpsykologisk forskning om abort i Norge, inkludert forskning om abortnemndene. Forfatterne påpekte at å bli fratatt selvbestemmelse, og at andre enn kvinnen skal beslutte abort, innebærer en umyndiggjøring av kvinnen. Det er ikke kvinnens egen moralnorm som blir bestemmende for abortavgjørelsen, men legenes skjønn og moralske vurdering. Kvinnen blir ikke ansett som ansvarlig nok til å ta avgjørelsen om abort. Samtidig kan hun tvinges til å påta seg ansvar for et barn hun ikke føler at hun kan ta ansvar for.

I dag bestemmer ukjente leger (som oftest menn) over de mest fundamentale aspekt ved vår kropp og vårt liv. Det er ikke de som tar ansvar for uønskede barn. (Bjerck i Grünfeld 1973).

Studien viser til at mangel på selvbestemt abort opprettholder negative holdninger og myter om kvinner, seksualitet og moral. «Tvangsfødsler» fungerer som straff for seksuell utfoldelse, eller som straff for manglende eller feil bruk av prevensjon.

Feministisk analyse av kvinners rolle og reproduktive rettigheter tar utgangspunkt i at vi lever i et samfunn med røtter i et patriarkat, der kvinnen gjennom historien har vært underlagt mannens kontroll, og samfunnet er styrt og dominert av menn (Olsen, 2020). Grunnlaget for å frata kvinner selvbestemmelse er knyttet til historiske normer om kvinnen som underordnet mannen. Kamp for kvinners selvbestemmelse er også en meningskamp der man utfordrer hegemoniske og rådende kvinnesyn som har blitt naturalisert i samfunnet. Kvinners frihetskamp blir i denne

sammenhengen også en trussel mot samfunnets orden. Begrensning av kvinners frihet til å ta beslutninger om eget liv og egen fremtid ved å ta kontroll på reproduksjonen har vært et middel til å kontrollere kvinner og barn. I tråd med dette synet vil det å opprettholde et lovverk som er basert på mistillit til kvinners evne til å beslutte selv, opprettholde og legitimere forestillinger om kvinner som umoralske og upålitelige personer. Disse forestillingene sees som undertrykkende og kvinnefiendtlige forestillinger som underbygger forskjellsbehandling av kvinner og menns reproduktive frihet og rett til selvbestemmelse.

6.3 Holdninger til abort hos helsepersonell

«Om samfunnets holdning til abortspørsmålet er preget av ambivalens og usikkerhet, så gjelder det neppe i mindre utstrekning for legestanden. Deres store myndighet i disse sakene skyldes altså ikke at de står over dagens strid og motsetninger i selve grunnproblemet, at de så å si har en mer «objektiv» eller «vitenskapelig» holdning til saken enn folk flest.» (Grünfeld, 1973)

Hvilke holdninger helsepersonell, og særlig leger har til abort har hatt stor historisk betydning for utvikling av både regelverk og praksis i Norge. Undersøkelser om helsepersonells holdning til abort gir et bilde av ulike holdninger og syn på abort. En undersøkelse i Norsk gynekologisk forening fra 2019 viser at de yngre gynekologene er mer innstilt på at kvinnen skal få mer selvbestemmelse senere i svangerskapet, enn de eldre medlemmene er (Svendsen, 2021).

Jordmorforbundet NSF spurte i 2018 medlemmene om helsepersonells reservasjonsrett, og om de ville ønsket å reservere seg mot å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd dersom lovens grense for selvbestemmelse ble økt. 48 prosent svarte at de ønsket å reservere seg dersom grensen for selvbestemt abort ble hevet til utgangen av 22. svangerskapsuke. 26 prosent svarte at de ville benytte seg av reservasjonsretten ved en heving av grensen til utgangen av 18. svangerskapsuke. Flere jordmødre uttrykker samtidig i sammenheng med undersøkelsen at deres erfaring er at kvinnene har svært gode grunner og at hver kvinne selv må vurdere om hun vil ta abort (Dolonen, 2021).

Leger i nemnd har en spesiell rolle i beslutninger om abort etter tolvte svangerskapsuke, og holdninger hos legene i nemndene kan prege praksis. Fordi vilkårene er brede, er det stort rom for skjønn, se kap. 10.3, og endrede holdninger kan også føre til endring i praksis over tid. Det har i svært liten grad vært forsket på nemndene i Norge, men statistikken viser en variasjon mellom nemndene og en utvikling over tid når det gjelder andel avslag og innvilgelser, se kap. 11.

I en undersøkelse blant medisinstudenter i Norge ser man at det er stor støtte for selvbestemt abort. Flertallet av studentene, 87 prosent, støttet at selvbestemt abort skal være en mulighet. Fjerde og femte års studenter er mer positive til abort enn første års studenter. Studentene ble også spurt om religiøs tilhørighet, og i hvor stor grad de praktiserte sin religion. Av de som i stor grad praktiserte sin religion støttet 25 prosent selvbestemt abort. Blant de som i liten grad eller ikke praktiserte sin religion støttet 96 prosent selvbestemt abort. Undersøkelsen viser også at det er regional variasjon etter hvor i landet studentene var vokst opp (Hagen & Hage, 2011).

Oppslutningen i befolkningen om nåværende grense for selvbestemmelse har økt sterkt de siste 50 årene (Kitterød & Teigen, 2021). Holdninger blant leger og nemndsmedlemmer har utviklet seg på samme måte, noe som kanskje avspeiles i dagens praksis med et svært lavt antall avslag. Abortnemndenes medlemmer gir uttrykk for at det langt på vei er kvinnen selv som bestemmer når de behandler søknader om abort, og at prinsippet om selvbestemmelse er noe de støtter, se kap. 11.4. En fortolkning kan være at holdning til selve abortspørsmålet er endret – fra at det er *andre som skal bestemme*, til at det dominerende idealet er at *kvinnen skal bestemme*. Formelt sett er det nemndsmedlemmene som avgjør en søknad, men selve beslutningshandlingen blir omtolket av nemndsmedlemmene til et «samvalg» eller «kvinnens valg», for slik å harmonisere og forklare handlingen i tråd med deres egne holdninger om kvinnens selvbestemmelse.

6.4 Kristen abortetikk

Norge er i dag et samfunn med et mangfold av religioner og livssyn. Kristendommen har tradisjonelt hatt en sterk og utbredt stilling i samfunnet, og har også øvet innflytelse på ikke-religiøse og deres normer. Synet på fosteret og på abort i en kristen tradisjon har hatt stor betydning for hold-

ninger til abort, ikke bare blant de som definerer seg som kristne i dag (Baltzersen, 2022).

En tradisjonell kristen tilnærming til fosteret er at livet begynner ved unnfangelsen og har krav på vern allerede fra dette stadiet, se kap. 4.2. Guds omsorg for mennesket begynner allerede ved unnfangelsen. Med dette som bakgrunn har det ofte blitt argumentert for at abort krever en særlig sterk begrunnelse. Foruten en slik begrunnelse er abort ikke etisk forsvarlig, fordi det er å ta livet av et menneske, om enn i livets aller første fase. I praksis, og med ulike begrunnelser, aksepteres abort av mange kristne grupperinger. Det er et spenn fra de som mener at abort er etisk forsvarlig frem til fødsel så fremt moren selv vurderer at det er moralsk riktig for henne, og til de som kun aksepterer abort dersom kvinnens liv er truet (Johnsen, 2011; Magelssen, 2023; Peters, 2021).

Oppfatninger om abort og fosterets moralske verdi følger ikke nødvendigvis religiøse skillelinjer og tilhørighet, men representanter fra flere kristne miljøer og grupper målbærer ofte et syn på abortspørsmålet der fosteret står sentralt. Dette kan begrunnes med at hvis fosteret har menneskeverd, så er den moralske plikten til å verne fosterets liv særlig tungtveiende, og abort vil ofte være moralsk problematisk. Flere kristne har tatt til orde for i større grad å vektlegge den gravides perspektiv og den sosiale sammenhengen som abort finner sted i (Magelssen, 2023).

Tradisjonelle kristne perspektiver på seksualitet er at seksualitet og seksuell atferd hører til i ekteskapet (Magelssen, 2023). Dette perspektivet deles av flere religioner. En seksuell relasjon til en person man ikke har inngått ekteskap med, er ikke anerkjent og legitimt moralsk innen denne forståelsen. I begrunnelser for dette vektlegges både ansvar for hverandre, fellesskap, trygghet i et ekteskap og at seksualitet er knyttet direkte til reproduksjon. Seksuelle relasjoner vil kunne føre til barn, og derfor bør det foregå innenfor en ramme som sikrer at barnet blir del av en etablert familie med en mor og far. Å få barn skal skje innen de forpliktende rammene som et ekteskap sikrer. Når det er snakk om abort er det en underliggende antagelse om at abort også blir mindre aktuelt hvis man er gift. Det legges til grunn at et ektepar skal ha barn sammen, og ønsker dette.

Den norske kirke var en sterk motstander av lovforslaget om selvbestemmelse da dagens abortlov ble innført. Hensynet til fosterets menneskeverd, og det moralske imperativ mot å ta liv, fortolkes i mange kristne narrativer om abort som førende for handlinger, regulering og etiske vurderinger. Hensynet til kvinnen har tradisjonelt

vært lite fremtredende, noe kirken i nyere tid også har anerkjent. Da bispemøtet kom med en uttalelse om abort i 2019 var det i form av en beklagelse av hvordan Den norske kirke tidligere hadde snakket om abort. I uttalelsen erkjennes det at kirken i liten grad har tatt inn over seg situasjonen som mange gravide kvinner har stått i, og at kirken har vist et «manglende engasjement for kvinners frigjøring og rettigheter». Bisperådet uttalte også at «et samfunn med legal adgang til abort er et bedre samfunn enn et samfunn uten slik adgang» (Bispemøtet, 2019).

Flere feministisk orienterte teologer uttrykker motstand mot en mer tradisjonell tilnærming til kjønn, seksualitet og abortspørsmål. De løfter i større grad fram at hensynet til kvinnen og hennes egne moralske vurderinger skal være avgjørende (Gunnes, 2018). Feministisk etikk og teologi framhever likestilling og betydningen av relasjoner der den riktige etiske løsningen er den som best ivaretar konkrete mennesker og deres behov (Magelssen, 2023; Peters, 2021). Teologer med et feministisk kristent perspektiv og ståsted har forsvart en abortetikk der kvinnen har en moralsk rett til selv å velge, og selvbestemt abort for den enkelte forsvares ut fra at foreldreskap og det å få barn er et fundamentalt viktig valg som er opp til den enkelte kvinne (Peters, 2021). Peters representerer kristne etikere som mener at beslutning om abort er en beslutning om etablering av foreldreskap. Det moralske fundamentet for handlingen er at kvinnen selv vurderer og beslutter om det er riktig i hennes liv å få et barn. Det er kvinnen selv som er den moralske ansvarlige for handlingen, og for valget. Å få et barn har svært store konsekvenser for kvinnen, og det er kun kvinnen selv som kan påta seg eller overskue om hun vil fullføre svangerskapet. Det betyr at hun heller ikke skal kunne overprøves av andre, eller at andre skal gi henne tillatelse til abort, basert på andres moralske vurdering og dømming av hennes situasjon (Peters, 2021).

I nyere feministisk orientert etikk kritiseres også den tradisjonelle mannlige definisjonen av hva som er de etiske spørsmålene når det gjelder abort, og hvem som skal avgjøre disse. Det tradisjonelle spørsmålet om og når det er etisk forsvarlig å ta abort har, hevdes det, utspring i en paternalistisk tradisjon og historie der kvinnen er objektivert som mannens eiendom, og kvinner som tar abort, blir stigmatisert og fordømt. De etiske problemstillingene sett fra et paternalistisk perspektiv er abstrakte og teoretiske, og de etiske problemstillingene som skal løses, er konstruerte og ikke virkelighetsnære. Dette blikket inntar en

«utenfra»-posisjon, et omnipotent «guds-blikk» – der bare skolerte personer (menn) kan dømme hva som er en korrekt moralsk handling. Dette blikket blir presentert som allvitende og universelt (Peters, 2021). Mot dette synet kan det påpekes at det ikke er Gud som fratrar kvinnen selvbestemmelse eller beslutter at andre enn kvinnen kan ta valget – det er mennesker.

Kristendommen har vært den mest dominerende religionen i europeisk nyere historie, men det er ulike holdninger i de tre største kristne tradisjonene, protestantismen, katolisismen og den ortodokse kirken (Baltzersen, 2022). I den katolske kirken er det et religiøst forbud mot abort. Livet anses som hellig og ukrenkelig, med besjeling av mennesket og menneskeverd for fosteret fra befruktningen av. Abort er definert som en alvorlig synd som kan føre til ekskommunisering. Det vil si at man utelukkes fra å motta sakramentene og visse kirkelige handlinger. Dette er en del alvorligste formen for straff som kirken kan iverksette. Katolske leger skal også, slik kirken ser det, benytte seg av reservasjonsretten og kan ikke gjennomføre aborter (Johnsen, 2011). Den ortodokse kirkens syn på abort er også restriktivt.

6.5 Andre religioners syn på abort

6.5.1 Islam

Sunni islams sin lære er at etter 120 dagers svangerskap er abort forbudt, unntatt når morens liv er truet. Før denne grensen kreves det generelt en god grunn, og de ulike lovskolene har forskjellige tolkninger på dette området. Når svangerskapet utgjør en fare for et diende barn, eller ved alvorlig sykdom hos fosteret, vil noen muslimske lærde godta abort, men det er ulike syn blant ulike trossamfunn innen islam. Reservasjonsretten vil kunne benyttes av en muslimsk lege, men ofte vil legen mene at hen kan gjøre en skjønnsmessig vurdering i hvert enkelt tilfelle, etter islamsk syn (Johnsen, 2011).

6.5.2 Jødedommen

Jødedommen anerkjenner ikke fosteret som en person med rettigheter og status som menneske før fødsel. Før det har gått førti dager av svangerskapet er fosteret ansett som en form for væske. Generelt vil hensynet til kvinnens liv alltid gå foran hensynet til et foster. Etter at det har gått førti dager vil fosteret få en viss status, og det vil være en konkret vurdering med avveining av hensyn til mor og foster om det er moralsk akseptert

med abort eller ikke helt frem til fødsel. Hovedsynet er at abort ikke er akseptert unntatt ved fare for morens liv eller helse, men hvordan «helse» da defineres vil variere. Noen skoler og rabbinere vil være svært liberale i sin tolkning av når og under hvilke omstendigheter man kan utføre en abort. Før en abort utføres forventes det at man rådfører seg med en rabbiner, men fosteret har relativt lav verdi gjennom svangerskapet. En liberal jøde kan derfor tenke at det er akseptert å utføre en abort svært sent i svangerskapet hvis det er etter en akseptert indikasjon (Johnsen, 2011). Fosterdiagnostikk er mye brukt og akseptert i den jødiske befolkning i Israel, USA og Canada, og medisinsk teknologi sees som en del av Guds velsignelse for mennesker (Rapp, 1999).

6.5.3 Buddhisme

Den etiske holdningen til abort i buddhismen har bakgrunn i synet på alt liv som ukrenkelig. Fosteret anses som et liv fra unnfangelsen av. Det gjør at abort sees som moralsk galt. I land som i hovedsak er dominert av buddhistisk religion, som Thailand, er abortlovgivningen generelt svært restriktiv. Flertallet av verdens buddhister lever i stater med en «konfutsiansk» kulturbakgrunn, som Kina, der samfunnets pragmatiske behov i stor grad legges til grunn for lovgivningen, og religiøs fundert etikk i liten grad tas hensyn til. Kina er i så måte et ekstremt eksempel på dette, med en politikk som kan innebære at en kan tvinge kvinner til abort. I praksis er abort et spørsmål om individuell moral for buddhister. Det betyr også at mange buddhister vil mene at situasjoner som innebærer en alvorlig psykisk og fysisk belastning for kvinnen kan forsvare at det utføres en abort (Johnsen, 2011).

6.6 Holdninger til familie, ekteskap, seksualitet og barn

Syn på i hvilke omstendigheter barn skal bli født, på ekteskap, familiedannelse, kjønnsroller og kvinners rolle som mor, påvirker holdninger til abort. I Norge har kristne tradisjoner vært normdannende for hvordan befolkningen tenker om familie, seksualitet og abort. Abort som skjer etter seksuelle relasjoner utenfor ekteskap kan da være forbundet med skam fordi man bryter flere normer – å ha seksuell relasjon utenfor ekteskap, å bli uønsket gravid og å ta abort.

Holdning til prevensjon og abort henger sammen, og bruk av prevensjon, eller mangel på

dette, tematiseres ofte i diskusjoner om abort, og knyttes til seksualmoral og kvinnens ansvar. Kvinner kan oppleve at de møter fordommer og forventninger om å ta følgene av at de ikke har brukt prevensjon, eller ikke brukt det riktig (Hansen et al., 2023).

«I mange sammenhenger tror jeg abort er mindre skambelagt enn tidligere, men jeg er også i tvil. Skammen er der, mer i noen sammenhenger enn i andre, selvsagt. Dette er jo også en skam som kanskje i større grad enn tidligere påføres kvinnen alene, og ikke mannen, i og med at prevensjon konstitueres som kvinnens ansvar. Kvinnen tar for eksempel p-piller, bruker spiral eller p-stav, og dermed er det også hennes ansvar – hennes «feil» – om prevensjonen svikter», sier Gunhild Maria Hugdal (Die-trichson, 2021).

Både syn på familie og kjønnsroller, og kvinneroller påvirker holdninger til abort. Kvinners omsorgsrolle, og et etisk ideal om å ofre seg for andre mennesker og hjelpe de som er svakere, mindre og hjelpeløse, er også med på å forme ulike forståelser av abort og aborthandlingen (Magelssen, 2023). Å ta «hensyn» til fosteret som svakt og hjelpeløst og overprøve sine egne ønsker kan ha gjenklang hos mange som et ideal om å ofre egne behov for andres, men kan også samtidig være egnet til å skape skam og ambivalens for å ta «egostiske» valg (Risøy, 2009).

6.7 Holdninger og syn på kvinner som tar abort

Abortdiskusjoner er en kamp om definisjonsmakt, der ulike bilder av kvinner som tar abort, løftes frem. Ulike «type-figurer» kan identifiseres i historiene om kvinner som tar abort «uten god grunn» eller «med god grunn».

Abort er kontroversiell etisk tematikk med strenge normative føringer og forventninger om kvinnen. Dette gjelder også i vår kultur og i den politiske virkelighet, der individuelle valg og autonomi står sterkt og med en stor oppslutning om selvbestemt abort. Analyser av nyere politiske og offentlige diskusjoner om abort viser hvordan visse fremstillinger av kvinner som tar abort er

dominerende i debatten, og andre er definert ut eller usynliggjort (Flatseth, 2009). I politiske debatter vektlegges i stor grad «det vanskelige valget» og abort som et etisk dilemma. Kvinner fremstilles som etiske subjekter, som mennesker som er i en vanskelig situasjon der valget er tungt, nesten umulig og vanskelig. Abort blir forstått som en vond og vanskelig følelsesmessig påkjenning, som er så tung at hun kan ta helsemessig skade av den.

Bak dette ligger normer i samfunnet om kvinner som autonome og ansvarlige individer, som også er etisk ansvarlige. Å se kvinnen som et etisk subjekt som skal løse et vanskelig etisk dilemma vektlegger at det er følelsesmessig vanskelig å ta abort, og det blir også en norm og en forventning til kvinnene. Denne fremstillingen dominerer den offentlige samtalen om abort. Samtidig er denne fremstillingen med på å ekskludere og usynliggjøre kvinner med andre erfaringer. Kvinner som ikke opplever det psykisk tungt å ta abortvalget, som opplever at det er det riktige valget, og ikke føler skam er ikke fremtredende i debatten. Den etiske og moralske handlende kvinnen er en som er psykisk utsatt, indre selvevaluerende og fastsatt i et etisk dilemma. Kvinner som ikke passer inn i denne fremstillingen kan kanskje sies å være vår tids «lettlivede kvinner» (Flatseth, 2009).

I diskusjonen om abort har de sene abortene fått stor plass. Kvinnene som opplever at et ønsket svangerskap ender med et abortvalg, fordi det er gjort funn på fosterdiagnostikk er den gruppen som er mest synlig. De understreker i sine fortellinger *forskjellen* fra dem som ikke har fosteravvik. Gjennom dette skapes forestillinger om aborter og kategoriseringer av ulike aborter. I fortellingene om disse abortene vises det at kvinnen er en hel og moralsk ansvarlig person som står i en vanskelig situasjon og et etisk dilemma. De etiske vurderingene hun har gjort og hennes moralske valg blir forklart og belyst. Kvinnen viser frem sårbarheten og smerten hun har opplevd og det unike ved hennes situasjon betones. Hennes omsorg for fosteret, tvil og smerte vises frem. Hun er ikke «en som tar abort», men et menneske i en helt spesiell situasjon. Gjennom mer åpenhet om erfaringene medvirker disse kvinnene til å nyansere og endre bilder av og holdninger til kvinner som tar abort (Busch, 2023; Hansen et al., 2023; Risøy, 2009).

Kapittel 7

Menneskerettigheter og abort

7.1 Om menneskerettighetene

Menneskerettighetene gir uttrykk for grunnleggende verdier som vårt samfunn og det internasjonale samfunnet bygger på. De hviler på historiske erfaringer om behov for et særlig vern av visse verdier.

Menneskerettighetene har flere funksjoner i vårt og andre samfunn. Vi kan skille mellom internasjonale menneskerettigheter, som er regler som flere land har gått sammen om, og nasjonale menneskerettigheter som er begrenset til enkeltland. Ofte vil det være et samspill, hvor disse påvirker hverandre.

Ratifiserte menneskerettskonvensjoner er rettslig bindende for statspartene. Den nasjonale lovgivningen kan ikke komme i konflikt med, og må praktiseres i samsvar med de minimumskrav som følger av slike konvensjoner. Samtidig er menneskerettighetene ofte generelt og overordnet utformet, da de skal gjelde over tid. Det er derfor særlig gjennom håndhevingen som finner sted i domstoler og andre kontrollorganer, at innholdet i menneskerettighetene klargjøres. Når menneskerettighetene anvendes, tolkes de dynamisk. Det innebærer at de tilpasses endringer i samfunnsforholdene og samfunnsoppfatninger.

De overordnede menneskerettskonvensjonene, som er utarbeidet av FN, er FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK). Begge fra 1966. Konvensjonene springer ut av Verdenserklæringen om menneskerettighetene fra 1948. Denne fremholder anerkjennelsen av iboende verdighet for alle mennesker, og at like og uavhengelige rettigheter for alle er grunnlaget for frihet, rettferdighet og fred i verden. Erklæringen fastslår at menneskerettighetene skal utøves og praktiseres uten noen form for diskriminering.

I europeisk sammenheng er de generelle menneskerettighetene først og fremst utarbeidet av Europarådet og nedtegnet i Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) fra 1950. Europarå-

det etablerte også den europeiske menneskerettsdomstol, som behandler klager fra borgere eller stater om brudd på EMK begått av Europarådets medlemsland. EUs charter om grunnleggende menneskerettigheter (The Charter of Fundamental Rights of the European Union) er bindende for EUs medlemsland.

I tillegg til de generelle menneskerettskonvensjonene, har FN og Europarådet utarbeidet en rekke konvensjoner som utdyper hvordan menneskerettighetene skal realiseres på en likestilt måte for en avgrenset krets av personer. Eksempler på slike konvensjoner er FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner (kvinnekonvensjonen) fra 1979, FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for rasediskriminering (rasediskrimineringskonvensjonen) fra 1965 og FNs konvensjon om barnets rettigheter (barnekonvensjonen) fra 1989 og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) fra 2006. Disse konvensjonene er basert på en erkjennelse av at de generelle menneskerettskonvensjonene, SP, ØSK og EMK, har vært utilstrekkelige med tanke på å gi hele befolkningen et likestilt vern. Disse konvensjonene skal bidra til at de angitte gruppene i praksis skal få den samme menneskerettslige beskyttelse som den øvrige befolkningen.

7.2 Statens plikt til å respektere, beskytte og sikre

Konvensjonene forplikter Norge på ulike måter, basert på de ulike rettighetenes karakter. Menneskerettskonvensjonene pålegger for det første statene å *respektere* individenes rettigheter ved å ikke gjøre vilkårlige inngrep i individenes rettssfære. Offentlig overvåkning, inngrep i familielivet, eller bruk av fysisk makt og tvang, kan komme i konflikt med disse rettighetene.

For det andre pålegger konvensjonene statene å *beskytte* borgernes menneskerettigheter. Dette vil blant annet gjelde i forhold mellom private par-

ter. Staten skal sikre at borgernes menneskerettigheter ikke blir krenket av andre privatpersoner, selskaper eller andre aktører. Den enkelte skal for eksempel beskyttes mot vold og diskriminering. Statene kan ha en plikt til å forby visse handlinger, og skal sikre at slike forbud respekteres i praksis.

Statene har også en plikt til å *sikre* borgernes menneskerettigheter. Denne plikten er særlig aktuell for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Staten skal for eksempel sikre at borgere får velferdsrettigheter som utdanning og helsetilbud og aktivt legge til rette for at alle kan delta i arbeid og samfunnsliv. Statene skal også drive holdningsskapende arbeid og informere befolkningen.

7.3 Menneskerettighetenes stilling i Norge

En rekke menneskerettigheter følger av Grunnloven kapittel E. Menneskerettigheter, se kap. 7.4. De fleste av Grunnlovens menneskerettsbestemmelser følger også av konvensjoner som Norge har sluttet seg til.

Norge følger et såkalt dualistisk prinsipp. Det vil si at folkeretten og nasjonal rett betraktes som to adskilte rettssystemer. Det kreves en spesiell gjennomføringsakt for at ratifiserte konvensjoner skal være norsk rett, for eksempel at en lov sier direkte at den folkerettslige forpliktelsen gjelder som norskrett (ofte kalt inkorporasjon) eller innfører en tilsvarende regel i norsk rett (ofte kalt transformasjon).

Samtidig vil myndighetene være folkerettslig og politisk forpliktet til å følge alle konvensjoner som staten har sluttet seg til (ratifisert). Grunnloven § 92 fastslår at myndighetene skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i denne grunnlov og i traktater om menneskerettigheter som er bindende for Norge.

Norske domstoler og myndigheter følger visse regler og prinsipper når de tolker internasjonal rett. Det såkalte «presumsjonsprinsippet» handler om at man legger til grunn at norsk rett er i overensstemmelse med folkeretten. Hvis en norsk lov kan forstås på flere måter, skal domstoler og myndigheter legge til grunn den forståelsen som er best i samsvar med folkerettslige forpliktelser.

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) har som formål å styrke menneskerettighetenes stilling i norsk rett. Følgende konvensjoner er gjennom menneskerettsloven gjort til norsk lov (§ 2), og er gitt forrang (§ 3) foran

annen norsk lovgivning, dersom det konstateres motstrid:

- Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK)
- FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP)
- FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)
- FNs konvensjon om barnets rettigheter (BK) og
- FNs konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner (KDK)

Norge er part i flere andre menneskerettskonvensjoner som er inkorporert i norsk lovgivning og som dermed gjelder som norsk lov. Det gjelder blant annet rasediskrimineringskonvensjonen som i sin helhet er tatt inn i likestillings- og diskrimineringsloven. Regjeringen har nedsatt et ekspertutvalg som vil utrede inkorporasjon av FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i norsk rett. Norge ratifiserte konvensjonen i 2013. Det nærmere innholdet i menneskerettighetene utvikles blant annet gjennom praksis fra internasjonale domstoler og FNs konvensjonsorganer (komiteer/ UN treaty bodies).

Avgjørelsene fra Den europeiske menneskerettighetsdomstol (EMD) er bindende for medlemslandene, herunder Norge. Denne praksisen har avgjørende betydning for hvordan reglene i EMK tolkes, og også for tolkningen av Grunnlovens bestemmelser om menneskerettighetene. Fra 1950 til 1998 ble EMD assistert av Den europeiske menneskerettskommisjonen, som vurderte saker i første instans (Larsen & Greve, 2023).

FNs konvensjonsorganer (komiteer) overvåker den nasjonale gjennomføringen av konvensjonene, og utarbeider anbefalinger og tolkningsuttalelser om rettighetenes innhold. Dette skjer gjennom dialogen med de enkelte statene (statsrapporteringsprosedyren) eller i generelle kommentarer eller anbefalinger (general comments/general recommendations) knyttet til enkeltartikler eller enkelttemaer i konvensjonene. Mange av FN-komiteene har videre kompetanse til å behandle individklager fra enkeltborgere i stater som har godkjent en slik prosedyre. Wienkonvensjonen om traktatretten 23. mai 1969 avklarer ikke hvilken betydning komiteers uttalelser skal ha for tolkningen av konvensjonen, men det er på det rene at slike uttalelser generelt ikke er folkerettslig bindende. Både International Court of Justice i Haag, som løser rettslige tvister mellom stater, og

EMD har like fullt tillagt konvensjonsfortolkninger som er foretatt av FN-komiteene betydelig vekt.

At komitéuttalelser ikke er folkerettslig bindende, men likevel kan ha betydelig vekt som rettskilde, er også lagt til grunn av Høyesterett, blant annet i HR-2016-2591-A. Hvilken vekt som skal legges på komitéuttalelser, beror imidlertid på flere forhold, ikke minst hvor godt den enkelte uttalelsen er forankret i konvensjonsteksten. Videre har det betydning om komitéuttalelsen bør forstås som en tolkning av den aktuelle konvensjonen, eller om den har mer preg av en tilråding om optimal praksis, en politisk meningsytring eller lignende, jf HR-2018-2096-A avsnitt 14. Videre er det også av betydning om uttalelsen er egnet for anvendelse på den aktuelle saken.

I det videre gjennomgås menneskerettigheter som kan berøre regulering av abort. Rettighetene er forankret i flere konvensjoner.

7.4 Grunnlovens kap E. menneskerettigheter

Grunnloven er den høyeste rettskilden i norsk rett, da den er et særlig sterkt og symboltungt uttrykk for lovgivers vilje. Grunnloven kan bare endres av Stortinget ved kvalifisert flertall, og det må være et valg mellom forslag fremmes og endelig vedtak. Dersom det oppstår motstrid mellom en lov eller en forskrift og Grunnloven, er det Grunnloven som har forrang. Dessuten skal lover og forskrifter tolkes i lys av Grunnloven.

I forbindelse med Grunnlovsjubileet i 2014, ble Grunnlovens kapittel om menneskerettighetene bygget ut med formål om å styrke menneskerettighetenes stilling i norsk rett. Enkelte av disse rettighetene er særlig relevante for utforming av lov og tjenester om abort.

Utvalget vil i det følgende kort vise til relevante rettigheter i Grunnloven. Bestemmelsene i Grunnlovens kap. E og regelen om religionsfrihet i § 16 skal tolkes i lys av tilsvarende bestemmelser i menneskerettskonvensjoner som er gjort til norsk rett (jf. Høyesteretts dommer i Rt. 2015 s. 93 avsnitt 57 og 64, Rt. 2015 s. 110 avsnitt 46, og Rt. 2015 s. 155 avsnitt 40). I Rt. 2015 s. 93 (Maria) avsnitt 57 presiserer Høyesterett likevel følgende reservasjon:

... § 102 skal tolkes i lys av de folkerettslige forbildene, men likevel slik at fremtidig praksis fra de internasjonale håndhevingsorganene ikke har samme prejudikatsvirkning ved grunnlov-

stolkningen som ved tolkningen av de parallelle konvensjonsbestemmelsene: Det er etter vår forfatning Høyesterett – ikke de internasjonale håndhevingsorganene – som har ansvaret for å tolke, avklare og utvikle Grunnlovens menneskerettsbestemmelser.

Rettighetenes innhold gjennomgås derfor nærmere under kap. 7.6.

Grunnlovens § 92 bestemmer at

Statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene slik de er nedfelt i denne grunnlov og i for Norge bindende traktater om menneskerettigheter

I den såkalte Holshipsaken (HR-2016-2554-P) uttaler Høyesterett at Grunnloven § 92 ikke kan tolkes som en inkorporasjonsbestemmelse. Ratifiserte konvensjoner er ikke gjort til norsk rett som følge av denne bestemmelsen i Grunnloven. § 92 må forstås som et pålegg til domstolene og andre myndigheter om å håndheve menneskerettighetene på det nivå de er gjennomført i norsk rett.

Grunnlovens § 93 bestemmer at

Ethvert menneske har rett til liv...

Statens myndigheter skal beskytte retten til liv og bekjempe tortur, slaveri, tvangsarbeid og andre former for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

I forarbeidene til de nye grunnlovsbestemmelsene presiserer Menneskerettsutvalget (ref) at «...det menneskelige liv har krav på beskyttelse, og at alle liv har det samme menneskeverdet fra fødsel til død». Det må derfor legges til grunn at med «menneske» menes fødte mennesker.

Grunnloven § 98 bestemmer at

Alle er like for loven.

Intet menneske må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling.

Grunnloven § 98 fastslår prinsippet om likhetsprinsippet og ikke-diskrimineringsprinsippet. Bestemmelsen gir et diskrimineringsvern for (fødte) mennesker, og beskytter ikke virksomheter eller andre juridiske personer. Diskrimineringsforbudet beskytter en noe smalere personkrets enn internasjonale menneskerettigheter. Samtidig gir ikke grunnloven noen uttømmende opplisting eller eksemplifisering av diskrimineringsgrunnlag.

Grunnloven § 102 bestemmer at

Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin kommunikasjon. Husransakelse må ikke finne sted, unntatt i kriminelle tilfeller.

Statens myndigheter skal sikre et vern om den personlige integritet.

I Rt. 2015 s. 93 (Maria) avsnitt 58 fremhever Høyesterett «at sentralt i den foreliggende praksis fra EMD står blant annet menneskets fysiske og psykiske integritet, alle de ulike elementene i den enkeltes identitet i videste forstand, og den personlige autonomi»

Grunnloven § 104 første ledd bestemmer at

Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.

Barns medbestemmelsesrett, i form av en rett til å bli hørt, er uttrykkelig fastslått i første ledd. Rettigheten er ikke tematisk begrenset til bestemte områder, men den er begrenset til å omfatte spørsmål som gjelder barnet selv. Saken må angå barnet direkte. Det er ikke tilstrekkelig at barn kan være berørt mer eller mindre indirekte.

Barns rett til å bli hørt er på overordnet nivå også nedfelt i FNs barnekonvensjon artikkel 12. De rettighetene som følger av konvensjonen, er imidlertid noe mer omfattende enn de som følger av Grunnloven.

I tillegg til konkrete materielle rettigheter fastsetter Grunnloven kap. E generelle og prosessuelle krav, med forankring i menneskerettighetene.

Grunnloven § 113 bestemmer at

Myndighetenes inngrep overfor den enkelte må ha grunnlag i lov

Det generelle kravet i § 113 om hjemmel i lov for myndighetshandlinger som innebærer inngrep overfor den enkelte, er ment som en ren kodifisering av tidligere ulovfestet statsrett om legalitetsprinsippet. Legalitetsprinsippet må ses i sammenheng med bestemmelser i EMK Del I Rettigheter og friheter, som en rekke steder fastsetter at inngrep i ulike rettigheter bare kan skje når dette hjemlet i lov.

Legalitetsprinsippet gir både en prinsipiell grense for den utøvende makts kompetanse, og er en regel om krav til presisjon og tydelighet i det rettslige grunnlaget for offentlige myndighetshandlinger overfor borgerne. Legalitetsprinsip-

pet krever at offentlige myndigheters inngrep overfor borgerne har hjemmel i nasjonal rett, at reglene er tilgjengelige for borgerne (publisert) og at rettsreglene er såpass klare og presise at private kan forutse sin rettsstilling.

I tillegg til de rettigheter som følger av Grunnloven kap. E, bestemmer Grunnloven § 16 første setning at

Alle innbyggere i riket har fri religionsutøvelse.

Bestemmelsen omfatter også livssynsfriheten.

7.5 Saker i Norge om abort og menneskerettigheter

Abort har vært tema i enkelte saker for norsk Høyesterett. Mest kjent er Børre Knudsen-saken, se Rt. 1983 s. 1004. Saken gjaldt en sokneprest som hadde nedlagt den statlige delen av sitt embete (bl.a. nektet han å utføre vigslor og motta lønn) i protest mot abortlovens liberalisering av adgangen til abort. Staten reiste avskjedssak og fikk medhold. Høyesterett fant at abortloven verken var i strid med Grunnloven § 2 og § 4, folkerettslige regler (bl.a. EMK art. 2) eller uskrevne rettsprinsipper. Høyesterett mente at Stortinget som lovgiver, ikke domstolene, måtte foreta den avveining av motstridende interesser som en lovgivning om abortspørsmål krever. Heller ikke nødrettsbetraktninger kunne føre frem. Klagen til EMD ble avvist, jf. Knudsen mot Norge, klagenr. EMD 11045/84, avgjørelse 8. mars 1985.

7.6 Menneskerettslige rammer for abort

I det følgende vil utvalget redegjøre for menneskerettslige rammer, føringer og diskusjoner knyttet til regelverk om abort. Utvalget vil se på statenes adgang til å regulere abort, og hvilke krav som stilles til grunnlag og prosess ved statlige inngrep i kvinners reproduktive autonomi.

Svangerskapsavbrudd er en omstridt politisk og etisk problemstilling. Medlemslandene i FN og Europarådet har ulike holdninger til spørsmålet om svangerskapsavbrudd. Denne uenigheten reflekteres i konvensjonene og praksis fra internasjonale domstoler og overvåkningsorganer. Statene har et vidt handlingsrom ved utformingen av nasjonale regler om abort, innenfor de yttergrenser menneskerettighetene stiller opp.

Menneskerettigheter i relasjon til abort har blitt drøftet både som et spørsmål om fosterets menneskerettigheter og den gravide kvinnens menneskerettigheter. Andre spørsmål opp mot menneskerettighetene er adgangen til såkalt selektiv abort, og skranker for helsepersonell til å reservere seg mot å delta i aborter.

7.6.1 Fosterets menneskerettigheter

Det har blitt diskutert om menneskerettighetene gjelder fullt ut for det ufødte liv, ved at fostre må anses om en «person/enhver» i menneskerettslig sammenheng med rett til blant annet liv. Denne retten kan i så fall kunne komme i direkte konflikt med den gravides rett til liv og helse, autonomi, privatliv og likestilling (se kap. 7.6.2).

Det er bred konsensus om at menneskerettighetene skal tolkes slik at fosteret *ikke* anses som en person i menneskerettslig forstand med fulle rettigheter (Fredman, 2018). Dette blir lagt til grunn ved tolkningen av FNs konvensjoner og EMK.

EMD (eventuelt Menneskerettskommisjonen, se kap. 7.3) har i flere avgjørelser drøftet nett-opp fostrets krav på beskyttelse og rett til liv etter EMK artikkel 2, som sier at «Retten for *enhver* til livet skal beskyttes ved lov».

Paton v. UK (1981) gjaldt en engelsk kvinne som hadde fått innvilget abort etter den engelske Abortion Act 1967. Kvinnens ektefelle klaget saken inn for EMD med et krav om at hans kone skulle nektes abort, under henvisning til fosterets rett til liv. Saken ble avgjort av Menneskerettskommisjonen, som viste til at selv om «enhver» ikke var definert i konvensjonen, forelå det ingen indikasjoner på at fostre var omfattet. En rett til liv for fostre ville innebære et vesentlig inngrep i kvinners rett til liv, i strid med konvensjonens formål og mening.

«If art. 2 were held to cover the foetus, and its protection under this article were, in the absence of any express limitation, seen as absolute, an abortion would have to be considered as prohibited even where continuance of the pregnancy would involve a serious risk to the life of the pregnant woman. This would mean that the unborn life of the foetus would be regarded as being of higher value than the life of the pregnant women...

...such an interpretation would be contrary to the object and purpose of the convention.»

Menneskerettskommisjonen viste videre til at nasjonal rett i de fleste medlemsstatene åpner for abort, og ikke tilstår fostre en rett til liv. EMD har vist til og gjentatt dette resonnementet i flere senere dommer.

Fostres rett til liv ble også diskutert i saken *Vo v. France (2004)*. Denne saken gjaldt en kvinne som ble innlagt på et sykehus for svangerskapsundersøkelse. Ved en feil ble hun forvekslet med en annen pasient, og legen foretok et inngrep som medførte spontanabort. Legen ble ikke straffedømt for uaktsomt drap på fosteret. Kvinnen klaget saken inn for EMD med påstand om at staten hadde krenket EMK art. 2, retten til liv, ved ikke å straffe legen. Klagen førte ikke frem. EMD vurderte igjen at et foster ikke var å anse som «enhver» etter konvensjonen med fulle og likestilte rettigheter, og en ubetinget rett til liv etter art. 2. EMD utelukker imidlertid ikke at et foster kan tillegges en viss menneskerettslig verdi og status, med krav på beskyttelse. EMD uttaler blant annet at:

The foetus belongs to the human race. The potentiality of that being and its capacity to become a person... require protection in the name of human dignity, without making it a «person» with the «right to life» for the purposes of Article 2.

EMD åpner for at statene selv kan tillegge fosteret en status som gir krav på beskyttelse. Dette kan gi statene et legitimt grunnlag for å gripe inn i de av kvinnens rettigheter som ikke er absolutte. Dette gjentas av EMD blant annet i *A, B and C v Ireland (2010)*.

Det kan heller ikke utledes fra FNs konvensjoner at fostre innehar menneskerettslig vern på lik linje med fødte personer. Fortalen til FNs barnekonvensjon viser til FN-erklæringen om barnets rettigheter, der det står at «barn på grunn av sin fysiske og psykiske umodenhet har behov for spesielle beskyttelsestiltak og særlig omsorg, herunder egnet lovfestet beskyttelse både før og etter fødselen». Denne formuleringen tolkes ikke slik at konvensjonen innfører et menneskerettighetsvern for fostre (Høstmælingen et al., 2020).

7.6.2 Kvinners menneskerettigheter

Ettersom fostre ikke anses som «person/enhver» med fulle rettigheter i menneskerettslig forstand, behandles ikke spørsmålet om abort som et spørsmål om avveining av kolliderende menneskerettigheter. Vurderingene handler snarere om hvilke

muligheter statene har til å gripe inn i *kvinnens* menneskerettigheter for å ivareta nasjonale verdier, og et nasjonalt mål om å beskytte det ufødte liv og fosterets moralske og etiske verdi.

Statenes regulering av abort har særlig blitt vurdert opp mot fire menneskerettigheter på kvinnens side: retten til liv og helse, forbudet mot tortur, retten til privatliv og retten til likestilling. Dette utgangspunktet for å vurdere nasjonal lovgivning om abort er blant annet uttrykt i kommentar nr. 36 fra FNs menneskerettskomité, som handler om innholdet i retten til liv etter SP art. 6 (Committee, 2019). Kommentaren åpner for at statene kan begrense adgangen til abort. Disse begrensningene kan imidlertid ikke krenke kvinners menneskerettigheter ved å sette kvinnens liv i fare, utsette kvinner for fysisk eller psykisk smerte i strid mot forbudet mot tortur, diskriminere kvinner eller utgjøre vilkårlige inngrep i privatlivet hennes.

Yttergrenser for nasjonal lovgivning

Kvinnens rett til liv og helse, forbudet mot tortur, retten til privatliv og retten til likestilling oppstiller noen *ytergrenser* for nasjonal lovgivning om abort. Menneskerettighetene tegner opp med andre ord hvor langt statene kan gå i å forby eller innskrenke adgangen til abort, og kvinnens selvbestemmelse i spørsmål om abort, uten at dette kommer i konflikt med kvinnens menneskerettigheter.

Retten til *liv* følger av blant annet EMK art. 2 og SP art. 6. Retten til liv er nærmest absolutt, og kan bare tilsidesettes på grunn av forhold som er eksplisitt opplistet i konvensjonene. Retten til *helse* følger blant annet av ØKS art. 12 og kvinnekongressens art. 12. Retten til helse innebærer at staten har positive forpliktelser til å sikre likestilt tilgang til helsetjenester og iverksette helsefremmende tiltak. Et spørsmål i forbindelse med abort er hvor omfattende plikter statene har til å ivareta kvinner som gjennomgår abort, særlig deres psykososiale helse.

Kvinnediskrimineringskomiteen har vurdert nasjonal lovgivning og faktisk tilgang til abort opp mot retten til blant annet helse i saken *L.C. v. Peru (2011)*. Saken handlet om en 13 år gammel jente (L.C.) som ble gravid som følge av seksuelt misbruk. Hun forsøkte å ta livet av seg på grunn av graviditeten, og skadet ryggmargen. På sykehuset ble hun nektet behandling for de fysiske skadene siden behandlingen kunne skade fosteret, som var noen uker gammelt. Noen måneder

senere, da fosteret var 16 uker, spontanaborterte hun på grunn av de alvorlige fysiske skadene hun hadde pådratt seg. På dette tidspunktet var det ikke lengre mulig å behandle kvinnens fysiske skader, og hun fikk en permanent funksjonsnedsettelse.

Kvinnediskrimineringskomiteen vurderte at behandlingen L.C. ble utsatt for var i strid med kvinnekongressens art. 12 om likestilt rett til helse. L.C.s rett til helse ble krenket ved at hun ikke fikk tilgang til nødvendig og anbefalt behandling på grunn av graviditet. Hun ble dermed diskriminert i tilgangen til helsetjenester på grunn av kjønn. Selv om lovverket i Peru tillot abort ved fare for kvinnens liv og helse, forelå det ikke en reell mulighet for abort. Retten til psykisk helse ble ansett for krenket ved at lovverket ikke åpnet for abort ved voldtekt og seksuelle overgrep.

EMD og Menneskerettskommissjonen, har i flere saker gitt uttrykk for at kvinnens rett til liv ikke kan tilsidesettes av hensyn til fostret, se blant annet *Paton v. UK (1981)*. EMK inneholder ikke en egen bestemmelse om rett til helse, men visse aspekter av retten til helse behandles under andre bestemmelser som retten til liv i art. 2 og retten til privatliv i art. 8 (European Court of Human Rights, 2023).

I saken *Tysiac v. Polen (2007)* søkte klageren om abort på grunn av frykt for at graviditet og fødsel kunne forverre hennes alvorlige øyesykdom. Hun ble nektet abort fordi hun ikke lyktes i å fremskaffe godkjent dokumentasjon på at fødselen kunne medføre alvorlig helserisiko. I behandlingen av saken tok ikke EMD stilling til om nektelsen av abort kom i konflikt med kvinnens rett til liv. I behandlingen av saken viste EMD innledningsvis til kritikk av Polen fremsatt av FNs menneskerettighetskomité:

«The Committee reiterates its deep concern about restrictive abortion laws in Poland, which may incite women to seek unsafe, illegal abortions, with attendant risks to their life and health. It is also concerned at the unavailability of abortion in practice even when the law permits it, for example in cases of pregnancy resulting from rape, and by the lack of information on the use of the conscientious objection clause by medical practitioners who refuse to carry out legal abortions. The Committee further regrets the lack of information on the extent of illegal abortions and their consequences for the women concerned. ...»

EMD kom til at det forelå brudd på prosessuelle krav som følger av EMK art. 8 ved at det ikke forelå effektive mekanismer som sikret at kvinnen kunne hevde sin rett til abort av medisinske grunner i tråd med nasjonal lov.

Samlet sett kan det legges til grunn at abort må være tillatt og tilgjengelig i situasjoner der abort er nødvendig av hensyn til kvinnens liv og helse. Dette gjelder både tilfeller der svangerskapet utgjør en helsefare, og tilfeller der graviditeten hindrer nødvendig helsebehandling. Både fysisk og psykisk helse er beskyttet. Det nærmere innholdet i når abort er «nødvendig» for liv og helse er imidlertid ikke avklart.

I likhet med retten til liv og helse setter *forbudet mot tortur* noen yttergrenser for statenes handlingsrom i abortspørsmålet. Forbudet mot tortur er nedfelt i, blant annet, EMK art. 3 og SP art. 7. Staten har ikke anledning til å innskrenke kvinners muligheter for abort når fødselen eller fortsettelse av svangerskapet kan utsette kvinnen for tortur, eller umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

I kommentar nr. 36 fra FNs menneskerettskomité (Committee, 2019) uttaler komiteen at nasjonale regler om abort må utformes på en måte som ikke medfører fysiske eller psykiske påkjenninger for kvinner i strid med forbud mot tortur i SP art. 7. Kommentaren trekker frem at det kan være i strid med forbudet mot tortur å nekte kvinner abort der svangerskapet er resultat av voldtekt, incest, eller i situasjoner der fosteret ikke er levedyktig.

FNs menneskerettighetskomité har også lagt til grunn at svært restriktive regelverk om abort kan tvinge kvinner inn i torturliknende situasjoner, blant annet ved behandlingen av en individklage fra en irsk kvinne som klaget inn Irland for brudd SP art. 7 (Committee, 2016). Kvinnen fikk i svangerskapsuke 22 informasjon om at fosteret hun bar på ikke var levedyktig og ville dø i livmoren, eller kort tid etter fødsel. Irsk lov åpnet ikke for abort i det aktuelle tilfellet. Kvinnen reiste derfor til Storbritannia for å gjennomføre aborten.

Menneskerettighetskomiteen konkluderte med at behandlingen var i strid med SP art. 7 med følgende begrunnelse:

By virtue of the existing legislative framework, the State party subjected the author to conditions of intense physical and mental suffering. The author, as a pregnant woman in a highly vulnerable position after learning that her much-wanted pregnancy was not viable, and as documented, *inter alia*, in the psychological

reports submitted to the Committee, had her physical and mental anguish exacerbated by not being able to continue receiving medical care and health insurance coverage for her treatment from the Irish health-care system; the need to choose between continuing her non-viable pregnancy or travelling to another country while carrying a dying fetus, at her personal expense and separated from the support of her family, and returning while not fully recovered; the shame and stigma associated with the criminalization of abortion of a fatally ill fetus; the fact of having to leave the baby's remains behind and later having them unexpectedly delivered to her by courier; and the State party's refusal to provide her with the necessary and appropriate post-abortion and bereavement care.

Også FNs torturkomité har uttalt at lovgivning som i vesentlig grad begrenser adgangen til lovlig abort, også i tilfeller der svangerskapet er et resultat av voldtekt, kan lede kvinner til å få utført risikofylte, smertefulle og ulovlige aborter. Lovgivning som ikke åpner for abort i slike tilfeller kan derfor medføre en praksis som utgjør grusom og umenneskelig behandling i strid med torturkonvensjonen (Special Rapporteur on Torture, 2013).

At abort gjennomføres ved tvang, uten den gravides samtykke, har også blitt vurdert til å være i strid mot forbudet mot tortur i praksis fra EMD. Saken *S.F.K. v. Russia (2022)* gjaldt en 20 år gammel kvinne som ble tvunget til abort av sine foreldre etter at barnefaren havnet i fengsel. Kvinnen hadde gitt tydelig beskjed om, både til behandlende lege og foreldrene, at hun ønsket å beholde barnet. Saken ble etterforsket av politiet, men henlagt under henvisning til at det ikke kunne påvises straffbare forhold. Det ble vist til at legen og foreldrene handlet i kvinnens beste interesse. I et sivil søksmål ble sykehuset idømt en mindre erstatning. EMD konkluderte med at behandlingen kvinnen ble utsatt for var i strid med forbudet mot tortur i EMK art. 3. At aborten ble gjennomført i strid med kvinnens vilje og ønsker utgjorde i seg selv tortur. I tillegg viste EMD til at den inhumane og nedverdiggende behandlingen hadde resultert i umiddelbar skade på kvinnens helse, og også langvarige fysiske og psykiske skader.

Samlet sett må det legges til grunn at forbudet mot tortur pålegger statene en viss plikt til å åpne for abort i saker der svangerskapet er et resultat av voldtekt eller incest, eller fosteret ikke er levedyktig utenfor livmoren. Statene må sikre at kvin-

ner i særlig sårbare situasjoner grunnet ovennevnte forhold har tilgang til trygg abort uten å utsettes for uholdbare påkjenninger. Regelverk som åpner for abort ved tvang, uten kvinnens samtykke, kan også komme i konflikt med torturforbudet.

Krav til statene ved inngrep i borgernes privatliv og selvbestemmelse

I tillegg til noen mer absolutte yttergrenser for når statene må tillate abort, og yttergrenser knyttet til selvbestemmelse, stiller menneskerettighetene visse krav til statenes begrunnelse for og utforming av regelverk om abort. Disse menneskerettslige skrankene tar utgangspunkt i at regulering av abort kan utgjøre et inngrep i kvinners rett til privatliv, som nedfelt i EMK art. 8, SP art. 17, kvinnekonvensjonen art. 16 og CRPD art. 22.

Art. 8 i EMK beskytter flere aspekter ved privatlivet, som personvern og retten til ikke å bli overvåket, fysisk, psykisk og moralsk integritet, og identitet og autonomi. Med den psykiske og moralske integriteten menes personen mulighet ta egne og frie beslutninger om sitt privatliv uten innblanding fra myndighetene. Etersom retten til privatliv først og fremst beskytter individets rett til *selvbestemmelse* i forhold av privat og familiær karakter (Kjølbro & Kjølbro, 2023) vil selve umyndiggjøringen av kvinner i spørsmålet om abort utgjøre et inngrep i retten til privatliv.

Retten til privatliv er imidlertid ikke absolutt. Hovedmålet med EMK art. 8 og SP art. 17 er å beskytte borgerne mot *vilkårlige* inngrep i privatlivet fra offentlige myndigheter. Eventuelle inngrep i retten til selv å ta beslutninger om private forhold må skje i samsvar med loven og være nødvendig i et demokratisk samfunn for å oppnå en legitim grunn, jf. art. 8 annet ledd.

EMD har i flere saker vurdert om nasjonale regler om abort er basert på legitime formål og er nødvendige for å oppnå formålet, herunder er egnede og forholdsmessige. Saken *A, B and C v. Ireland (2011)* gjaldt tre kvinner bosatt i Irland, som i 2005 dro til England for å få gjennomført abort. Kvinnene var alle blitt utilsiktet gravide, men hadde ellers ulike grunner for å ta abort. Den første klageren hadde under tidligere svangerskap lidt av depresjoner, og var fratatt omsorgen for fire barn på grunn av alkoholproblemer. Den andre klageren ønsket ikke å bli mor, og hadde blitt gravid til tross for bruk av angrepillen. Den tredje klageren fryktet at svangerskapet kunne forverre hennes kreftsykdom, og at kreftmedisinen kunne skade fosteret. Kvinnene anførte at det

var i strid med EMK, blant annet art. 8, at irsk lovgivning ikke tillot abort på grunnlag av den gravides helse og velferd.

I dommen bekreftet EMD innledningsvis at nasjonale regler om abort berører kvinners rett til privatliv etter EMK art. 8. Domstolen viste videre til at retten til privatliv etter EMK art. 8 ikke gjelder ubegrenset. Staten har anledning til å gjøre inngrep i borgernes privatliv, så lenge inngrepene er egnet for å oppnå et legitimt formål, er nødvendige og forholdsmessige, og skjer i samsvar med loven. I de konkrete sakene i *A, B and C v. Ireland* ble etikk og holdninger i samfunnet om fosterets verdi ansett som legitime grunner til å gripe inn i kvinners privatliv og begrense mulighetene for abort. EMD mente imidlertid at art. 8 medfører en rekke krav til lov og prosess for at inngrepet kan anses for å være i samsvar med menneskerettighetene, se under.

Samlet sett må det legges til grunn at statene har anledning til å gjøre inngrep i privatlivet ved å frata kvinner beslutningsmyndighet om abort, eller nekte abort. Inngrepet må ha et legitimt formål, og være nødvendig, egnet og forholdsmessig med tanke på å oppnå dette formålet. Samtidig er det viktig å understreke at EMK ikke er til hinder for abortlovgivning som lar kvinnen selv bestemme om hun vil ta abort innenfor en frist satt av nasjonal lovgivning.

Prosessuelle krav

Menneskerettighetene stiller også en rekke prosessuelle krav til statene i saker om abort. Disse prosessuelle kravene er delvis utledet fra forbudet mot tortur, og er til dels knyttet til kravet til at inngrep i kvinners privatliv skjer «i samsvar med loven», jf. EMK art. 8 andre ledd.

EMD har blant annet vurdert saksbehandling og prosess i saker om abort opp mot forbudet mot tortur i sakene *R.R. v. Poland (2011)* og *P. and S. v. Poland (2012)*. I saken *R.R. v. Poland* var klageren en polsk kvinne. Da hun var gravid i 18. svangerskapsuke, ble det foretatt en ultralydundersøkelse som viste at fosteret kunne ha fysiske avvik. Klagerens ønske om fostervannsprøve for å bekrefte eller avkrefte ultralydfunn ble trenert av helsetjenestene. Hun ble underlagt medisinske undersøkelser uten sammenheng med graviditeten, og opplevde nedverdiggende bemerkninger fra ansatte i helsetjenestene. En fostervannsprøve, som påviste Turner syndrom hos fosteret, ble gjennomført i uke 23. Klager fikk avslag på søknaden om abort da aborten ikke lenger kunne gjennomføres innen uke 24, som var lovens absolutte

frist. EMD konkluderte med at behandlingen, samlet sett, var i strid med forbudet mot tortur i art. 3. Domstolen viste til at klageren, som var i en svært sårbar situasjon, ble utsatt for ukevis med usikkerhet om fosterets tilstand, familiens fremtid, prognose og muligheter for hjelp og behandling, uten å bli møtt med forståelse og informasjon. Hun ble utsatt for ydmykende og krenkende behandling fra helsetjenestene.

I saker om EMK art. 8 retten til privatliv har EMD uttalt at regelverk om når abort er tillatt, må være tilgjengelige for borgerne. Reglene må være såpass klare og tydelige at kvinner kan forutse sin rettsstilling med en viss grad av sikkerhet (*A, B and C v Ireland* og *Tysiatic v. Polen*). Reglene om rett til abort bør ikke være for generelle («ved fare for kvinnens liv/helse.»), men angi mer spesifikt når abort er tillatt. Statene må sikre en effektiv og korrekt håndheving av loven. Beslutningsprosessen må være rettferdig, og sikre respekt for de interesser som skal ivaretas ved loven (*Tysiatic v. Polen* pkt. 113). Borgerne må beskyttes mot tilfældige og vilkårlige inngrep fra offentlige myndigheter i retten til privatliv (*Tysiatic v. Polen* pkt. 112). I sakene *R.R. v. Polen* og *P. og S. v. Polen* uttaler EMD at prosessen knyttet til søknad om abort må sikre at kvinnen og beslutningsorganet har tilgang til pålitelig informasjon som er relevant for å vurdere om lovens vilkår er oppfylt.

Samlet sett viser sakene at statene må sikre at prosessen knyttet til abort er respektfull, og ikke utsetter kvinnen for unødig trenering eller annen nedverdiggende og grusom behandling. Kvinner som ønsker om abort må kunne forutberegne sin rettsstilling, og bli myndiggjort i prosessen. Det må være nødvendig åpenhet om praksis og prosess. Statene må sikre rettferdighet og likebehandling.

Retten til likestilling

Statens adgang til å regulere abort har også blitt diskutert og vurdert opp mot *retten til likestilling* som blant annet går blant annet frem av EMK art. 14, SP art. 2, ØSK art. 2. I 2018 satte FN ned en arbeidsgruppe som ser på diskriminering av kvinner. Gruppen rapporterer jevnlig til FNs menneskerettighetsråd. I rapporten fra 2018 skriver arbeidsgruppen at:

«The right of a woman or girl to make autonomous decisions about her own body and repro-

ductive functions is at the very core of her fundamental right to equality and privacy, involving intimate matters of physical and psychological integrity, and is a precondition for the enjoyment of other rights.»

Anbefalingene fra denne arbeidsgruppen er ikke bindende for statene som har sluttet seg til FNs menneskerettskonvensjoner. Uttalelsene skal først og fremst hjelpe statene i arbeidet for å sikre full gjennomføring av menneskerettighetene.

Statlig regulering av abort opp mot retten til likestilling drøftes også i juridisk teori (Fredman, 2019; Siegel, 1992). Et utgangspunkt for analysene er å forstå inngrep i kvinnelig reproduksjon i lys av historiske forhold, sosiale normer og institusjonalisert praksis (Fredman, 2018; Siegel, 1992; Siegel, 2022). Likestillingsperspektivet viser til at regulering av abort innebærer en kjønns-spesifikk regulering («sex-based state action»), og dermed en kjønnsbasert forskjellsbehandling. Slik kjønnsbasert forskjellsbehandling må vurderes opp mot det menneskerettslige forbudet mot diskriminering på grunn av kjønn, særlig knyttet til en rett til likestilt selvbestemmelse i privatlivet.

Likestillingsanalysene peker på at kvinners rett til reproduktiv frihet må analyseres i en sosial kontekst. Vurderingen av retten til abort ut ifra et rent fysiologisk perspektiv, der dilemmaet begrenses til en avveining av fosterets liv mot kvinnens individuelle fysiske, psykiske og sosiale skader, tilslører den sammensatte diskrimineringen kvinner utsettes for i forbindelse med reproduktivt arbeid. Kvinner utsettes for en rekke former for diskriminering som følge av graviditet, fødsel og omsorg for barn, blant annet tap av arbeid, lønn og arbeidsoppgaver, tap av frihet, økt omsorgsbyrde, avhengighet og tap av respekt og verdi (Nordberg et al.; NOU 2012: 15; Pedersen et al., 2021). Diskrimineringen er strukturell og institusjonalisert, og skapt av samfunnets normer og verdier. Retten til likestilling betyr at kvinner må ha frihet til selv å velge å tre inn i en situasjon som innebærer risiko for diskriminering og tap av likestilte muligheter.

De teoretiske diskusjonene om mulige skranke for regulering av abort lys av retten til likestilling legger ingen klare menneskerettslige begrensninger på utformingen av nasjonal lov eller prosess. Diskusjonene vil først og fremst ha politisk relevans i vurderingen av nasjonale regler for abort.

7.6.3 Fratakelse av selvbestemmelse om svangerskapsavbrudd på grunn av ung alder eller redusert beslutningskompetanse

En rekke nasjonale regelverk om abort, også det norske, inneholder regler som særlig innskrenker eller fratrukker visse kvinner myndighet og selvbestemmelse i saker om abort. Særlig fratakelse av myndighet i sammenheng med abort er ofte knyttet til alder, eller at den gravide har utviklingshemning eller psykisk funksjonsnedsettelse.

Flere menneskerettskonvensjoner fastslår at alle har lik rett til å ta rettslige valg i eget liv, uten diskriminering på grunn av alder eller funksjonsnedsettelse. I denne sammenheng innebærer rettslige valg å beslutte å ta abort eller å søke om abort. I utvalgets arbeid er det relevant å se på hvilket handlingsrom menneskerettighetene gir for å innskrenke enkeltpersoners rettslige handleevne i abortspørsmål på grunn av alder eller redusert beslutningskompetanse.

Barnekonvensjonen art. 12 sier at:

Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.

Barns rett til deltakelse og medvirkning anses som et grunnleggende prinsipp for barns rettigheter. Bestemmelsen skal ses i sammenheng med art. 5 som pålegger statene å respektere foreldre, slektninger eller verges ansvar for og rett til å gi veiledning og støtte. Samtidig har statene en forpliktelse til å beskytte barnets liv og helse. Flere hensyn må derfor avveies i utformingen av regler om barns selvbestemmelse og informasjon til foreldre i spørsmål om abort.

I generell kommentar nr. 20 fra Barnekomiteen om «the implementation of the rights of the child during adolescence», punkt 60, heter det:

The Committee urges States to decriminalize abortion to ensure that girls have access to safe abortion and post-abortion services, review legislation with a view to guaranteeing the best interests of pregnant adolescents and ensure that their views are always heard and respected in abortion-related decisions.

Generell kommentar nr. 15 fra Barnekomiteen om «the right of the child to the enjoyment of the high-

est attainable standard of health» punkt 56 heter det:

States should work to ensure that girls can make autonomous and informed decisions on their reproductive health. Discrimination based on adolescent pregnancy, such as expulsion from schools, should be prohibited, and opportunities for continuous education should be ensured.

Likestilt rett til selvbestemmelse for personer med funksjonsnedsettelse fremgår av CRPD art. 12, som sier at statene skal erkjenne at mennesker med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder. CRPD art. 12 andre ledd om å anerkjenne rettslig handleevne, tolkes ikke som et absolutt forbud mot å gjøre begrensninger i retten til å utøve den rettslige handleevnen. Eventuelle inngrep må imidlertid være saklig begrunnet, nødvendige og forholdsmessige (Prop. 141 L (2021–2022)). På denne bakgrunn har CRPD-komiteen kritisert nasjonale regler og praksis som knytter fratakelse av rettslig handleevne til diagnoser, og ikke den konkrete situasjonen eller individuelle forutsetninger.

Beskyttelse av andre rettigheter som konvensjonen peker på, som retten til liv (artikkel 10), retten til ikke å bli utsatt for umenneskelig eller nedverdiggende behandling (artikkel 15) og retten til helse (artikkel 25), kan gi saklig grunnlag for å gripe inn i den rettslige handleevnen.

Med utgangspunkt i artikkel 12 tredje ledd skal statene, før det gjøres inngrep i den rettslige handleevnen, iverksette tiltak med sikte på støtte den enkeltes selvbestemmelse og evne til å foreta rettslige disposisjoner. Siktemålet med tiltakene vil være at den enkelte settes i stand til selv å gjøre valg og prioriteringer. Overføring av myndighet er bare aktuelt dersom dette ikke fører frem.

Etter art. 12 fjerde ledd skal alle tiltak som skal støtte eller erstatte personers rettslige handleevne være underlagt sikkerhetsmekanismer som hindrer misbruk. Tiltakene skal være forholdsmessige, skreddersydd til den aktuelle situasjonen, og de skal settes inn for så kort tid som mulig. I norsk rett er dette ofte omtalt som det minste midtels prinsipp. Tiltakene skal videre sikre mot interessekonflikter og upassende innflytelse.

Tiltak som bistår en person i utøvelsen av den rettslige handleevnen eller gjør inngrep personens myndighet skal respektere personens rettigheter, vilje og preferanser. Adgangen til å begrense den rettslige handleevnen innebærer

derfor ingen rett til å se bort fra personens rettigheter, vilje og preferanser. Tidligere lovverk som har lagt til grunn en «best interest» vurdering ved fratakelse av myndighet er ikke i samsvar med konvensjonens krav. CRPD-komiteen sier at «The «will and preferences» paradigm must replace the «best interests» paradigm to ensure that persons with disabilities enjoy the right to legal capacity on an equal basis with others».

Retten til selvbestemmelse følger også av retten til privatliv i Grunnloven § 102, EMK artikkel 8 og SP art. 17.

7.6.4 Fars rettigheter

EMD har flere ganger behandlet klager fra fedre i saker om abort. I flere av sakene anføres det at aborten krenker fostrets rett til liv etter EMK art. 2, se kap. 7.6.1. I enkelte saker anføres det videre at det nasjonale regelverket krenker fars menneskerettigheter, ved at lovgivningen gir kvinnen autonom myndighet til å beslutte eller søke om abort, uten at far / partner / ektefelle har rett til informasjon eller til å medvirke, eller må gi tillatelse.

På dette grunnlaget ble Norge klaget inn for EMD i saken *H v Norway (1992)*. Klageren, som var faren til et foster som ble abortert, anførte blant annet at regelverket om abort og prosessen utgjorde en krenkelse av retten til en rettferdig rettergang etter artikkel 6, idet han ikke fikk anledning til å hevde sin rett som far før aborten ble utført. Klageren anførte også at hans rett til respekt for familieliv etter EMK art. 8 var krenket, idet det 14 uker gamle fosteret var å anse som del av hans familie. Endelig anførte han krenkelse av diskrimineringsforbudet i artikkel 14.

Anførselen om krenkelse av artikkel 6 ble avvist av Menneskerettighetskommisjonen *ratione materiae*, det vil si at sakens materielle forhold faller utenfor konvensjonens anvendelsesområde, idet han som fosterets far i denne sammenheng ikke hadde noen rettigheter etter nasjonal lov. Resten av anførselen ble avvist som åpenbart grunnløse. Kommisjonen viste til at det først og fremst er kvinnen som berøres av et svangerskap, og at fars rett til familieliv eller ikke-diskriminering ikke kan tolkes på en måte som griper inn i eller tilsidesetter kvinnens menneskerettigheter.

På denne bakgrunn må det anses som sikker rett at far / partner ikke har noe menneskerettslig krav på informasjon, medvirkning eller myndighet i saker som gjelder abort.

7.6.5 Har staten plikt til å motvirke selektive svangerskapsavbrudd?

Spørsmålet om abort har blitt diskutert i lys av prinsippet om ikke-diskriminering i menneskerettighetene. Det generelle prinsippet om ikke-diskriminering er blant annet tatt inn i SP art. 2 ledd 1 og art. 3, kvinnekonvensjonen art. 2, barnekonvensjonen art. 2, CRPD art. 3 og 5 og ØSK art. 2 punkt 2. Spørsmålet er om praksis eller vilkår for innvilgelse av abort basert på fosterets egenskaper som kjønn, etnisitet eller funksjonsnedsettelse, kan komme i konflikt med ikke-diskrimineringsprinsippet, enten ved at fostre diskrimineres eller ved at lov og praksis skaper fordommer og stereotype oppfatninger som krenker fødte personer.

Uttalelser fra FNs overvåkningsorganer kan tolkes i ulike retninger. Kvinnekomiteen har i flere saker anbefalt landene å iverksette tiltak for å hindre aborter basert på fosterets kjønn (Women, 2006). FNs barnekomité har også flere ganger kritisert statene for å åpne for selektive aborter knyttet til kjønn (Child, 2013). I håndbok om implementering av barnekonvensjonen stiller UNICEF spørsmål ved om selektiv abort knyttet til funksjonsnedsettelse på tilsvarende måte kan komme i konflikt med barnekonvensjonen (Unicef, 2007).

FN-komiteen for CRPD har lagt til grunn at nasjonale lover som gir større tilgang til abort på grunn av funksjonsnedsettelse hos fosteret kan komme i konflikt med CRPD art. 4 generelle prinsipper, 5 likhet og ikke-diskriminering og 8 bevisstgjøring. Denne tolkningen går blant annet frem av komiteens konkluderende merknader (Disabilities, 2017; Tongue, 2023). På den annen side har CEDAW-komiteen gitt uttrykk for at kvinner må ha rett til å avslutte svangerskapet basert på relevant informasjon som kommer frem gjennom svangerskapsundersøkelser (Tongue, 2023).

Forarbeidene til den nye loven om svangerskapsavbrudd på Island legger til grunn at lovverk som gir en særlig og videre adgang til abort ved avvik hos fosteret, kan være i strid med CRPD art. 1 formål, 4 generelle forpliktelser og 8 bevisstgjøring. Det vises til den tidligere lovens ordlyd, som i utgangspunktet forbød abort, men ga adgang til abort ved stor sannsynlighet for «malformations, genetic defects or damage to the foetus». Det vises til at bestemmelsens ordlyd er egnet til å skape stereotype og fordomsfulle oppfatninger om personer med funksjonsnedsettelse og skadelig praksis.

Komiteenes uttalelser om tolkningen av konvensjonene er ikke rettslig bindende for statene.

Det er ikke tilstrekkelige holdepunkter til å si at lovgivning som gir adgang til abort på bestemte vilkår, blant annet avvik hos fostret, er i strid med menneskerettighetene. Ettersom menneskerettighetene tolkes dynamisk, kan komiteens merknader allikevel være relevante for å identifisere forventet rettsutvikling.

7.6.6 Samvittighetsfritak

Internasjonal og europeiske menneskerettigheter anerkjenner et individs rett til religions-, samvittighets- og tankefrihet, så vel som en stats forpliktelser til å respektere denne retten. Frihet for tanke, samvittighet og overbevisning er beskyttet av flere konvensjoner, blant annet SP, EMK og Barnekonvensjonen. Retten til religions-, samvittighets- og tankefrihet beskytter blant annet helsepersonells rett til å reservere seg mot å utføre abort.

Individers rett til religions-, samvittighets- og tankefrihet er ikke absolutt, og innebærer ikke en rett til å krenke andres rett til liv, likestilling eller privatliv. Statene har en plikt til å sikre retten til tilgang til lovlige medisinske tjenester, inkludert reproduktive helsetjenester. Der disse kommer i konflikt, må statene sikre pasientene tilgang til helsetjenester som pasienten har lovlig rett til å motta. FNs menneskerettskomité uttaler i generell kommentar nr. 36 punkt 8

States parties should remove existing barriers to effective access by women and girls to safe and legal abortion, including barriers caused as a result of the exercise of conscientious objection by individual medical providers, and should not introduce new barriers.

FNs overvåkingsorganer for menneskerettighetene, som CEDAW-komiteen, har gjentatte ganger bekreftet at statene har en plikt til å regulere eventuelle konflikter mellom helsepersonells ønske om å reservere seg fra å yte bestemte helsetjenester, for å sikre at kvinners tilgang til helse og reproduktiv helse ikke begrenses.

Samvittighetsfriheten er beskyttet av EMK artikkel 9. I artikkel 9 er retten til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet nedfelt:

Enhver har rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet; denne rett omfatter frihet til å skifte religion eller overbevisning, og frihet til enten alene eller sammen med andre og så vel offentlig som privat å gi uttrykk for sin

religion eller overbevisning, ved tilbedelse, undervisning, praksis og etterlevelse.

Frihet til å gi uttrykk for sin religion eller overbevisning skal bare bli undergitt slike begrensninger som er foreskrevet ved lov og er nødvendige i et demokratisk samfunn av hensyn til den offentlige trygghet, for å beskytte den offentlige orden, helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter.

Bestemmelsen er i hovedsak sammenfallende med FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 18, og bestemmelsene behandles derfor sammen i det følgende.

En arbeidstaker som nekter å utføre en arbeidsoppgave kan tenkes å påberope samvittighetsfriheten, men også religions- og livssynsfriheten. Det vil heller ikke alltid være et klart skille mellom saker som behandles som spørsmål om inngrep i religions- og livssynsfriheten eller samvittighetsfriheten.

Det er ikke noe krav til hva slags eller hvilken religion eller overbevisning man påberoper seg, så lenge det naturlig faller inn under bestemmelsens ordlyd. FNs menneskerettskomité har uttalt følgende om dette (Committee, 1993):

Article 18 protects theistic, non-theistic and atheistic beliefs, as well as the right not to profess any religion or belief. The terms «belief» and «religion» are to be broadly construed. Article 18 is not limited in its application to traditional religions or to religions and beliefs with institutional characteristics or practices analogous to those of traditional religions.

FNs menneskerettskomité har slått fast at det ikke kan gjøres inngrep i tanke- og samvittighetsfriheten eller i retten til å ha eller ta en religion eller tro. Også EMK artikkel 9 beskytter den enkeltes rett til å ha tankefrihet, samvittighetsfrihet og religions- og livssynsfrihet. Den verner altså den indre retten til å ha en religion, samvittighet eller overbevisning, også kalt «forum internum». Forum internum, retten til å ha en samvittighet eller en religion kan ikke begrenses. Dette kan blant annet innebære en rett til ikke å gi opplysninger om religiøs eller livssynsmessig overbevisning.

Artikkel 9 gir også rett til å utøve sin religion eller overbevisning; å gi uttrykk for den offentlig eller privat «ved tilbedelse, undervisning, praksis og etterlevelse». Denne delen av rettigheten kalles gjerne «forum externum».

EMK artikkel 9 nr. 2 gis staten en mulighet til å gjøre begrensninger i borgernes frihet til å gi uttrykk for sin religion eller overbevisning. Begrensningene kan som nevnt bare gjelde friheten til å *gi uttrykk* for ens religion eller overbevisning, forum externum, og dermed ikke i religions- og livssynsfriheten som sådan, forum internum.

For at et inngrep skal være tillatt etter EMK artikkel 9 nr. 2, må det være «foreskrevet ved lov», ha et legitimt formål og være nødvendig i et demokratisk samfunn. Denne begrensningen på et individs rett til å reservere seg av samvittighetsgrun-

ner ble eksplisitt anerkjent av EMD i saken *Pichon and Sajous v. France (2001)* i forbindelse med tilgang til prevensjonsmidler. Saken gjaldt to eiere av et apotek som nektet å selge forskrevne prevensjonsmidler. Nektelsen ble begrunnet med apotekernes religiøse overbevisning. EMD viste til at trosfrihet, og retten til å opptre i samsvar med sin tro, var omfattet av art. 9 i EMK. EMD fant imidlertid at rettigheten ikke kunne tolkes så vidtrekkende at det innebar en rett til å påtvinge andre sin tro eller begrense andres frihet.

Del III
Dagens situasjon

Kapittel 8

Abort i Norge – Statistikk og utvikling

8.1 Abort i Norge

Antall årlige begjæringer om abort har variert noe fra selvbestemt abort ble vedtatt i 1978 og frem til i dag. Antall begjæringer er i dag på omtrent samme nivå som i 1980. Tatt i betraktning at folketallet i samme periode har økt fra rundt 4 millioner innbyggere i 1978 til 5,5 millioner innbyggere i 2023 er det klart at antallet saker relativt sett har sunket. I 1980 var abortraten rundt 15 per 1000 kvinne, i 2021 var abortraten 9 per 1000 kvinne i alderen 15–49 år. I 2022 økte abortraten for første gang siden 2008, til 9,8 per 1000 kvinne i fertil alder.

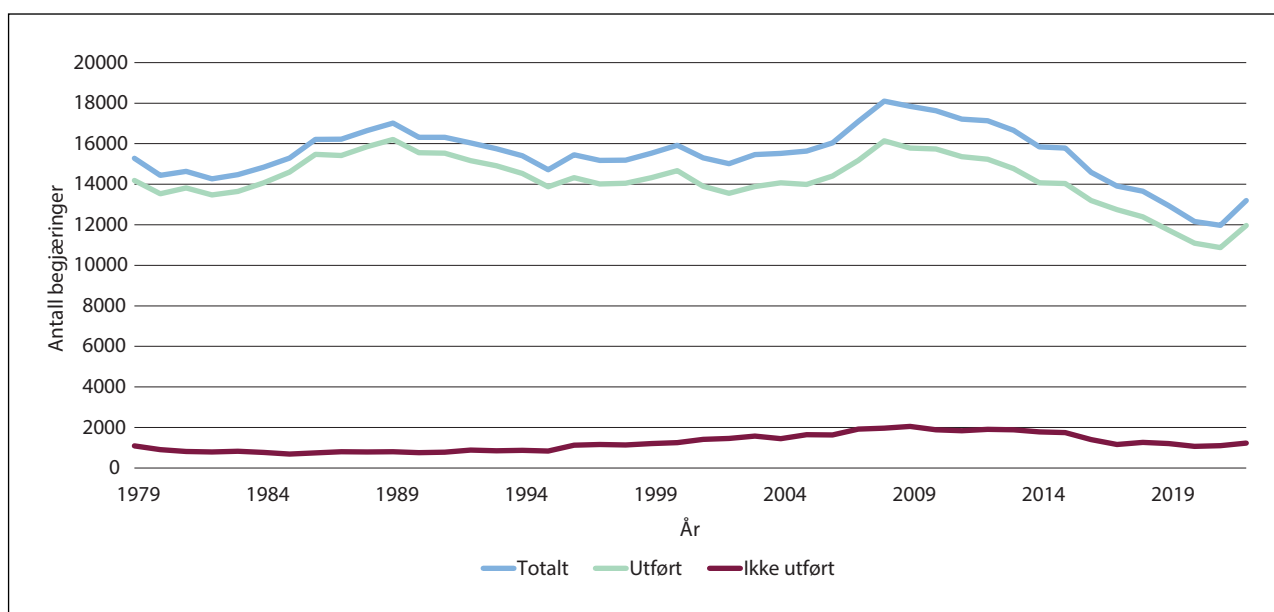
Det foreligger statistikk om antall utførte aborter, antall begjæringer om abort, antall nemndsbe-
gjæringer og antall nemndsbehandlede aborter i Norge siden 1979. Statistisk sentralbyrå hadde ansvar for abortstatistikken i Norge frem til 2005. Etter dette har Folkehelseinstituttet hatt ansvar for abortstatistikken og fra 2008 var Folkehelseinstitut-

tet ansvarlig for databehandlingen i Register over svangerskapsavbrudd (Løkeland et al., 2023).

Nedgangen i aborter fra 2008 til 2021 har skjedd samtidig som fødselstallene har sunket i samme periode. Aborttallene er nå på linje med 2019, før covid-19 pandemien. Det ble utført 11 967 aborter i Norge i 2022. Av alle aborter var 95,1 prosent selvbestemte og 84,1 prosent av disse var utført før 9. uke (Løkeland et al., 2023).

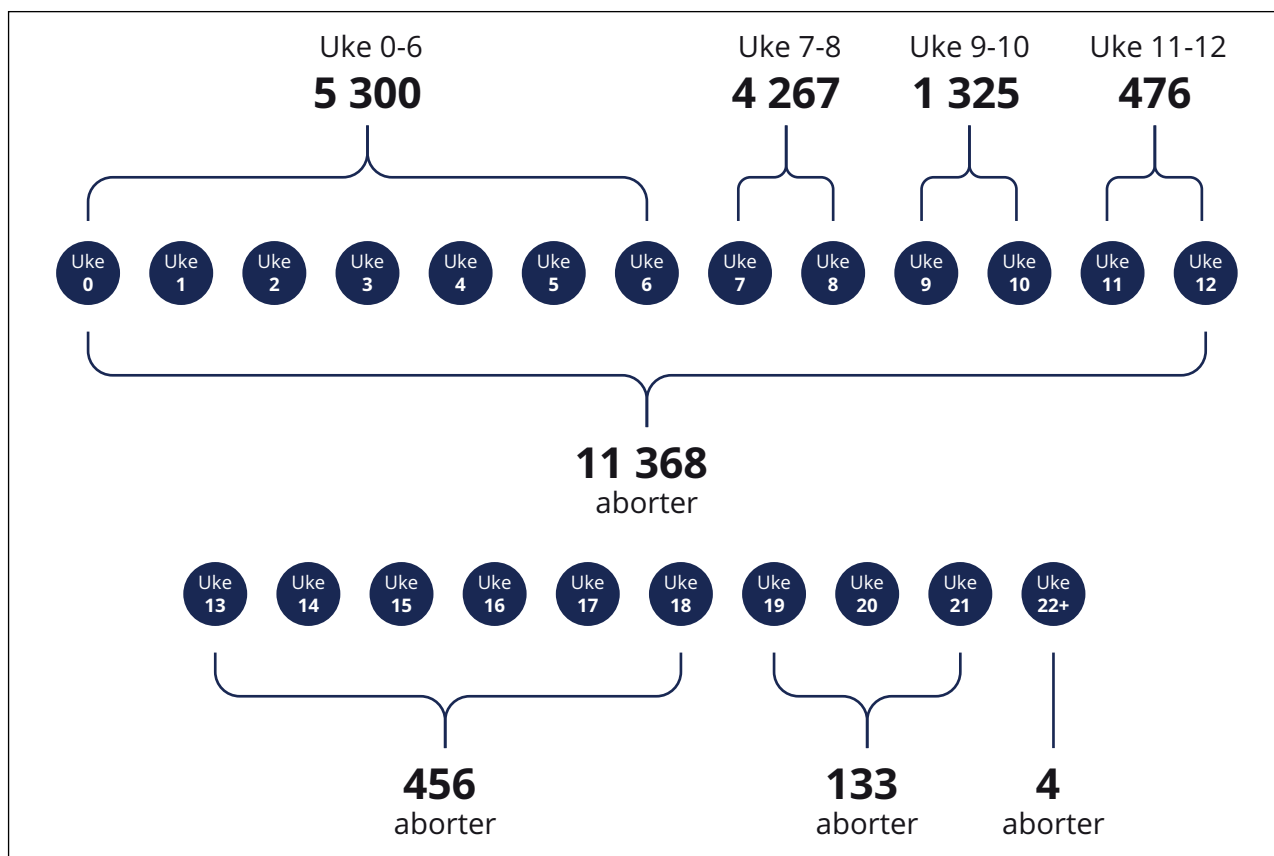
Kvinnens alder

Siden 2008 har det vært en nedgang i aborter blant de yngste kvinnene, i alderen 15–19 og var på det laveste i 2020. Denne nedgangen har stoppet opp, og det har vært en økning i abortraten fra 4,4 i 2020 til 5,5 svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i alderen 15–19 i 2022. Aldersgruppen 20–24 år hadde lenge den høyeste forekomsten av aborter, men den har vært synkende de siste årene. Fra 2022 har det vært en økning i abortratene i alle aldersgrupper (Løkeland et al., 2023).



Figur 8.1 Antall begjæringer og utførte svangerskapsavbrudd 1979–2022 (totalt, utført og ikke utført)

Kilde: Abortregisteret



Figur 8.2 Antall svangerskapsavbrudd fordelt på svangerskapets lengde i 2022

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS.

Kilde: Abortregisteret

Nemndsbehandlede aborter

Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke skal alle begjæringer behandles av nemnd, som innvilger eller avslår søknad om abort etter dette tidspunktet. Nemndene behandler også alle begjæringer om fosterantallsreduksjoner uavhengig av svangerskapslengde. Det er 23 primærnemnder i Norge. Ved avslag i primærnemnd går klage automatisk videre til behandling i sentral klagenemnd for abortsaker. Se kap. 11 om abortnemndene og kap. 10 om abortloven.

I 2022 ble det utført 590 nemndsbehandlede aborter. De nemndsbehandlede abortene utgjør om lag fem prosent av alle aborter årlig. I 2022 utgjorde de 4,9 prosent av alle aborter og andelen nemndsbehandlede aborter i forhold til selvbestemte har vært stabil over tid.

De fleste nemndsbegjæringer om abort innvilges i primærnemnd. I 2022 ble 99,3 prosent (586) av alle nemndsbehandlede svangerskapsavbrudd innvilget i primærnemnd.

De fleste av de nemndsbehandlede avbruddene blir utført før utgangen av 18 svangerskapsuke. Ved nemndsbehandlede aborter etter uke 18 er

det om lag 80 prosent som er innvilget på grunn av sykdom eller egenskaper hos fosteret, se kap. 11.3 om abortnemndene.

8.2 Risikofaktorer for abort

De fleste aborter skjer før niende svangerskapsuke (84,1 prosent i 2022) og av alle aborter var 95,1 prosent selvbestemte i 2022. De selvbestemte abortene er alle utført før utgangen av tolvte svangerskapsuke. På bakgrunn av dette vet man at de fleste aborter skjer før kvinnen har kunnskap om fosterets egenskaper. Kvinnen har i de fleste tilfeller da ikke ønsket å bli gravid. Å være uønsket gravid er imidlertid ikke det samme som å være uplanlagt gravid. En viss andel av uplanlagte graviditeter ender med fødsel, og en viss andel ender med abort, enten provosert abort eller spontanabort.

I to artikler fra den store mor og barn-undersøkelsen (MoBa) fra Folkehelseinstituttet er det beskrevet at ca. 20 prosent av graviditetene i MoBa var uplanlagte. Siste svangerskap i MoBa var imidlertid i 2008, så dette resultatet er ikke nødvendigvis sammenlignbart med dagens tall. I

Tabell 8.1 Svangerskapsavbrudd i Norge 2018–2022 per 1000 kvinner

Aldersgrupper	15–19 år	20–24 år	25–29 år	30–34 år	35–39 år	40–44 år	45–49 år	15–49 år
2018	5,5	16,9	17,6	16,1	11,2	4,3	0,3	10,3
2019	4,9	14,9	17,3	15,0	11,1	4,1	0,4	9,7
2020	4,4	13,6	15,3	14,5	11,1	4,4	0,4	9,2
2021	4,6	13,3	15,3	14,2	10,6	4,0	0,3	9,0
2022	5,5	14,5	16,4	15,4	11,3	4,6	0,4	9,8

Kilde: Abortregisteret

tillegg er det også en viss seleksjon inn i MoBa som kan gjøre tallene noe usikre. Dersom vi legger til grunn at 20 prosent av alle fødsler er uplanlagte, vil det si rundt 10 000–11 000 uplanlagte fødsler per år med de siste 5 års fødselstall. Antall provoserte aborter har ligget på ca. 11 000–12 000 per år de siste fem årene. Dersom det antas at de fleste som velger provosert abort er uplanlagt gravid er det ut til å være omtrent like sannsynlig at en uplanlagt graviditet ender i provosert abort som i fødsel. (Folkehelseinstituttet).

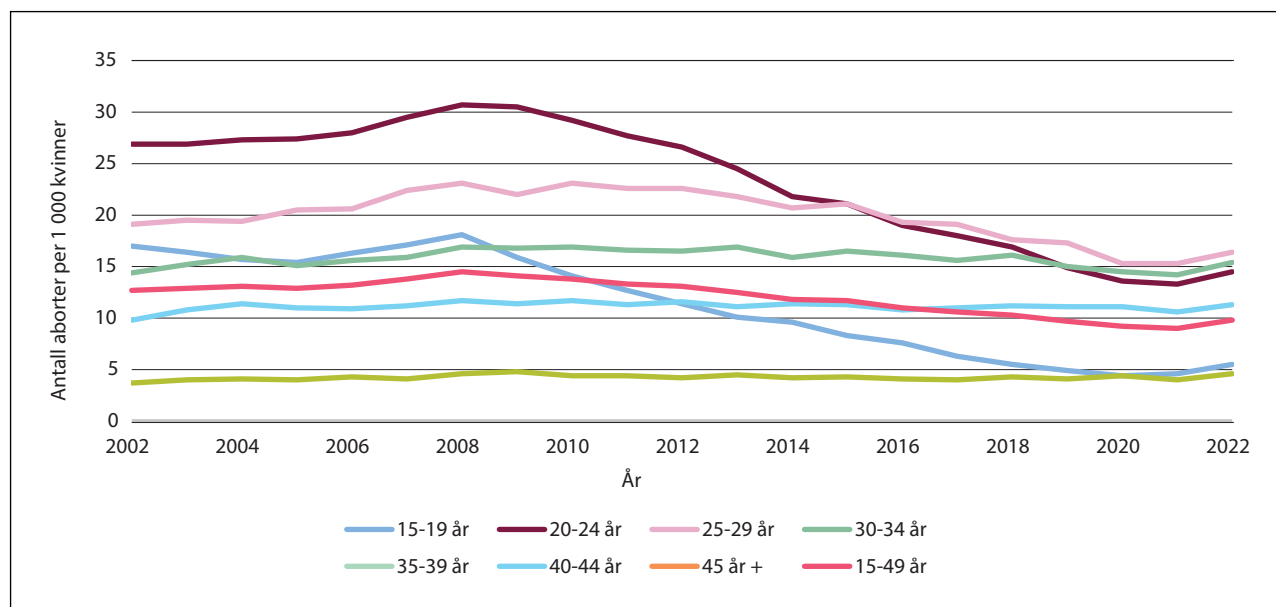
Selv om tenåringsgraviditeter har gått kraftig ned, er det i denne gruppen de fleste uplanlagte graviditetene forekommer. Kvinner i 30-årsalderen er gruppen som i størst grad har planlagt graviditeten (Hognert et al., 2018).

Ettersom det ikke er slik at alle uønskede eller uplanlagte svangerskap ender i abort, er heller ikke risikofaktorer for abort og risikofaktorer for

uønskede svangerskap nødvendigvis sammenfallende. Uønskede svangerskap er gjerne en konsekvens av prevensjonssvikt (å glemme prevensjon eller bruke den feil), manglende bruk av prevensjon eller mangelfull kunnskap. Risiko for uplanlagte og uønskede graviditeter er også ulik blant kvinner på grunn av ulik fruktbarhet. Fruktbarhet blant kvinner er ulik, ikke bare basert på alder, men også biologiske forskjeller mellom kvinner (Justad-Berg et al., 2015).

Risikofaktorer for abort er knyttet til en rekke forhold og grunnene til at kvinner tar abort er svært ulike.

Forskning kan tyde på at en relativt stor andel av kvinner som tar abort har gjennomgått en eller flere provoserte aborter tidligere. I en studie fra 2015 fant man at 37 prosent av kvinnene som begjærte abort i perioden 2007–2011, hadde tatt abort en gang tidligere, nesten tolv prosent hadde



Figur 8.3 Svangerskapsavbrot fordelt på alder 2002–2022 per 1000 kvinne

Kilde: Abortregisteret

tatt abort to eller flere ganger tidligere. Forskerne fant at risikofaktorer for gjentatte aborter var alder under 25 år, bruk av prevensjon og å ha født barn tidligere. Rundt 40 prosent av kvinnene rapporterte at de brukte prevensjon da de ble gravide. De fleste som hadde brukt prevensjon, hadde brukt p-piller eller kondom. Fullført utdanning ved høyskole eller universitet var assosiert med redusert risiko for gjentatt svangerskapsavbrudd. Forskerne pekte også på at resultatene i studien tydet på at høy fruktbarhet kan være en underliggende risikofaktor for gjentatte svangerskapsavbrudd (Justad-Berg et al., 2015).

Forskning i Norge og nordiske land tyder også på at risikofaktorer for abort er rusavhengighet, sivil status som enslig og minoritetsbakgrunn. Skadelig og risikofull rusmiddelbruk og rusbrukslidelser øker risikoen for en rekke sykdommer og negative psykiske og somatiske helseutfall. Å ivareta egne behov og egen helse er vanskelig når man har en rusbrukslidelse. Det innebærer også at man oftere ikke bruker prevensjon. Rusmiddelmisbruk øker også risikoen for gjentatte aborter.

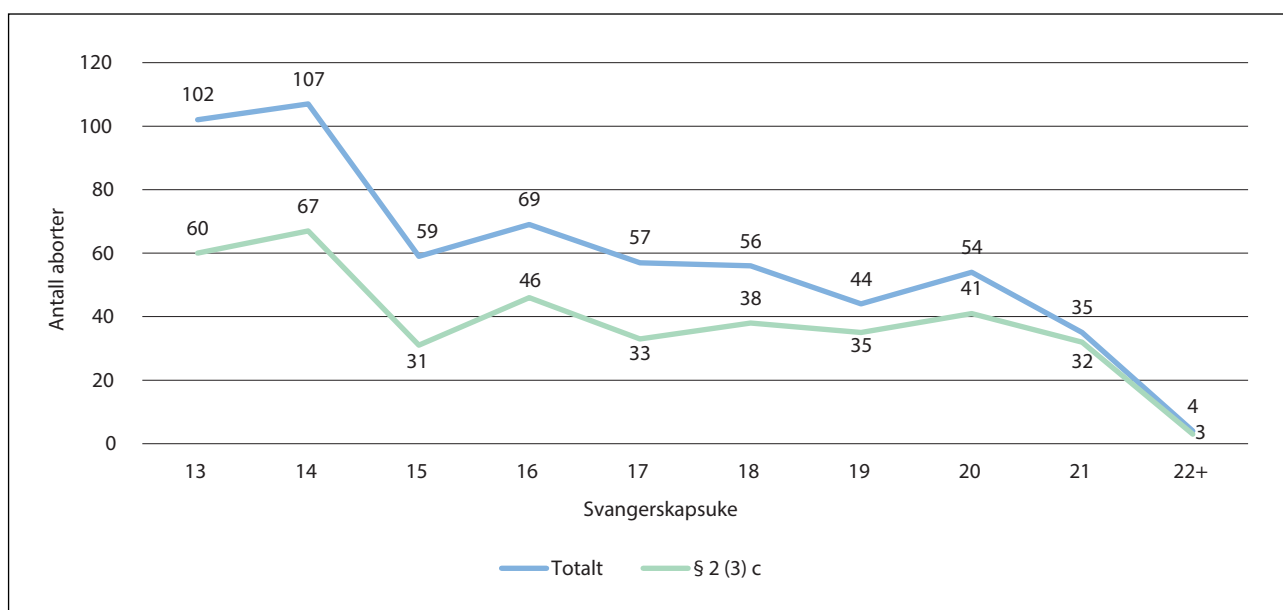
Generelt vil risiko for abort være høyere i grupper med høy fertilitet. I en studie fra Oslo så man at kvinner med en annen etnisk bakgrunn enn norsk var overrepresentert både blant abortsøkende og blant fødende kvinner i Oslo. I aldersgruppen 20–24 år var det imidlertid ingen forskjeller i fødselsrate eller abortrate på kvinner med norsk bakgrunn og kvinner med bakgrunn fra andre land. Forskning tyder også på at blant de

som tar abort med norsk bakgrunn vil en større andel ha lav utdanning og manglende arbeid sammenliknet med gruppen med alle kvinner i fertil alder i befolkningen (Eskild et al., 2007). Begjæring om abort blir også fremsatt på et noe senere tidspunkt (litt under en uke) senere. Funnene er ikke fulgt opp med nyere forskning (Helgadóttir, 2006; Eskild et al., 2002).

Utviklingen i fødselstall og aborttall henger sammen og har fulgt hverandre over tid (Løke-land et al., 2023). Både fødselstallene og aborttallene har over tid sunket i Norge. I 2022 ble det født rekordlavt antall barn i Norge med 51.500 fødte. Det er 1.41 barn per kvinne. Aborttallene har samtidig gått ned fra 2008, men hadde en økning fra 2021 til 2022.

Alderen på førstegangsfødende har økt de siste ti årene (Helsedirektoratet, 2020). Samtidig ser vi at andelen barn født av kvinner i alderen 40–44 år er fordoblet. Mors gjennomsnittsalder ved første barns fødsel var 23,8 år i 1964. I 1994 var alderen på førstegangsfødende 26,3 år, og i 2022 31,7 år.

Kvinnens mest fruktbare periode inntreffer før 30 års alder, og etter 40 år er fruktbarheten for de fleste betraktelig redusert. En forskyving av tidspunkt for førstegangsfødende fører både til færre fødsler og til mer kompliserte forløp. Sykdom hos kvinnen, komplikasjoner i svangerskapet og ved fødsel og medisinske tilstander hos fosteret øker med økende alder (Helsedirektoratet, 2020). Samtidig har utviklingen og muligheter innen bruk av teknologi og fosterundersøkelser økt, og blitt mer



Figur 8.4 Nemndbehandlede svangerskapsavbrudd etter svangerskapslengde og vedtaksgrunn 2022

Kilde: Abortregisteret

tilgjengelig. Dette gir økte muligheter for informasjon om fosteret.

Når det gjelder nemndsbehandlede aborter, som er aborter etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, er median alder rundt 30 år. Median

alder ved nemndsaborter har ikke endret seg over de siste ti årene, og er i dag på linje med førstegangsfødende (Abortergisteret).

Kapittel 9

Kvinner valg og beslutningsprosess

9.1 Kvinner grunner til abort

Hva er kvinners erfaringer og opplevelser med abortvalget, hvilken situasjon er kvinnene i, hva er kvinnes egen opplevelse av valgprosessen og hva påvirker og er avgjørende for abortvalget?

Forskning om beslutningsprosesser og personlige grunner for svangerskapsavbrudd i Norge viser at en del kvinner hadde én eller to fremtredende grunner til å velge abort. Mange hadde mer sammensatte grunner for valget, ofte knyttet til kvinnens livssituasjon. Holdning eller etisk overbevisning om abortspørsmålet var ikke avgjørende for valget (Skjeldestad, 2003; Skjeldestad, 1995). Grunner som ble oppgitt, var høy eller lav alder, manglende eller ustabil forhold til barnefaren, at man hadde det antallet barn man ønsket, et ønske om å fullføre utdanning før man får barn, å være nyetablert i jobb eller grunner knyttet til bolig og økonomiske forhold. I hele gruppen var ustabil eller manglende relasjon til partneren den enkeltgrunnen som flest (41 prosent) oppga som hovedårsak til abort. De oppgitte grunnene avspeiler under hvilke forhold kvinner ønsker å få barn i Norge (Skjeldestad, 2003; Skjeldestad, 1995).

De eldste og de yngste kvinnene oppgir i størst grad alder som hovedgrunn til abort. Enslige under 24 år oppgir alder, at de er i utdanning og ikke har etablert et fast parforhold som de viktigste grunnene til å velge avbrudd. I gruppen enslige 25 år og eldre er mangel på partner eller ustabil forhold til partner oppgitt som den hyppigste grunnen (80 prosent). Gruppen gifte/samboende under 34 år med ingen eller ett barn oppgir mer sammensatte årsaker. Ikke fullført utdanning eller utilfredsstillende tilknytning til arbeidslivet, som igjen fører til dårlig økonomi, oppgis som viktigste grunn for halvparten av kvinnene i denne gruppen.

Ønske om ikke å få barn, eller ikke flere barn oppgis også av en del som avgjørende faktor. For gruppen gifte/samboende med to eller flere barn, oppgir de fleste at de er fornøyde med det antallet

barn de har. Blant gifte/samboende kvinner over 35 år med ett eller ingen barn, oppgir flertallet av de som ikke har barn at de har bestemt seg for et barnløst liv.

Andre faktorer er helseproblemer. For kvinner over 35 år med to eller flere barn, er det over en tredel som oppgir høy alder og helseproblemer som viktigste grunn til avbrudd (Skjeldestad, 2003).

Også internasjonal forskning viser at sammensatte årsaker knyttet til kvinnens livssituasjon og relasjonelle forhold er sentrale grunner til å velge abort. Barndomsopplevelser og oppvekst med sosioøkonomiske utfordringer, alder og ustabil eller manglende relasjon til partner eller barnefar påvirker valget om abort (Alex & Hammarstrom, 2004).

9.2 Relasjoner og betydningen av andre

Uansett hva som er grunnen til at en kvinne ønsker abort, vil det ha mye å si hvordan omgivelsene og de nærmeste forholder seg. Om hun får støtte av partner, familie eller nære venner, og hvordan hun opplever å bli møtt i helsetjenesten, påvirker hennes opplevelse. Alle har behov for å bli forstått og støttet i sitt valg, uansett hva valget er.

For mange kvinner som er i et parforhold, vil partneren ha en viktig rolle både før og etter aborten. Hvis grunnen til aborten for kvinnen er medisinske tilstander hos fosteret, og det er et planlagt barn som de er to om, vil mange oppleve at de er to som går gjennom situasjonen sammen, og at valget om abort også gjøres sammen. Et felles valg om å få barn sammen har kanskje vært tatt før, og man opplever at valget om å ta abort også gjøres sammen. Andre gravide kan ha ulike eller motstridende ønsker enn det partner har, og de opplever ikke at de får den støtten de ønsker for valget de tar. Enkelte kvinner opplever å bli presset av partner til å ta abort eller gjennomføre svan-

gerskapet (Ditlefsen & Rognaldsen, 2021). Dette kan gi psykiske reaksjoner i etterkant av aborten.

Kvinner som ikke har relasjon til eller ønsker kontakt med barnefaren, vil ofte ikke involvere ham i beslutningen om abort. Valget om å avbryte eller ikke vil uansett kunne ha store konsekvenser for barnefarens liv, uavhengig av om han er i et parforhold med kvinnen eller ikke.

Mange snakker med få personer om abortvalget. Kvinner som er i parforhold, oppgir som oftest partner som den de i størst grad snakker med før aborten. Andre sentrale personer er mor og venninner og andre nære familiemedlemmer (Skjeldestad, 2003).

9.3 Vold

For noen kvinner vil valget om abort gjøres på bakgrunn av en livssituasjon der de er utsatt for vold fra en partner eller andre. Hvilken relasjon man har til partner eller barnefaren er en sentral del av vurderingen og beslutningsgrunnlaget for abort for kvinner som er uønsket gravide. Forskning har vist at om lag hver fjerde kvinne har opplevd at ektefelle eller samboer har anvendt fysisk makt mot dem minst en gang i samlivet, rundt ti prosent av kvinner har blitt utsatt for alvorlig vold, og nesten ti prosent har vært utsatt for voldtekt (Haaland et al., 2005). Risikoen for å oppleve vold er høyere for unge enn eldre mennesker, og blant norske ungdommer som har vært i et kjæresteforhold har over 40 prosent opplevd en eller flere former for vold i et kjæresteforhold (Hellevik & Øverlien, 2016; Thoresen, 2014). Kvinner som er utsatt for partnervold, har økt risiko for prevensjonssvikt, og økt sannsynlighet for å bli gjentatt uønsket gravid og å avbryte svangerskapet.

De som opplever vold og overgrep, opplever å ha vanskeligere for å ha tillit til andre og fortelle om det de har opplevd. Forskning viser at barn som er utsatt for overgrep, i gjennomsnitt bruker 17 år fra de opplever overgrep til de forteller noen om det, og mange anmelder ikke vold og overgrep. For voksne som opplever voldtekt, tar det i gjennomsnitt tre år fra hendelsen til man forteller om det, hvis man forteller om det (Steine, 2017). De som lever med en kontrollerende partner og opplever trusler og vold, opplever at de har mindre kontroll over livet sitt, for eksempel over bruk av prevensjon og over å kunne bestemme selv om man ønsker barn eller ikke. Opplevelsen av å miste makt og kontroll over egen kropp når man opplever overgrep og vold, gjør en mer sårbar ved

andre opplevelser av kroppslig art, som fødsel eller abort. Erfaringen man har med å miste kontroll og selvbestemmelse over kroppen og livet når man utsettes for vold og overgrep, kan også gjøre opplevelsen av at andre tar kontroll og bestemmer over ens kropp, svært vanskelig (Hansen et al., 2023).

Fysisk og psykisk vold i nære relasjoner er et samfunnsproblem som har fått økende oppmerksomhet. Om lag hver fjerde kvinne og hver femte mann har opplevd at ektefelle eller samboer har anvendt fysisk makt mot dem minst en gang i samlivet. Omtrent ti prosent av kvinner og to prosent av menn har blitt utsatt for alvorlig vold, og nesten ti prosent av kvinner har vært utsatt for voldtekt (Haaland, 2005; Thoresen, 2014; Skjørten et al.).

Kvinner som er utsatt for partnervold, har også økt risiko for prevensjonssvikt og økt sannsynlighet for å bli gjentatt uønsket gravid og å avbryte svangerskapet.

9.4 Når det er noe med fosteret

Mulighetene for å avdekke medisinske tilstander eller økt risiko for slike tilstander hos fosteret har økt, og medisinsk teknologi for å undersøke fosteret tas i bruk i økende grad, blant annet med tilbud om to ultralydundersøkelser i svangerskapet til alle gravide (se kap. 14 om fosterdiagnostikk).

De fleste som tar abort, tar abort før de har gjennomgått undersøkelser som kan gi informasjon om fosteret. Rundt fem prosent av abortene gjennomføres etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, etter vedtak i abortnemnd (Løkeland et al., 2023), se kap. 8. Av disse abortene blir ca. 66 prosent innvilget på grunnlag av medisinske tilstander hos fosteret (abortloven § 2 tredje ledd bokstav c). Dette er ofte svangerskap som i utgangspunktet var ønskede svangerskap. Spørsmålet om abort ble først aktualisert etter at det var gjort undersøkelser som del av oppfølgingen i svangerskapet. For de som får et positivt prøvesvar kan valget oppleves som en tvangssituasjon ved at kunnskapen tvinger frem et valg. «The delivery of a positive diagnosis inevitably forces the pregnant woman and her supporters to make a decision to continue or end the pregnancy» (Rapp, 1999).

En del kvinner forteller at de ikke opplever valget om abort på grunn av medisinske tilstander som et egentlig valg, og de kan også motsette seg å definere det som et valg. De kan oppleve at det er så mye som taler for abort, at det ikke er en

avveining som skal gjøres eller et reelt valg som skal tas. Kvinnen må allikevel ta et valg mellom å fortsette svangerskapet eller å søke om og gjennomføre aborten. Hun opplever det som et dilemma fordi ingen av løsningene eller alternativene er noe hun egentlig ønsker (Busch, 2023; Risøy, 2009; Sommerseth, 2010). «Hun kan velge mellom å bli mor til et funksjonshemmet barn eller mor til et dødt barn. Dersom hun velger senabort, vil hun dessuten oppleve at mange ikke opplever henne som mor i det hele tatt» (Busch, 2023). Veien til valget er ulik, fra man får vite en diagnose. Noen bestemmer seg umiddelbart for abort, andre kommer til beslutningen mer gradvis, og noen velger å fortsette svangerskapet. Uavhengig av om når og hvordan man bestemmer seg vil mange oppleve prosessen fra kunnskap om fosteret til en eventuell abort som en eksistensiell krise (Heinsen, 2022; Rapp, 1999; Sommerseth, 2010).

Det er ofte en lang prosess fra første mistanke blir reist om et unormalt funn hos fosteret til man har en diagnose og nok informasjon til å ta et valg. Ofte kan valgprosessen ta flere uker. Mange av kvinnene er i et parforhold, der svangerskapet er planlagt. Kvinnene opplever at de er sammen med partner om valget, men at de selv må ta det endelige valget. Det kan være tungt, og oppleves som et eksistensielt og ensomt valg, selv med en støttende partner (Busch, 2023; Risøy, 2009).

Før valget tas, skal kvinnen og paret få informasjon om medisinske forhold og prognose. De får informasjon om hvordan det kan være å leve med diagnosen, og hvordan det kan påvirke livet, hva slags tilrettelegging som er nødvendig, om det vil innebære langvarig behandling, og hva som finnes av tilbud og støtteordninger til familien. I noen tilfeller er det usikkerhet rundt prognose og fremtid for det kommende barnet og for familien. Diagnosen kan innebære alt fra svært alvorlig funksjonstap og hjelpebehov hele livet, til mulighet for et mer selvstendig liv uten stort hjelpe- og behandlingsbehov. Mange opplever stor usikkerhet om hvordan fremtiden blir for en selv og for barnet. Beslutningen om abort har stor betydning for resten av livet og skal tas i en situasjon som oppleves som en livskrise (Bauer, 2019; Busch, 2023).

Kvinner har ofte mange motstridende følelser og tanker om situasjonen og valget. Hvis det er et dødelig tilstander, kan de føle at selve abortvalget er enkelt, men at situasjonen er svært vanskelig (Busch, 2023). De som tar abort på bakgrunn av diagnoser som ikke nødvendigvis er dødelige, kan ha følelser og tanker om at de ønsker at fosteret

hadde hatt en mer alvorlig og dødelig diagnose (Bauer, 2019; Risøy, 2009). Noen opplever sterk skyldfølelse og skam ved å abortere et foster med en ikke-dødelig tilstand, der livskvalitet og funksjonsevne varierer hos personer som lever med funksjonsnedsettelsen, som for eksempel ved Downs syndrom. Det er i liten grad mulig å forutse om barnet vil være blant de med svært alvorlige fysiske, kognitive eller intellektuelle utfordringer, eller om de ikke vil være det. For kvinner og par som står overfor valget, kan den offentlige debatten om abort og fosterdiagnostikk oppleves som en ekstra belastning (Busch, 2023).

Aborten forklares og oppleves av flere av kvinnene som et valg tatt av hensyn til barnet, en handling som innebærer å skåne barnet for fremtidig lidelse. Sett fra disse kvinnene sin side påtar hun seg et moralsk ansvar ved gjøre en handling som ses på som umoralsk (å ta livet av fosteret). Samtidig oppleves at det umoralske ved handlingen oppveies fordi handlingen er gjort av omsorg for fosteret (Busch, 2023; Risøy, 2009). Dette er ikke etiske analyser sett utenfra, men oppsummerende analyser av kvinners egne opplevelser, følelser og moralske vurderinger de har gjort knyttet til sitt eget abortvalg.

Kvinner som velger å fortsette svangerskapet har mange av de samme følelsene og opplevelsene av fosterdiagnostikken og valgsituasjon man kommer i ved å få kunnskap om fosteret som de som velger å ta abort. Kvinner som opplever å få uventet informasjon om fosteret og vurderer abort opplever at tanker og følelser knyttet til fremtiden for det potensielle barnet, dem selv og familien kan være motstridende. Både de som velger abort, og de som velger å fortsette svangerskapet har hensyn til fosteret og hensyn til seg og sin partner/barn som viktige hensyn i vurdering av hva man skal velge og hvorfor man velger som man gjør.

Internasjonal forskning har sett på hva som påvirker kvinners valg om å ta abort eller fortsette svangerskapet ved påviste fosteravvik. Enkelte studier viser at kvinnes valg først og fremst blir påvirket av rådende medisinske forestillinger, som forutsetter at kvinner ikke ønsker å bære fram et barn med funksjonsnedsettelse (Erikson, 2003)

9.5 Moralske spørsmål og vurderinger

Det moralske spørsmålet om det er riktig å ta abort eller ikke, er fremtredende i den offentlige abortdebatten. Kvinners egne fortellinger og opp-

levelser av abortvalget og aborthandlingen er fylt av etiske resonnementer om eksistensielle forhold knyttet til deres ansvar for å velge mellom abort og foreldreskap og hvordan de skal leve livet videre med aborterfaringen (Bauer, 2019; Halldén, 2005; Risøy, 2009).

Forskning på kvinners erfaringer med abortvalget viser at de sentrale spørsmålene i valgsituasjonen handler om relasjonelle vurderinger. Å fortsette eller avbryte svangerskapet har betydning for relasjonene til andre, og tanker om fremtiden og relasjoner til andre personer står sentralt (Bauer, 2019; Halldén, 2005; Risøy, 2009). De sosiale interaksjonene og relasjonene involverer fosteret, kvinnen, partner, andre familiemedlemmer, venner og helsepersonell som man møter i prosessen. Kvinnene tar moralsk ansvar for sine personlige valg ved å vurdere og ta hensyn både til sin egen og andres situasjon og liv (Halldén et al., 2009).

9.6 Kvinnens syn på fosteret

Kvinnens syn på fosteret har betydning for om de opplever psykisk og følelsesmessig belastning i abortprosessen og i forbindelse med valget. Ulike syn på graviditet og foster har bakgrunn i sosiale og kulturelle forestillinger. For de gravide vil disse kulturelle og sosiale forestillingene påvirke og prege opplevelsen av svangerskapet og fosteret. Den gravides syn på fosteret vil også endre seg gjennom svangerskapet, og gravide begynner å se på fosteret mer og mer som en person gjennom svangerskapet. Både fosteret og den gravide representerer utfordringer for den individorienterte personforståelsen man har i dag. De er i en mellomposisjon som kan være vanskelig å kategorisere. Antagelig representerer den gravide og fosteret utfordringer i enhver kulturell kontekst, som møtes på ulike måter. Den gravide og fosteret kan også ses i en relasjonell kontekst, som en mor-barn-relasjon (Ravn, 2004).

Hva slags oppfatning man har av fosteret påvirker både følelsene og opplevelsene kvinner har i forbindelse med abort. I en amerikansk studie av kvinner som gjennomgikk abort, hadde kvinnene som definerte fosteret som et barn, i større grad av emosjonelle belastninger i prosessen enn kvinner som definerte fosteret som noe som hadde et potensial til å bli et barn (Fielding, 2004).

9.7 Motstridende følelser

Å oppleve motstridende følelser eller ambivalens er en vanlig erfaring i forbindelse med abort. Flere studier tematiserer ambivalens knyttet til selve valget om abort. Omtrent ti prosent velger å ikke gjennomføre aborten, og det anslås at 20-25 prosent er ambivalente i forhold til abortvalget (Kjelsvik et al., 2018). Forskning på psykiske virkninger og kvinners følelser i forbindelse med abort viser at abort er komplekse beslutninger som vekker mange motstridende følelser (Skjeldestad, 2008). Dette betyr ikke nødvendigvis at kvinnen er usikker på abortvalget, men kan være et uttrykk for kvinnens evne til å reflektere over kompleksiteten i den situasjonen de er i.

9.8 Helsearbeideres betydning

De fleste kvinner har tatt beslutningen om hvorvidt de vil ta abort før de kontakter helsetjenesten. De ønsker i mindre grad veiledning og samtale med helsearbeidere om abortvalget, men vil ha informasjon og rask henvisning. De har også behov for å bli forstått og få støtte for sitt valg (Halldén et al., 2009; Skjeldestad, 2003). Det varierer i hvor stor grad kvinnens behov for støtte og informasjon blir møtt i tjenesten (Sommerseth, 2010). Det varierer i hvor stor grad kvinnens behov for støtte og informasjon blir møtt i tjenesten (Sommerseth, 2010).

9.9 Valgsituasjonen ved nemndsbehandling

I dag har kvinner i Norge rett til abort frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke. Etter dette må kvinnen søke om tillatelse til abort. Begjæring om abort behandles av en abortnemnd. For disse kvinnene kan valget om abort oppleves som et ventende valg, fordi de ikke vet før nemndsbehandlingen om de får lov til å velge abort eller ikke. Nemnda beslutter ikke at aborten skal gjennomføres, og det er ikke automatisk i gjennomføring av en abort etter innvilgelse. For dem som får innvilget er det til slutt deres valg om de skal ta abort eller ikke. Noen velger å ikke gjøre det.

Kvinnens opplevelse av valgprosessen er ulik, men å fratras selvbestemmelse oppleves for mange som et angrep på deres integritet (Sommerseth, 2010). Gravide kan oppleve at de vil utsette det endelige valget og beslutningen til etter at de har «fått lov til» å velge (Risøy, 2009; Solli, 2021; Haa-

land et al., 2023). Å bli fratatt selvbestemmelse påvirker selve valgsituasjonen. Mange er redde for at deres ønske om abort ikke blir innvilget, og at de samtidig blir dømt moralsk for sitt ønske (Risøy, 2009; Haaland et al., 2023). Kvinnene kan også være kritiske til eget valg og oppleve skam ved valget (Alex & Hammarstrom, 2004). Uavhengig av den enkelte sin opplevelse er møtet mellom kvinnen og abortnemnda preget av ulikhet i maktforhold og maktrelasjon. Det er ikke en situasjon som er godt egnet for å få utdypende informasjon eller bistand til et valg (Haaland et al., 2023). Sett fra kvinnen sin side vil beslutningen i nemnden også oppleves som at det felles en moralsk dom over hennes valg og ønske (Risøy, 2009; Sommerseth, 2010).

Et annet aspekt ved det at man må begjære abort er vektleggingen av at det er kvinnen alene, formelt og juridisk som skal begjære abort. I en situasjon der noen kvinner opplever det som om de ikke har et egentlig valg, på grunn av alvorlig sykdom hos foster eller mor, eller en svært vanskelig livssituasjon, kan det oppleves ekstra belastende og krenkende å foreta de formelle og prosessuelle skrittene for å få tillatelse til abort. At abortnemnden først og fremst henvender seg til kvinnen, ikke paret, kan oppleves som at en partner ekskluderes fra prosessen, og bidra til at kvinnen føler seg enda mer alene med ansvaret og valget. Kvinner har opplevd at mannen blir bedt om å ikke si noe, eller blir bedt om å forlate lokalet for nemndsbehandlingen. Flere nemndsmedlemmer forteller at de ber mannen om å gå ut for å snakke med kvinnen alene. Bakgrunnen for dette er å påse at ønsket om abort er reelt og at kvinnen ikke handler under press. Samtidig vil denne praksisen kunne forsterke opplevelsen av å være alene om valget for kvinnen, og frarøve kvinnen retten til å la seg representere eller få bistand i behandlingen av saken (Bauer, 2019; Solli, 2021; Haaland et al., 2023).

9.10 Kvinner med redusert beslutningskompetanse

Utvalget har hatt kontakt med statsforvalterne, helsetjenesten, nasjonale likestillingssentre og funksjonshemmedes organisasjoner for å få kunnskap om valg- og beslutningsprosessen for gravide med antatt redusert beslutningskompetanse og særlig innskrenket selvbestemmelse i spørsmålet om abort. Dette gjelder gravide under 16 år, gravide med psykisk lidelse og personer med utviklingshemming.

Utvalget har ikke, innenfor sin funksjonstid, hatt mulighet til å fremskaffe systematisk kunnskap om situasjonen for kvinner med særlig innskrenket selvbestemmelse. Det er ikke tilgjengelig kunnskap om aborter som er utført etter anmodning fra verge, eller aborter i saker der det er innhentet uttalelse fra foreldre eller verge. Utvalgets kartlegging viser at få verger har et klart mandat om å bistå vergehaver i saker om abort etter abortloven § 4, og svært få saker avgjøres hos Statsforvalter etter abortloven § 9.

Erfaringsbasert kunnskap fra Likestillingssenteret i Hamar og funksjonshemmedes organisasjoner kan tyde på at enkelte gravide med funksjonsnedsettelse eller utviklingshemming blir oppfordret av helsetjenesten til å ta abort, også når funksjonsnedsettelsen ikke er til hinder for å gjennomføre et svangerskap. Helsetjenesten bistår gravide med psykiske lidelser eller utviklingshemming i prosessen mot å ta abort.

9.11 Skam og skyld

Abort er, for mange, forbundet med følelser av skam og skyld. Kvinner kan oppleve skam over å ha havnet i situasjonen, for eksempel på grunn av mangel på prevensjon eller prevensjonssvikt, hun kan føle skam over valget og oppleve usikkerhet og skam for om man har gode nok, eller moralske grunner til aborten (Busch, 2023; Risøy, 2009). Skam knyttet til abort påvirker hele opplevelsen for kvinnen, fra vurderingen til valget, selve aborten og tiden etterpå. Både abortvalget og hendelsen oppleves som svært privat, og få kvinner snakker om dette med andre enn de aller nærmeste, som partner, mor eller en venninne (Skjeldestad, 2003; Solli, 2021). At opplevelsen holdes privat, betyr ikke nødvendigvis at det oppleves som skambelagt. Men temaet er forbundet med sterke følelser og moralske implikasjoner som gjør at kvinner kan kvie seg for å snakke om valget. De vet ikke hvilket syn andre har på hennes valg, og mange er redde for å bli møtt med fordømmelse, ikke forståelse (Bauer, 2019; Flatseth, 2009; Grünfeld, 1973; Risøy, 2009; Røseth I, 2023; Sommerseth, 2010; Sommerseth E, 2022).

Det kan diskuteres om abortloven skaper forestillinger om moralske gode og moralsk mindre gode grunner til abort. Skillet mellom tillatte og ikke-tillatte grunner til abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan leses som en kategorisering av grunner, ikke bare som lovlige og ulovlige, men som etisk akseptable og ikke-akseptable grunner for abort. Dette kan oppfattes som et sig-

nal til *alle* kvinner som tar abort, uavhengig av tidspunkt, og om det er selvbestemt eller ikke. Grunner som ikke er lovlige grunner for senabort vil havne i kategorien *mindre gode grunner* for de selvbestemte abortene (Røseth I, 2023). Grunner som ikke er lovlige grunner for senabort vil havne i kategorien *mindre gode grunner* for de selvbestemte abortene (Røseth I, 2023).

Skammen som kan oppleves av kvinner som tar abort, kan også ses i lys av hvordan abort snakkes om i den offentlige samtalen. Abort er i stor grad fremstilt og definert som et etisk dilemma og et vanskelig valg. Dette blir underbygget av fremstillinger av at kjernen i abort-

spørsmålet er en konflikt mellom kvinne og foster hvor deres interesser står i direkte motstrid. At noe blir definert som et etisk dilemma kan bidra til en form for kulturell skambelegging og sosial kontroll. Når noe er definert som et etisk dilemma, kan ikke løsningen anerkjennes som et etisk gode og abort krever da en særlig rettferdiggjørelse, både i den offentlige samtalen og for den enkelte. Resultatet er at kvinner som tar abort i utgangspunktet stiller «på minus» når det gjelder handlingens moralitet. Dilemma-synet gir det hele en form for rigiditet. Et dilemma lar seg ikke forhandle og all vår etiske oppmerksomhet dras mot det uløselige (Hugdahl, 2021; Dietrichson, 2021b).

Kapittel 10

Om dagens abortlov

Dette kapittelet gir ikke en fullstendig gjennomgang av dagens abortlov, men omtaler sentrale bestemmelser som utvalget har vurdert i sitt arbeid.

Å avbryte et svangerskap er en privat handling som er regulert ved lov. Samtidig er svangerskapsavbrudd, eller abort, en helsetjeneste som ytes fra det offentlige, til private borgere etter søknad. Lovligheten av å avbryte eget svangerskap og retten til abort som helsetjeneste, plikten til å yte denne formen for helsetjeneste og saks- gang er hovedsakelig regulert i abortloven og abortforskriften.

10.1 Abortlovens formål

Formålet med dagens abortlov fremgår av abortloven § 1, som sier at

Samfunnet skal så langt råd er sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Som et ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmål, slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig.

Formålsbestemmelsen angir i liten grad det konkrete formålet med abortloven og har begrenset betydning for hvordan de enkelte bestemmelsene i loven skal tolkes og anvendes. Bestemmelsen må først og fremst anses som en politisk erklæring av hvilke verdier som er lagt til grunn for utformingen av abortloven, og en angivelse av hvordan loven i en større sammenheng skal bidra til å oppfylle samfunnets behov og interesser.

10.2 Selvbestemmelse

10.2.1 Rett til selvbestemt abort

Den legale adgangen til abort er regulert i abortloven § 2.

Frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke kan den gravide fritt velge å avslutte svangerskapet etter eget ønske, jf. abortloven § 2 andre ledd. Det er et krav at inngrepet kan utføres innen utgangen av tolvte svangerskapsuke. Loven åpner for at abort kan nektes, dersom tungtveiende medisinske grunner taler for det.

Abortforskriften § 3 første ledd bekrefter at den gravide har myndighet til å fatte den endelige beslutningen om abort før utgangen av tolvte svangerskapsuke. Begjæringen om abort skal derfor ikke vurderes eller godkjennes av helsetjenestene.

Fra utgangen av tolvte svangerskapsuke er abort i utgangspunktet forbudt.

Retten til selvbestemt abort frem til tolvte svangerskapsuke etter abortloven og abortforskriften inneholder i realiteten to ulike rettigheter. For det første bestemmer loven at abort er tillatt i alle tilfeller. For det andre har kvinnen en rett til selve abortinngrepet, og offentlig helsetjeneste har en korresponderende plikt til å utføre inngrepet i tråd med kvinnens beslutning. Kvinnen har imidlertid ingen rett til å velge abortmetode. Automatikken i at behandlingen innvilges i tråd med kvinnens beslutning, skiller seg fra andre spesialhelsetjenester der tjenestene vurderer om helsehjelpen er nødvendig, og derfor noe pasienten har rett til.

10.2.2 Kvinner som ikke har rett til å bestemme

Abortlovens utgangspunkt er at kvinner etter begjæring har rett til abort til og med utgangen av tolvte svangerskapsuke. Loven åpner imidlertid for å gjøre inngrep i friheten til å ta beslutninger om abort for enkelte kvinner.

Gravide har kompetanse til å begjære abort uavhengig av alder. For gravide under 16 år stiller abortloven i § 4 første ledd spesielle prosessuelle krav. Ved begjæring fra kvinner under 16 år skal den eller de som har foreldreansvaret, eller vergen gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det. Abortutvalgets kunnskapsinnhenting kan tyde på at helsetjenestene og abortnemndene ser hen til pasient- og brukerrettighetsloven i tolkningen av «særlige grunner». Etter pasient- og brukerrettighetsloven skal foreldre eller andre med foreldreansvar *ikke* informeres når den gravide av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at foreldrene eller andre med foreldreansvar informeres, eller tungtveiende hensyn til den gravide taler mot at foreldrene eller andre med foreldreansvar informeres.

Abortlovens hovedregel om at den gravide selv skal fremsette begjæringen om abort, gjelder også for gravide med utviklingshemming. Dersom den gravide er utviklingshemmet, stiller loven imidlertid krav om kvinnens verge må gis anledning til å uttale seg. Er kvinnen uten verge skal Statsforvalteren, etter begjæring fra hennes lege eller nemnda, oppnevne verge.

Dersom den gravide har «alvorlig sinnslidelse» eller «utviklingshemming i betydelig grad», kan begjæring om abort fremsettes av vergen, jf. abortloven § 4. Den gravidens myndighet er imidlertid ikke overtatt av vergen. Den gravide har fortsatt kompetanse til selv å fremsette søknad. Er kvinnen uten verge, skal Statsforvalteren, etter begjæring fra hennes lege eller nemnda, oppnevne verge. Hvis vergen søker om abort, skal det innhentes samtykke fra den gravide, så sant hun har evne til å forstå betydningen av inngrepet.

Helsedirektoratets veileder til abortforskriften presiserer at begrepet «alvorlig sinnslidende» skal fortolkes på samme måte som begrepet «alvorlig sinnslidelse», som gir grunnlag for tvangsinngrep etter psykisk helsevernloven § 3-3. Med psykisk utviklingshemming i betydelig grad menes personer med under 55 i IQ (Helsedirektoratet, 2019).

Abortloven § 9 bestemmer at abort bare kan foretas med samtykke av Statsforvalteren når kvinnen er under 16 år, og den eller de som har foreldreansvaret eller vergen har uttalt seg mot at svangerskapet blir avbrutt, når kvinnen er utviklingshemmet og vergen har uttalt seg mot at svangerskapet blir avbrutt, eller når kvinnens samtykke ikke er innhentet etter § 4 annet ledd annet punktum. Det er noe uklart om dette både gjelder tilfeller der kvinnen har unnlatt å samtykke, selv om hun har beslutningskompetanse,

og/eller tilfeller der samtykke ikke kan innhentes på grunn av manglende beslutningskompetanse.

Statsforvalteren vurdering av om det skal gis samtykke til abort i de ovennevnte tilfellene skal hvile på en vurdering av om abort vil være i kvinnens klare interesse, lovens vilkår for abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke og hvordan kvinnens verge bedømmer situasjonen, jf. abortloven § 9 andre ledd.

10.3 Vilkår

Den legale adgangen til abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke er regulert i abortloven § 2. Fra utgangen av tolvte svangerskapsuke er abort i utgangspunktet forbudt. Etter abortloven § 13 er det er straffbart å gjennomføre svangerskapsavbrudd i strid med abortloven. § 13 annet ledd siste setning gjør imidlertid overtredelse straffefri for kvinnens vedkommende, se kap. 10.9.

Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke skal abort likevel tillates dersom bestemte vilkår er oppfylt. Vilkårene for abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke går frem av abortloven § 2 tredje og fjerde ledd. Søknad om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke behandles av abortnemndene (se kap. 10.5), som vurderer om vilkårene for abort er oppfylt.

Abortloven § 2 tredje ledd bestemmer at abort bare kan skje på følgende vilkår etter utgangen av tolvte svangerskapsuke:

- 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;
- svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon;
- det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet;
- 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
- hun er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad.

Abortloven § 2 ledd fire til seks gir retningslinjer for nemndenes vurderinger av om vilkårene er oppfylt. Lovens § 2 fjerde ledd gir også et selvsten-

dig grunnlag for abort på kumulative vilkår, se under i kap. 10.3.6.

Lovens § 2 sjette ledd andre setning setter en absolutt grense for når abort er tillatt. Abort kan bare tillates frem til det er grunn til å anta at fosteret er levedyktig. Abortforskriften § 18 fjerde setning presiserer at et foster skal antas å være levedyktig etter utgangen av 22. svangerskapsuke (21 uker + 6 dager), så fremt det ikke er særlige forhold ved fosteret som tilsier noe annet.

At en handling er tillatt, gir ikke nødvendigvis en korresponderende rett til å få handlingen utført. Abortloven bestemmer at abortnemndene skal vurdere og avgjøre om lovens vilkår er oppfylt, og abort derfor er tillatt i det konkrete tilfellet, jf. blant annet § 8 første setning. Abortforskriften, blant annet § 6 annet ledd, omtaler primærnemndenes vedtak som et vedtak om å innvilge svangerskapsavbrudd. Et positivt vedtak fra abortnemndene vil derfor både tillate abort og innvilge selve behandlingen.

En rekke land har en lovgivning som tillater abort uten å gi gravide en korresponderende rett til å få utført abort. Dette gjelder blant annet i Canada. Selv om abort er tillatt, kan det i disse landene være vesentlige barrierer mot å oppnå abort i praksis.

Utvalget vil i det følgende gå nærmere inn på hvordan lovens vilkår for abort skal tolkes.

10.3.1 Vilkåret om kvinnens helse

Abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan skje på grunn av helsemessige forhold, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav a. Loven bestemmer at abort kan skje hvis

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.

Rent språklig krever lovteksten en årsakssammenheng mellom svangerskap, fødsel eller omsorg og belastningen på kvinnen. Det er ikke tilstrekkelig å konstatere at kvinnen har en dårlig fysisk eller psykisk helse.

Lovens forarbeider, Innst. O. nr. 47 (1974–75), presiserer at med uttrykket «urimelig belastning» menes en belastning som går ut over den vanlige belastning som blir påført kvinnen ved svangerskap, fødsel eller omsorg for barnet. Det skal videre tas hensyn til individuelle forskjeller når det gjelder ressurser til å tåle belastninger og til å

løse problemer. Det skal spesielt tas hensyn til om kvinnen har disposisjon for sykdom.

10.3.2 Vilkåret om kvinnens sosiale situasjon

Abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan skje på grunn av sosiale forhold, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav b. Loven bestemmer at abort kan skje hvis

svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon.

Som for vilkåret over stiller loven rent språklig krav om årsakssammenheng. Det er ikke tilstrekkelig at kvinnen befinner seg i en vanskelig livssituasjon. Svangerskapet, fødselen eller barnet må forårsake eller forverre den vanskelige livssituasjonen. Forarbeidene stiller ikke krav til årsakssammenheng, og dette er heller ikke lagt til grunn i praksis og veiledning.

Når det gjelder vurderingen av hva som skal anses som en «vanskelig livssituasjon», gir lovens forarbeider noe veiledning. I Ot.prp. nr. 53 (1977–78) på s. 5 står det at det må «foreligge eller oppstå vanskelige forhold av en viss varighet og styrkegrad, og av en slik art at vanskene ikke kan avhjelpes på kortere sikt gjennom vanlige sosiale og økonomiske hjelpemidler». Det skal legges vekt på forhold som den gravides alder, sivilstand, antall barn hun har omsorg for, hennes familieforhold, arbeids- og utdanningssituasjon og forholdet til far. Listen er ikke uttømmende. Også andre beslektede forhold kan være relevante. Boligforhold nevnes blant annet i forarbeidene til loven fra 1975, jf. Innst. O. nr. 47 (1974–75).

Forholdene forklares ytterligere i veilederen fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2019). I veilederen står det at det ved vurderingen bør legges vekt på:

1. Kvinnens alder. Svært unge kvinner vil kunne påføres både fysiske og psykiske belastninger utover det et svangerskap og omsorgen for et barn vanligvis medfører. Dette kan også være situasjonen for kvinner i slutten av sin fruktbare periode.
2. Antall barn kvinnen har omsorgen for. Kvinner som har omsorg for mange barn, kan settes i en særlig vanskelig livssituasjon hvis hun uønsket får ansvaret for ytterligere ett barn.
3. Kvinnens familieforhold. Kvinnens forhold til barnefaren, muligheter for støtte fra ham, familie eller venner er av stor betydning for hennes og barnets fremtidige livssituasjon.

Nemnda bør vurdere belastningen i familien, og om kvinnen møter avvisning der.

4. Kvinnens levekår. Kvinnens boligforhold, utdannings- og/eller arbeidssituasjon kan også være forhold som medfører at et svangerskap og omsorgen for et barn vil forverre kvinnens livssituasjon. Det må foreligge vanskelige forhold som ikke kan avhjelpes på en tilfredsstillende måte med sosiale hjelpetiltak.

Veilederen understreker at personlige ressurser og evne til å mestre livssituasjonen varierer. Derfor må kvinnens egne vurderinger tillegges betydelig vekt.

10.3.3 Vilåret om sykdom hos fosteret

Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan abort skje ved stor fare for alvorlig sykdom hos barnet, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav c. Loven bestemmer at abort kan skje hvis

det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet.

Vilåret oppstiller for det første et krav om risiko, «stor fare for» at følgen vil inntreffe. Lovens forarbeider er tydelige på at det ikke gjelder et krav om sannsynlighetsovervekt, jf. Ot.prp. nr. 53 (1977–78) s. 12. Det er tilstrekkelig at risikoen er større enn forventet i den vanlige befolkningen.

I veileder fra Helsedirektoratet står det at kvinnen bør henvises til utredning ved en virksomhet som er godkjent for å utføre fosterdiagnostikk, dersom eventuell risiko for alvorlig sykdom eller utviklingsavvik kan påvises eller utelukkes ved hjelp av slike undersøkelser. Resultatet av utredningen bør foreligge før nemnda fatter vedtak (Helsedirektoratet, 2019).

Det skal videre foreligge risiko for «alvorlig sykdom». Lovens forarbeider fremhever at «det er tale om meget alvorlige sykdomstilfeller, hvor behandlingsmulighetene er små». Forarbeidene peker på kromosomfeil, misdannelser ved sentralnervesystemet eller visse medfødte stoffskiftesykdommer som tilstander som kan gi grunnlag for abort (Ot.prp. nr. 53 (1977–78) s. 12). St.meld. nr. 16 (1995–96) s. 25 viser til at både individ- og samfunnshensyn har spilt inn som lovgivningspolitisk bakgrunn, og at dette indikerer at den nedre grensen var ment å gå ved tilstander der det fødte individet ville få betydelige vansker med å klare seg på egenhånd.

Loven oppstiller også et krav om at den alvorlige sykdommen skal være forårsaket av arvelige anlegg, eller sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet. I forarbeidene til lovendringene fra 1975 omtales vilkåret som «arvemessig indikasjon» der fosteravvik «skyldes feil ved arvestoffet».

Det kan synes som om det i nemndenes vedtak har utviklet seg en fast praksis med å se bort fra lovens krav om at avvik hos fosteret skal ha bestemte årsaker, knyttet til foreldrenes egenskaper eller påvirkning under svangerskapet. St.meld. nr. 16 (1995–96) legger til grunn at årsaken til alvorlig sykdom hos fosteret er uten rettslig betydning. På bakgrunn av fast praksis i nemndene og dagens fostermedisinske undersøkelser mener utvalget at loven må tolkes slik at det ikke stilles krav om bestemte årsaker til avvik hos fosteret.

10.3.4 Vilåret om straffbare forhold

Abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan skje dersom graviditeten er resultat av forhold nevnt i straffeloven jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav d. Loven bestemmer at abort kan skje hvis

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.

Veileder fra Helsedirektoratet forklarer at avbrudd etter denne bestemmelsen faller i to deler:

1. Kvinnen ble gravid under forhold som nevnt i straffeloven §§ 312–314 (incest eller seksuell omgang mellom andre nærstående)
2. Svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven § 291 (voldtekt), § 293 (grov voldtekt), § 294 (grov uaktsom voldtekt), § 295 (misbruk av overmaktsforhold og lignende), § 296 (seksuell omgang med innsatte mv. i institusjon), § 299 (voldtekt av barn under 14 år), § 301 (grov voldtekt av barn under 14 år), § 302 (seksuell omgang med barn mellom 14 og 16 år) og § 314 (seksuell omgang mellom andre nærstående)

Veilederen sier videre

I saker fremmet etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav d er det ikke forutsatt at nemnda skal

vurdere kvinnens samlede livssituasjon. Omstendighetene er så alvorlige at en kvinne ikke bør tvinges til å fullføre svangerskapet.

På bakgrunn av at kvinner som har vært utsatt for slik forbrytelse kan ha et ønske om ikke å bli trukket inn i en straffesak, stilles det ikke krav om anmeldelse til politiet. Nemnda må på bakgrunn av de opplysningene den mottar, foreta en vurdering av om det er sannsynliggjort at det foreligger brudd på en av de aktuelle straffebestemmelsene.

10.3.5 Vilkåret om kvinnens kognitive og psykiske tilstand

Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan abort skje dersom kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav e. Loven bestemmer at abort kan skje hvis

hun er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad.

I Helsedirektoratets veileder står det at begrepet «alvorlig sinnslidende» skal fortolkes på samme måte som begrepet «alvorlig sinnslidelse» som grunnlag for tvangsinngrep etter psykisk helsevernloven § 3-3. Dette begrepet omfatter diagnostiserte psykososer og visse grensepsykotiske tilstander (Helsedirektoratet, 2019).

Begrepet «psykisk utviklingshemmet i betydelig grad» forutsettes i forarbeidene til abortloven å omfatte personer med IQ under 55. Det er imidlertid viktig å presisere at resultatet av en IQ-test ikke er avgjørende i seg selv, men må suppleres med en bedømmelse av hele personligheten og situasjonen for øvrig.

10.3.6 Plikten til å gjøre en samlet vurdering og vektlegge kvinnens vurdering av situasjonen

Abortloven § 2 fjerde ledd bestemmer at

Ved vurderingen av begjæring om avbrudd begrunnet i forhold som nevnt foran i tredje ledd bokstav a, b og c skal det tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet. Det skal legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon.

I omtalen av denne bestemmelsen forklarer forarbeidene at «kvinner kan ha rett til abort ikke bare

når hun oppfylder ett av lovens kriterier, men også når flere kriterier spiller sammen, selv om hvert enkelt alene ikke ville gi tilstrekkelig grunnlag» (Innst. O. nr. 47 (1974–75) s. 5). Abort kan derfor innvilges på kumulert grunnlag, det vil si at nemnda kan legge sammen elementer fra flere vilkår som til sammen gir grunnlag for abort. Denne muligheten til abort på kumulert grunnlag utgjør i realiteten et selvstendig vilkår i tillegg til vilkårene i tredje ledd fordi ingen av vilkårene som oppregnes i tredje ledd, vil være oppfylt.

Loven og forarbeidene er samtidig tydelige på at lovens vilkår i bokstav a til c begrenser hvilke forhold og hensyn som kan være relevante i vurderingen av om abort kan innvilges. Fjerde ledd gir derfor ikke nemndene anledning til å vektlegge andre forhold enn de som faller inn under lovens vilkår i bokstav a til c, i en kumulert vurdering.

Til andre setning forklarer Helsedirektoratets veileder at det skal tas hensyn til den abortsøken- des synspunkter og vurderinger (Helsedirektoratet, 2019). Formuleringen i andre setning ble endret av Stortinget ved behandlingen av lovfor- slaget i 1975. Komiteen forklarte at hensikten med endringen var å gi kvinnens egne vurderinger en sterkere stilling i forhold til legens vurdering.

Nemndenes plikt til å legge vesentlig vekt på kvinnens opplevelse vil ikke fritta nemndene for en viss undersøkelsesplikt.

10.3.7 Gradert vern

Abortloven § 2 femte ledd bestemmer at

Kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskaps- lengde.

Abortloven § 2 sjette ledd første setning sier at

Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det.

Fosterets status og graderte vern er bygger til dels på en betraktning om at grensen mellom foster og barn er flytende. I lovens forarbeider står det at fosterets krav på beskyttelse øker i takt med dets biologiske modning, det vil si i takt med svangerskapets varighet (Ot.prp. nr. 53 (1977–78) s. 10). Forarbeidene peker på beskyttelsen av fosteret som hovedgrunnen til at avgjørelser om abort skal fattes av en utenforstående instans.

I veileder fra Helsedirektoratet står det at det skal stilles krav om gradvis mer tungtveiende grunner til avbrudd, i takt med fosterets biologiske utvikling til og med 17 uker + 6 dager. Fra utgangen av 18. svangerskapsuke er svangerskapet kommet så langt at det kreves «særlig tungtveiende grunner» for å avbryte det. Både kravet til sannsynlighet og alvorlighet vil være strengere når 18-ukers grensen er passert (Helsedirektoratet, 2019). Skjerpingen av kravene etter utgangen av 18. svangerskapsuke skal være en gradforskjell etter en kontinuerlig skala, og ikke et sprang, jf. St.meld. nr. 16 (1995–96) s. 26.

10.3.8 Absolutt forbud mot abort

Abortloven § 2 sjette ledd andre setning sier at

Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis.

Abortforskriften § 18 bestemmer at et foster skal antas å være levedyktig, dersom det ville vært i stand til å overleve utenfor mors liv på det tidspunkt et eventuelt avbrudd ville vært utført. Ved vurderingen skal det tas hensyn til eksisterende muligheter for behandling etter forløsning. Dersom det ikke er særlige forhold ved fosteret som tilsier noe annet, skal et foster ikke antas å være levedyktig etter utgangen av 22. svangerskapsuke (21 uker + 6 dager).

I noen tilfeller vil fosteret ha en tilstand som er uforenlig med liv utenfor livmoren, uansett tidspunkt for forløsning. Tilstanden vil kunne være forenlig med overlevelse i minutter, timer, dager eller noen uker. Tilstanden kan her likevel være uforenlig med liv dersom erfaringer klart tilsier at overlevelsesmulighetene er tilnærmet ikke-eksisterende utover en slik tidsperiode. Det kan i disse tilfellene for eksempel dreie seg om akrani (manglende utvikling av skallen), anencefali (manglende utvikling av hjernen) og en del andre utviklingsavvik som er entydig uforenlige med liv. I slike tilfeller kan også abort innvilges etter utgangen av 22. svangerskapsuke.

Abortloven § 10 bestemmer at svangerskapet også kan avbrytes uten tidsbegrensning, dersom svangerskapet medfører overhengende fare for kvinnens liv eller helse (nødrettsbestemmelsen).

10.4 Særlige regler om fosterantallsreduksjon

Adgangen til fosterantallsreduksjon er regulert i abortloven § 2a. Loven fastslår at fosterantallsreduksjon regnes som svangerskapsavbrudd, jf. § 2a første ledd.

Fosterantallsreduksjon er bare lovlig etter tillatelse fra abortnemnd. Etter lovens ordlyd skal tillatelse gis dersom lovens ordinære vilkår i § 2 tredje til femte ledd og sjette ledd første punktum er oppfylt. Som for § 2 forstås loven slik at tillatelse skal gis dersom vilkårene er oppfylt.

Fosterantallsreduksjon er også tillatt der antall fostre reduseres til to eller flere etter en vurdering av risiko for spontanabort og tidlig fødsel. Dersom særskilte forhold ved kvinnens helsetilstand gjør det nødvendig for å redusere faren for spontanabort eller tidlig fødsel, kan nemnda innvilge fosterreduksjon der antall fostre reduseres til ett. Ved trillingsvangerskap der to av fostrene har felles morkake, kan nemnda innvilge fosterreduksjon der antall fostre reduseres fra tre til ett.

Også ved fosterantallsreduksjon slår loven fast at inngrepet ikke er tillatt dersom det er grunn til å anta at fostrene er levedyktige.

Søknad om fosterantallsreduksjon behandles som begjæring om ordinær abort.

10.5 Regulering av abortnemndene

10.5.1 Generelt om regler for saksgang og håndheving ved abort

Loven bestemmer at det er tillatt å avbryte et svangerskap før utgangen av tolvte svangerskapsuke. Kvinnens beslutning om svangerskapsavbrudd har som rettslig følge at abort også innvilges som helsetjeneste. Dette går frem av abortforskriften § 3 «kompetanse til å treffe vedtak om svangerskapsavbrudd». Helsetjenestene har plikt til å utføre abort i tråd med kvinnens beslutning.

Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke er abort i utgangspunktet ikke tillatt. Loven gir unntak fra dette dersom bestemte vilkår er oppfylt, jf. abortloven § 2 tredje og fjerde ledd. Abortnemndene har beslutningsmyndighet om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Nemndenes vedtak har to rettslige konsekvenser. For det første avgjør nemndene om abort er lovlig og tillatt i det konkrete tilfellet. Beslutningen om at abort er tillatt må ses i sammenheng med straffebestemmelsen i § 13 om straff for svangerskapsavbrudd i strid med loven. For det andre innvilger nemndene abort som helsetjeneste.

I vurderingen av saksgang og beslutningsmyndighet knyttet til abort, kan det være relevant å ta et kort blick på de alminnelige prosessuelle reglene som gjelder når forvaltningen treffer avgjørelser om borgernes rettigheter eller plikter.

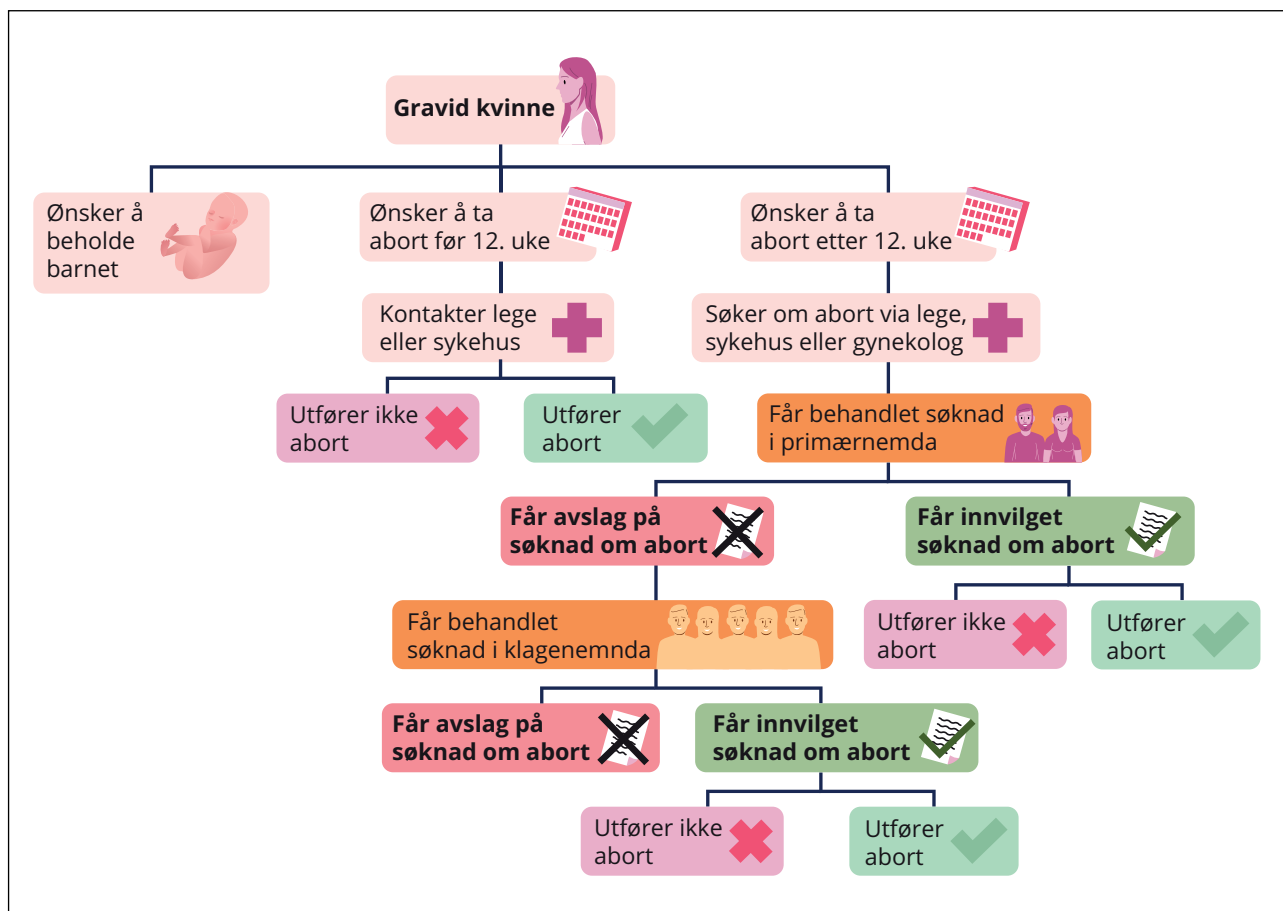
Når forvaltningen treffer avgjørelser om tillatelser eller tildeling av tjenester, regnes dette normalt som et enkeltvedtak, jf forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a og b. Ved enkeltvedtak skal forvaltningen blant annet følge de prosessuelle reglene i forvaltningslovens kap. IV og V. Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i forvaltningssaker og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning. Reglene suppleres av prosessuelle regler i sektorlovene.

Når det gjelder utøvelse av helsetjenester, har forvaltningslovens regler om enkeltvedtak begrenset relevans og gyldighet. Konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger anses ikke som enkeltvedtak, men som faktiske, eller prosessuelle handlinger. Dette betyr at

reglene om enkeltvedtak ikke gjelder for disse handlingene. Forvaltningsloven gjelder også i begrenset grad når det gjelder tildeling av helsetjeneste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7

I abortsaker kan abortsøkende motta helsetjenester både fra kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og privat helsetjeneste. Selve abortinngrepet utføres ved sykehus. Som beskrevet over, er beslutninger og vedtak om abort både en tillatelse (som gjør handlingen lovlig) og et vedtak om helsehjelp.

Abortloven og abortforskriften har egne regler om saksbehandling, prosess og vedtaksmyndighet. Abortsaker følger ikke de alminnelige reglene for saksbehandling og prosess ved tildeling av helsetjenester. Abortforskriften §§ 21 og 22 bestemmer at forvaltningslovens og pasient- og brukerrettighetslovens regler gjelder for behandling og avgjørelse av saker om å tillate eller avslå svangerskapsavbrudd, for så vidt forholdet ikke er uttømmende regulert i abortloven eller forskriften.



Figur 10.1 En kvinnes muligheter ved graviditet

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS

10.5.2 Saksgang der abortinngrepet foretas før utgangen av tolvte svangerskapsuke

Abortloven § 2 andre ledd og forskriften § 3 første ledd bestemmer at det er kvinnen selv som har myndighet til å ta avgjørelse om (treffe vedtak om) svangerskapsavbrudd, dersom inngrepet kan utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Abortloven § 4 første ledd første setning bestemmer at det er den gravide kvinnen selv som skal begjære svangerskapsavbrudd. Begjæringen skal fremsettes overfor en lege (abortloven § 5 første ledd). Abortforskriften fastsetter at «lege» skal forstås som «lege, sykehus eller institusjon som er godkjent for å utføre svangerskapsavbrudd», jf. abortforskriften § 1 første ledd.

Etter abortloven § 6 skal legen sende kvinnens begjæring sammen med en skriftlig henvisning til avdeling eller institusjon hvor inngrepet skal utføres. Ved kongelig resolusjon av 5. desember 2014 besluttet regjeringen at leger ikke lenger skal henvide til abort. Endringen ble tatt inn i abortforskriften § 4 om saksgang ved abort før utgangen av tolvte svangerskapsuke. Det vises også til fastlegeforskriftens § 24 femte ledd, som gjør unntak fra henvisningsplikten i abortsaker. Det kan stilles spørsmål ved om forskriften gir uttrykk for gjeldende rett, ettersom den synes å være i konflikt med lovens ordlyd.

Siden kvinnen selv tar avgjørelsen om abort, er det ikke naturlig å forstå kvinnens begjæring om abort som en søknad i forvaltningsrettslig forstand, men snarere som et krav. Prosessen skiller seg fra andre sammenliknbare områder der ytelser eller tjenester tildeles uten søknad (som ved helsetjenester), eller saker der enkeltpersoner har en klar rett, men allikevel må søke (som ved separasjon).

Dersom kvinnen som har begjært abort er under 16 år eller utviklingshemmet, gjelder særskilte saksbehandlingsregler, se kap. 10.2.2.

10.5.3 Saksgang der abortinngrepet foretas etter utgangen av tolvte svangerskapsuke

I saker der inngrepet foretas etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, skal vedtak om svangerskapsavbrudd treffes av en abortnemnd, jf. abortloven § 7 andre ledd og abortforskriften § 3 andre ledd.

Begjæring (søknad) om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke skal fremsettes av kvinnen, etter eget valg. Begjæringen kan fremsettes over-

for en (fast-)lege, sykehus, institusjon som er godkjent for å utføre svangerskapsavbrudd, eller direkte til abortnemnd (abortloven § 5 og abortforskriften § 1 første ledd, se kap. 10.5.2). For begjæring om abort benyttes skjemaet «Begjæring om svangerskapsavbrudd», som er tilgjengelig på Helsedirektoratets nettsider og Helsenorge.no.

Dersom den gravide ønsker å fremsette begjæring via fastlege skal fastlegen bidra til å opplyse sakens forhold og angi grunnlaget for begjæring om abort (abortforskriften § 1 fjerde ledd). Fastlegen skal utforme en skriftlig redegjørelse for kvinnens grunner til avbrytelse dersom dette ikke er gjort av kvinnen selv. Redegjørelsen skal utformes i samråd med kvinnen og skal også omfatte de observasjoner legen har gjort om kvinnens helsetilstand og livssituasjon.

Den gravide eller fastlegen sender begjæring om abort til et sykehus som gjennomfører svangerskapsavbrudd, sammen med eventuelle relevante og nødvendige medisinske opplysninger. Kvinnen kan selv bestemme ved hvilket sykehus begjæringen skal behandles og inngrepet eventuelt skal foretas (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 om rett til fritt behandlingsvalg).

Dersom kvinnen selv fremsetter søknaden direkte overfor nemnda, skal nemnda forberede saken og innhente nødvendige opplysninger (abortforskriften § 5). Nemnda fatter vedtak om innvilgelse eller avslag på søknad om abort etter reglene i abortloven § 2 ledd 3-6. Ved avslag sendes saken automatisk videre til en sentral klagenemnd, jf. abortloven § 8 andre og tredje ledd og abortforskriften § 8.

På samme måte som for begjæring om abort før utgangen av tolvte svangerskapsuke skal foreldre eller verge få anledning til å uttale seg ved begjæring om abort til nemnd dersom abortsøker er under 16 eller har utviklingshemming. Verge kan begjære om abort på vegne av kvinner som er «alvorlig sinnslidende» eller «psykisk utviklingshemmet i betydelig grad», se kap. 10.2.2.

10.5.4 Organisering av abortnemndene

Abortloven § 7 andre ledd bestemmer at vedtak om svangerskapsavbrudd etter utgangen av tolvte svangerskapsuke skal treffes av en nemnd, sammensatt av to leger. Det ene medlemmet skal være lege ved avdelingen hvor svangerskapsavbrudd foretas. Loven og forskriften sier ikke noe om oppnevning av medlemmet fra helseforetaket. I veileder til forskriften står det at dette medlemmet oppnevnes av helseforetaket. Det andre medlemmet oppnevnes av Statsforvalteren.

Det skal oppnevnes minst to varamedlemmer med tilsvarende kvalifikasjoner, jf. abortforskriften § 11. I henhold til likestillingsloven § 28 skal nemnda bestå av en kvinne og en mann, med mindre det er søkt om unntak fra dette.

Veilederen til abortforskriften åpner i tillegg for at det kan oppnevnes settemedlem i nemnda dersom medlemmer eller varamedlemmer ikke kan møte. Settemedlem oppnevnes av Statsforvalteren eller ledelsen ved sykehuset (avdelingsoverlege).

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner medlemmer til en sentral klagenemnd for søknader om abort. Avslag på søknad om abort sendes automatisk til fornyet behandling i abortklagenemnda med mindre den gravide trekker søknaden, jf. abortloven § 8 annet ledd.

Den sentrale klagenemnda skal bestå av fem medlemmer, hvorav minst to medlemmer skal være leger og ett medlem skal være jurist, jf. abortloven § 8 tredje ledd. Det fremgår av veileder til abortforskriften at klagenemnda skal inneha høy sosialfaglig kompetanse og spesialkompetanse på feltet psykisk helse.

Nemnda skal bestå av tre kvinner og to menn. For hvert medlem kan det oppnevnes inntil to varamedlemmer. Medlemmer og varamedlemmer oppnevnes for fire år av gangen med mulighet for gjenoppnevning inntil to ganger. Varamedlemmene er personlige, ikke numeriske, det vil si at varamedlemmene er vara for en bestemt person i nemnda. Varamedlemmer kan som hovedregel tre inn for nemndsmedlemmene ved fravær som følge av sykdom, reise mv. eller ved inhabilitet.

Leger som av samvittighetsgrunner har benyttet seg av retten til å reservere seg mot å utføre eller assistere ved abortinngrep jf. abortloven § 14 og forskriften § 15, kan ikke sitte i abortnemnd, hverken lokal nemnd eller klagenemnda.

10.5.5 Saksbehandling i abortnemndene

Forvaltningslovens regler og reglene i pasient- og brukerrettighetsloven om saksbehandling gjelder i utgangspunktet for nemndene (se kap. 10.5.1). Abortforskriften § 21 stadfester at forvaltningslovens regler gjelder for behandling og avgjørelse av saker om å tillate eller avslå svangerskapsavbrudd, dersom forholdet ikke er uttømmende regulert i lov om svangerskapsavbrudd eller i denne forskrift.

Nemndenes behandling av søknader om abort reguleres primært av bestemmelser i abortloven og abortforskriften. Bakgrunnen for at det er gitt spesielle regler om organisering og saksbehand-

ling for abortnemndene, er nemndenes rolle og oppgaver. Abortnemndene treffer særlig inngripende avgjørelser, noe som tilsier at det bør gjelde særlig betryggende saksbehandlingsregler.

I henhold til abortforskriften skal søknad om abort behandles hurtigst mulig etter skriftlig søknad fra den gravide, eventuelt etter samråd med lege. Ved behov for ytterligere opplysning av saken kan nemnda innhente opplysninger om den gravides livsforhold, jf. abortloven § 11. Den gravide må samtykke til dette.

Abortforskriften § 5 tredje ledd fastslår at den gravide skal gis anledning til å uttale seg til nemnda skriftlig eller muntlig. Den gravide har rett til å møte i nemnda med fullmektig eller annen person. Er kvinnen under 16 år eller utviklingshemmet, skal den eller de som har foreldreansvar eller vergen gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det.

Abortloven eller forskriften stiller ikke krav til hvordan vedtak skal treffes i nemndene, ved sirkulasjon eller i møte. Utvalgets undersøkelser kan tyde på at vedtak som regel treffes i møte, og bare unntaksvis ved telefonisk eller skriftlig sirkulasjon til nemndsmedlemmene.

Etter forvaltningsloven § 23 skal enkeltvedtak som hovedregel være skriftlige. I tråd med dette stilles det visse krav til protokollering av nemndas virksomhet i møtet. Saksforberedelse og eventuell innstilling bør normalt foreligge skriftlig. I praksis kan det bli supplert med en muntlig presentasjon under møtet (NOU 2019: 5).

For at primærnemnd skal kunne treffe vedtak om å innvilge abort, må det foreligge enstemmighet. Vedtak i klagenemnd treffes med enkelt flertall, jf. abortforskriften § 6 tredje og fjerde ledd.

Abortloven § 8 første ledd og abortforskriften § 6 bestemmer at primær- og klagenemndas vedtak skal være skriftlige og begrunnes. Forskriften presiserer at ved innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal begrunnelsen gis ved henvisning til abortloven § 2 tredje ledd bokstav a), b), c), d) og/eller e). Ved avslag skal begrunnelsen kort gjengi de faktiske forhold vedtaket bygger på, og relevante lovregler og sakens problemstillinger.

Abortloven og forskriften må forstås slik at det stilles minimumskrav til begrunnelse. Det følger av forvaltningsloven og ulovfestet rett at kravene til begrunnelsen skjerpes når vedtaket er inngripende for parten (Rt. 1981 s. 745 (Isene), Rt. 2000 s. 1056 (Gausi), Rt. 2000 s. 1066 (Skotta) og Rt. 2011 s. 111 (drosjeløyve)). Vedtak om tillatelse eller avslag på abort må anses som særlig inngripende, og avgjørelsen må derfor begrunnes på en tilfredsstillende måte.

Abortloven § 8 første ledd annen setning bestemmer at kvinnen, eller den som handler på hennes vegne, skal underrettes om grunnen for vedtaket. Abortloven stiller ikke krav om skriftlig underretning av den abortsøkende. Plikten til skriftlig underretning fremgår imidlertid av abortforskriften § 7 første ledd, som sier at: «Nemnda skal straks gi kvinnen eller den som handler på hennes vegne skriftlig underretning om vedtaket og begrunnelsen for vedtaket». Hvis begjæringen avslås i primærnemnda, kan underretningen i særlige tilfeller gis muntlig. Kvinnen skal da gis etterfølgende skriftlig underretning.

Dersom primærnemndene avslår den gravides søknad om abort, sendes søknaden automatisk videre til sentral abortklagenemnd for klagebehandling, men mindre søknaden trekkes tilbake, jf. abortloven § 8 annet ledd.

10.5.6 Nemndenes utredningsplikt

I vurderingen av den konkrete saken har nemndene en viss plikt til å påse at avgjørelsen treffes på korrekt grunnlag. Forvaltningsloven § 17 første ledd bestemmer at forvaltningen skal påse at en sak er tilstrekkelig opplyst før avgjørelse treffes, også der initiativet kommer fra den private part. I vurderingen av om vilkårene for abort er oppfylt står i det i § 2 fjerde ledd andre setning at nemndene skal legge vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin (samlede) situasjon. I tillegg må nemndene, i tråd med forvaltningsloven, vurdere om det er hensiktsmessig å innhente opplysninger fra offentlige registre eller annet hold som kan supplere eller bekrefte den gravides fremstilling.

Nemndene kan etter abortloven § 11 innhente opplysninger om den gravides helse-, sosial- og trygdeforhold, forutsatt at kvinnen har samtykket i det, se kap. 10.8.

10.6 Regler om aborttjenestene

10.6.1 Gjennomføring av abort

Abortloven § 3 bestemmer at

Inngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan bare utføres i sykehus. Inngrep som utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke, kan også utføres i annen institusjon som Statsforvalteren har godkjent.

Svangerskapsavbrudd kan bare utføres av lege.

I henhold til abortloven § 3 kan inngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke bare utføres i sykehus. Abort som utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke, kan også utføres i annen institusjon som Statsforvalteren har godkjent. Det er i dag ingen institusjoner utenfor sykehus som har en slik godkjenning. Så vidt utvalget kjenner til har det ikke blitt søkt om slik godkjenning, utover i forbindelse med prøveprosjektet for medikamentell abort hos avtalespesialist, se kap. 13.10.5. I forbindelse med utprøving av abort hos avtalespesialister ble lagt til grunn at avtalespesialistene er en del av den offentlige helsetjenesten. Prøveprosjektet var en studie, og det ble søkt om tillatelse etter abortloven § 3, første ledd andre setning.

Abortloven § 16 pålegger regionale helseforetak å organisere sykehustjenesten slik at kvinner innen helseregionen til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd.

Abortloven § 6 andre ledd gir overlege ved sykehus eller stedfortreder en mulighet for å nekte å gjennomføre abort dersom tungtveiende medisinske grunner taler for det. Dette bygger på prinsippet om ordinære forsvarlighetsvurderinger i helsetjenesten. Statsforvalter skal i slike tilfeller henvise kvinnen til et annet sykehus hvor inngrepet eventuelt kan bli utført. Utvalget er kjent med at denne bestemmelsen ikke anvendes i dag. Denne bestemmelsen er ikke basert på en medisinsk realitet når det gjelder kvinnens fysiske helse. Det vil aldri forekomme rent medisinske forhold som gjør at man av hensyn til kvinnens fysiske helse fraråder eller nekter en kvinne abort. For kvinnens fysiske helse vil det alltid være forbundet med mer risiko å fortsette et svangerskap enn å avslutte det.

10.6.2 Informasjon og veiledning

Abortloven § 2 første ledd sier at

Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg.

Abortforskriften § 2 andre ledd pålegger legen eller nemnda å opplyse kvinnen om at hun kan få informasjon som nevnt i abortloven § 2 første ledd, og skal sørge for at kvinnen får det. Legen og nemnda er ikke pålagt å gi denne informasjonen selv, men skal videreformidle kontakt til sosionom, helsesykepleier, jordmor eller annen sakkyndig person. Dersom kvinnen ønsker annen

veiledning for selv å kunne treffe det endelige valg, kan legen/nemnda informere henne om andre sakkyndige instanser, for eksempel Amatea (se kap. 12.2.3). Informasjon og veiledning etter denne bestemmelsen skal gis på en objektiv måte, og uten at legen eller nemnda gir uttrykk for sine personlige vurderinger. Det foreligger ikke opplysninger om hvordan informasjonspliktene etterlevs i praksis.

Kvinnen som søker om abort, skal i alle tilfeller få informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger, jf. abortloven § 5 annet ledd. I abortloven står det at «legen (eller nemnda) skal gi opplysning om inngrepets art og medisinske virkninger.» Dersom kvinnen sender begjæringen direkte til et sykehus, skal sykehuset sørge for at en av legene på sykehuset gir informasjon til kvinnen om inngrepets art og medisinske virkninger.

Kvinnen skal også få informasjon fra legen som eventuelt sender begjæringen om abort for henne. I skjemaet skriver kvinnen under på at hun har fått informasjon om inngrepets art og mulige komplikasjoner. Hun skriver samtidig under på at hun har fått tilbud om veiledning, jf. abortforskriften § 2.

I etterkant av aborten skal kvinner som anmoder om det, sikres veiledning om svangerskapsforebyggende tiltak, jf. abortloven § 14 a.

10.7 Helsepersonells reservasjonsrett

Det følger av abortloven § 14 at sykehustjenesten skal organiseres slik at kvinnen til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd innenfor helseregionen. Videre følger det at ved organisering av sykehustjenesten skal det tas «hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep.» Lovteksten sier ikke uttrykkelig at helsepersonell har rett til å få fritak, men forarbeidene bygger på at regelen er mer forpliktende enn «tas hensyn til» indikerer, jf. Ot.prp. nr. 38 (1974–1975). I praksis har bestemmelsen vært tolket som en reservasjonsrett.

Abortforskriften § 15 om fritak av samvittighetsgrunner bestemmer at helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det, skal fritas fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd. Retten til fritak gjelder ikke for helsepersonell som gir kvinnen stell og pleie før, under og etter svangerskapsavbruddet. Fritaket må gjøres generelt og gjelde for alle former for svangerskapsavbrudd.

Ved medikamentell abort gjelder retten til fritak for helsepersonell som assisterer ved eller utfører avbruddet, herunder rekvirerer eller ordinerer medikamenter i forbindelse med svangerskapsavbruddet. Dette gjelder selv om kvinnen selv inntar medikamentene

Det er ikke adgang til å reservere seg mot enkelttilfeller, men bare mot å utføre eller bistå under abortinngrep generelt. Det er bare selve inngrepet som helsepersonell kan fritas fra. Helsepersonell kan ikke fritas fra å utføre eller assistere ved annen behandling som mottak, journalskriving, for- og etterbehandling samt vanlig pleie og stell. Bestemmelsen gir altså ikke adgang til å reservere seg mot henvisning eller helsehjelp i forbindelse med abortinngrepet, men er knyttet til deltakelsen under inngrepet. Ved medikamentell abort presiserer veileder til abortforskriften at helsepersonell kan reservere seg mot å gi kvinnen riestimulerende medikamenter ved sene aborter, eller forskrive og administrere eller utlevere medikamenter til kvinnen.

Forarbeidene legger til grunn at det ikke er mulig å prøve den enkeltes samvittighetsgrunner. En naturlig slutning fra dette er at enhver som sier at han eller hun av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller bistå i forbindelse med abort, skal få adgang til fritak uten å føre bevis for eller at det foretas undersøkelser rundt hans eller hennes samvittighetsgrunner.

For å unngå praktiske problemer og for å sikre kvinnens rett til å få utført inngrepet må ansettende myndigheter bli gjort kjent med i hvilken utstrekning helsepersonell ønsker seg fritatt for å assistere ved eller utføre svangerskapsavbrudd ved tilsetting av nye leger og sykepleiere. Etter abortforskriften § 16 skal godkjente sykehus og institusjoner hvert år «underrette eier av institusjonen om det antall personer innen hver gruppe av helsepersonell som er gitt fritak av samvittighetsgrunner».

Av forskriften § 17 framgår det at sykehus kan fastsette i «ansettelsesvilkårene at de som ansettes må være villige til å utføre de plikter og oppgaver som påhviler avdelingen/institusjonen, herunder svangerskapsavbrudd». Det framgår imidlertid at dette er «for å sikre sykehuseiers plikter etter abortloven § 14». Hvorvidt et sykehus som har tilstrekkelig personell som utfører svangerskapsavbrudd, kan fastsette slike vilkår er ikke sikkert. Det fastslås en tilsvarende plikt for helsepersonell til på anmodning å oppgi om de ønsker seg fritatt fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd.

10.8 Regler om personvern

Abortloven gir særlige regler om informasjonsinnhenting og taushetsplikt i abortloven § 11

Nemndene (jf. §§ 7 og 8) kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt innhente opplysninger om kvinnens helse-, sosial- og trygdeforhold, forutsatt at kvinnen har samtykket i det.

Enhver som deltar i behandlingen av saker etter denne lov, plikter å bevare taushet om det vedkommende har fått kjennskap til.

Abortnemndene har anledning til å innhente opplysninger om gravide som søker om abort fra andre offentlige registre. En slik adgang følger også av generelt regelverk i personopplysningsloven. Bestemmelsen gir abortnemndene anledning til å ivareta sin utredningsplikt, se kap. 10.5.6. Utvalgets kartlegging viser at nemndene svært sjelden innhenter personopplysninger fra andre etater eller offentlige registre.

I henhold til abortloven § 11 annet ledd skal enhver som deltar i behandling av saker etter loven, bevare taushet om det vedkommende har fått kjennskap til. Abortloven gir ikke adgang til unntak fra denne taushetsplikten, heller ikke for forsknings- eller kvalitetssikringsformål. I praksis tolkes bestemmelsen slik at klagenemnda er avskåret fra å sende eller formidle begrunnelsen for sine vedtak tilbake til primærnemndene. Nemndsmedlemmene har heller ikke tilgang til vedtak de ikke selv eller andre i samme nemnd har fattet.

Opplysninger om aborten som gjelder den medisinske behandlingen/helsehjelpen, inngår i journal for kvinnen og helseopplysninger som samles inn om pasienter. Vedtak, vedtaksgrunn og opplysninger som ikke er direkte nødvendige for helsehjelpen til kvinnen, skal ikke inngå i journal. Nemndenes vedtak og nemndsprotokoll (inkludert alle sakspapirer for nemndsbehandling) skal oppbevares separat fra journal.

10.9 Abortlovens straffebestemmelse

Abortloven inneholder en egen straffebestemmelse. Lovens § 13 bestemmer at den som avbryter svangerskap i strid med denne lov eller forskrifter gitt i medhold av loven, kan straffes med bot eller fengsel inntil to år. Bestemmelsens andre ledd siste setning sier imidlertid at den gravide ikke kan straffes for å avbryte sitt eget svangerskap. Bestemmelsen er derfor først og fremst relevant dersom helsepersonell gjennomfører en abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke uten at det er gitt tillatelse fra nemnd, utenfor sykehus eller om personer uten riktig helsefaglig kompetanse (kloke koner) gjennomfører abort.

Etter abortloven § 13 andre ledd første setning er det straffbart å oppgi uriktige opplysninger i begjæring om svangerskapsavbrudd eller til bruk ved avgjørelsen av begjæringen. Handlingene må være utført med forsett, jf. straffeloven 2005 § 21. Overtredelse av denne bestemmelsen i annet ledd er ikke gjort straffri for kvinnens vedkommende.

Håndhevelsen av straffebestemmelsen i abortloven § 13 er en sak for politi- og påtalemyndighetene og domstolene. Det er lite rettspraksis om abortlovens straffebestemmelse, og ingen rettspraksis fra Høyesterett. En sak fra Sør-Trøndelag tingrett fra 2015 gjaldt en mann som i smug lurte sin ekskjæreste til å innta abortpillene mifepristone og misoprostol, som fremkalte en for kvinnen uønsket abort (Bondø, 2015). Mannen ble dømt til fengsel i seks år for overtredelse av straffeloven § 231 første straffalternativ jf. § 232 og straffeloven § 245 tredje straffalternativ jf. straffeloven § 62.

Dagens bestemmelse i abortloven § 13 første ledd var på daværende tidspunkt plassert i straffeloven § 245. § 9 i daværende straffelov bestemte i tillegg at det anses som en betydelig skade når «Forbrydelsen øves mod en svanger Kvinde, og Fosteret som følge heraf faar Skade eller gaar tilgrunde». Dette ble vektlagt i vurderingen av straffens lengde etter daværende straffelov § 231 om skade på legeme eller helbred.

Kapittel 11

Abortnemndene – organisering og praksis

Dette kapitlet gjennomgår organisering av abortnemndene, hvordan abortnemndene er regulert, faktisk praksis i nemndene og abortsøkendes opplevelser og erfaringer med abortnemndene.

11.1 Organisering av abortnemndene

Begjæring om abort behandles av abortnemndene. Det er i dag 23 abortnemnder (primærnemnder). Nemndenes organisering og virksomhet er regulert av abortloven og abortforskriften, se kapittel 10.5. Ved avslag på søknad om abort i primærnemnd skal søknaden automatisk sendes videre til Sentral klagenemnd for abortsaker (klagenemnda).

Nemnd er en språklig betegnelse på kollegiale beslutningsorganer. Det som er karakteristisk for nemnder, er at beslutningene fattes i fellesskap av et kollegium, og ikke av én enkelt beslutningstaker eller leder. I Norge er det rundt 50 nemnder for ulike typer saker. Nemndene i statsforvaltningen kan være mer eller mindre uavhengige av det ordinære forvaltningshierarkiet.

En del nemnder, som Diskrimineringsnemnda, Barneverns- og helseneemnda og Utlendingsnemnda, er opprettet som egne statlige virksomheter med et underliggende sekretariat. Det vil blant annet si at de er registrert som egen virksomhet i Brønnøysundregisteret. Økonomireglementet for staten beskriver overordnet hvilke plikter som ligger til den enkelte statlige virksomhet. Andre nemnder er organisert som en funksjon eller avdeling innenfor en annen virksomhet eller et forvaltningsorgan, i et direktorat eller statlig tilsyn. Dette gjelder for eksempel Fjordfiskenemnda i Fiskeridirektoratet eller dyrevernnemndene under de lokale mattilsynene.

De fleste klagenemndene på helseområdet er organisert innenfor den felles virksomheten Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Disse nemndene er organisatorisk atskilt fra det tradisjonelle forvaltningshierarkiet. Helse-

klage er opprettet som en egen virksomhet, og personene i sekretariatet er ansatt i Helseklage.

Organisatorisk plassering av abortnemndene er viktig for ansvar og styring av nemndene. En komplisert og utydelig styringsstruktur kan gi uklare ansvarsforhold, øke risikoen for svikt i etterlevelse av lovbestemte plikter og gi et uklart handlingsrom for nemndene.

Abortnemndene er ikke opprettet som egne virksomheter. Abortnemndene er en funksjon innenfor en annen virksomhet. Abortforskriften § 11 sier at «I hver helseregion skal det ved minst ett sykehus der nemndbehandlede svangerskapsavbrudd foretas, være primærnemnd». De regionale helseforetakene har det overordnede administrative ansvaret for abortnemndene, og nemndene hører inn under helseforetakenes virksomhet. Veileder til abortforskriften presiserer at: «De regionale helseforetakene kan bestemme at noen av sykehusene som utfører nemndbehandlede svangerskapsavbrudd, ikke skal ha primærnemnd. Det skal imidlertid være minst én primærnemnd i hver helseregion».

Det er få opplysninger om driften av abortnemndene og nemndenes virksomhet i offentlige dokumenter. Oppgaver knyttet til drift av abortnemndene fremgår ikke av oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene eller den løpende eierstyringen, eller i årsrapporter fra de regionale helseforetakene. Drift av abortnemndene er heller ikke omtalt i årsmelding eller årsregnskap fra sykehusene.

Organisatorisk plassering av abortnemndene reflekteres i abortnemndenes tilgang til administrative ressurser. Utvalgets gjennomgang viser at nemndene får administrativ bistand av sykepleiere, helsesekretærer eller annet kontorfaglig personell ved sykehusene. I tilsynsrapporten etter tilsyn med abortnemndene i 2004, se kapittel 11.4.3, anbefaler Helsetilsynet at slik bistand formaliseres. Det kan blant annet være viktig å avklare hvem som deltar i behandlingen av abortsøknader med tanke på å etterleve bestemmelsen om taushetsplikt i abortloven § 11 andre ledd, og rettighe-

ter i personvernforordningen art. 33 og 34 til å få vite hvem som har behandlet/sett dine personopplysninger/helseopplysninger.

Som ansvarlig virksomhet for abortnemndene har helseforetakene ansvar for at abortnemndene oppfyller lovbestemte plikter knyttet til virksomheten. Dette inkluderer blant annet plikt til å følge personopplysningsloven, arkivloven, arbeidsmiljøloven, forvaltningsloven og regelverket om økonomistyring. Som del av virksomheten vil nemndene være omfattet av krav til internkontroll.

Helsedirektoratet har tolkningsansvar for abortforskriften og abortloven. Direktoratet har utarbeidet veileder til abortforskriften (se mer under), holder oversikt over medlemmene i abortnemndene og arrangerer årlige abortnemndkonferanser for medlemmer og varamedlemmer i abortnemndene. Statistikk fra nemndene rapporteres til Abortregisteret under Folkehelseinstituttet.

Nemndene er delvis finansiert av Helsedirektoratet via Statsforvalterne, som betaler godtgjørelse til nemndsmedlemmene. Statsforvalterne har en åpen belastningsfullmakt hos Helsedirektoratet. Denne er samlet for abort- og steriliseringsnemndene. I statsregnskapet står det at forbruk har vært 676 995 kroner i 2022. I 2023 er belastningsfullmakten økt til en million kroner.

Det er ikke satt av spesifikke midler til drift av abortnemndene over statsbudsjettet. Belastningsfullmakt i forbindelse med drift av nemndene er heller ikke nevnt i Helsedirektoratets årsrapport for 2021 eller 2022. Nemndene er ikke nevnt i tildelingsbrev eller instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. Delegeringsforskriften av 18. mars 2010 nr. 425 bestemmer at Helsedirektoratet skal fastsette godtgjøring til nemndas medlemmer, jf. abortforskriften § 14.

Opgaver knyttet til abortnemndene er nevnt i punktet om abort og sterilisering i hovedinstruksjonen for statsforvaltere:

Statsforvalteren skal: Oppnevne medlemmer og varamedlemmer til abortnemndene og dekke deres utgifter knyttet til nemndsarbeidet.

Det er ikke lagt inn særskilte krav om rapportering knyttet til denne oppgaven. Statsforvalterne rapporterer imidlertid årlig på belastningsfullmaktene til Helsedirektoratet.

Sentral klagenemnd for abortsaker

Den sentrale klagenemnda for abortsaker (klagenemnda) sin virksomhet finansieres av Helsedi-

rektoratet. Helsedirektoratet har sekretariat for klagenemnda. Direktoratet utbetaler godtgjørelse og refusjon for reiseutgifter til klagenemndas medlemmer. Direktoratet arrangerer også årlige møter for klagenemndas medlemmer og varamedlemmer.

Etter nærmere avtale med Oslo universitetssykehus HF (OUS) utføres en del administrative sekretariatsoppgaver ved OUS. I avtalen er det nærmere avtalt finansiering av klagenemnda. OUS sender faktura årlig til direktoratet for oppgavene som er avtalt. Det er også en egen databehandleravtale mellom direktoratet og OUS for klagenemnda.

11.2 Abortnemndenes faglige uavhengighet

I beskrivelsen av abortnemndene har Abortutvalget sett på om abortnemndene er faglig uavhengige, eller om departementet eller direktoratet kan instruere abortnemndene i deres faglige virksomhet. Når kompetanse legges til kollegiale organer, som nemnder, er det ofte en uskrevet forutsetning at disse skal treffe avgjørelse i enkeltsaker på selvstendig grunnlag. Historien viser at denne uavhengigheten sjelden er tatt inn i lovteksten.

Forvaltningen er som hovedregel hierarkisk organisert. Regjeringen og den enkelte statsråd kan delegere oppgaver til direktoratene og andre underordnede organer og instruere organene i deres virksomhet. Alternativt kan forvaltningsorganer tildeles helt eller delvis formell uavhengighet. Stortinget kan bestemme ved lov at et forvaltningsorgan skal være uavhengig av regjeringen og departementene, og bestemme hva uavhengigheten skal innebære. Et forvaltningsorgan kan være uavhengig i visse sammenhenger, men ikke i andre.

Utøvelse av statlig myndighet kan også legges til organer utenfor den tradisjonelle forvaltningsstrukturen, som statseide selskaper, kommuner, stiftelser eller private virksomheter. Disse organene er ikke en del av den hierarkiske statsforvaltningen og kan normalt ikke instrueres. Dette gjelder blant annet helseforetakene. De regionale helseforetakene og helseforetakene er særlovselskaper der virksomheten er regulert i helseforetaksloven. Den særlige organiseringen av helseforetakene som selvstendige offentlige rettssubjekter gjør at staten normalt bare kan gi instruks gjennom de formkravene som er fastsatt i helseforetaksloven, jf. helseforetaksloven § 16, og ikke gjennom den forvaltningsrettslige organisa-

sjons- og instruksjonsmyndigheten som følger av statsforvaltningens hierarkiske oppbygging.

Som vist over, er abortnemndene organisert som en del av helseforetakenes virksomhet. Den organisatoriske plasseringen av nemndene er ikke alene avgjørende for om nemndene kan instrueres av departementet eller direktoratet i sin virksomhet. Nemndenes uavhengighet må også vurderes ut fra en tolkning av abortloven og forskriften og ordinære forvaltningsmessige prinsipper for styring av nemnder.

Abortnemndenes myndighet er gitt av Stortinget gjennom lov og ikke ved delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Nemndsstrukturen forutsetter normalt en viss faglig uavhengighet. Organiseringen av beslutningsorganer for abort som nemnder kan derfor tilsi at departementet ikke har myndighet til å instruere abortnemndene.

Abortloven har ikke bestemmelser som avklarer om og i hvilken grad abortnemndene er faglig uavhengige. Lovens forarbeider avklarer heller ikke direkte i hvilken grad nemndene skal anses som faglig uavhengige forvaltningsorganer. Det går fram av forarbeidene at lovgiver har ment å gi nemndene rom for å utøve faglig skjønn i den enkelte sak (Ot.prp. nr. 53 (1977–78) s. 2 og 5).

I rundskriv fra 2001 om retningslinjer for abortnemndas skjønnsutøvelse (rundskriv 1-40/2001) og rundskriv fra 2006 om presisering av enkelte bestemmelser i abortloven og abortforskriften (rundskriv 1-4/2006) kan ordlyd (ved håndheving av loven «skal» nemndene), form og innhold tyde på at Helse- og omsorgsdepartementet har ment å instruere nemndene når det gjelder den generelle lovtolkningen. Rundskrivene er nå tatt inn i Helse- og omsorgsdepartementets veileder til abortnemndene.

I en rapport om kartlegging av uavhengige myndighetsorganer fra 2017 er abortnemndene omtalt (Difi, 2017). Når det gjelder nemndenes faglige uavhengighet, viser rapporten til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet, der det står at abortnemndene ikke kan instrueres i enkeltsaker, men at det trolig er anledning til å instruere om saksbehandling og generell lovforståelse.

Abortutvalgets kartlegging av nemndene (se kap. 11.4.1) viser at nemndene i praksis legger stor vekt på Helsedirektoratets veileder til abortforskriften. Veilederens tekst knyttet til vilkårene for abort er likelydende som i Rundskriv I-40/2001 (jf. over).

Samlet sett mener utvalget at organiseringen av nemndene under helseforetakene, nemndsstrukturen generelt og formuleringer i lovforarbeidene taler for at nemndene må anses som faglig uavhengige.

11.3 Statistikk om nemndsbehandlede begjæringer og aborter

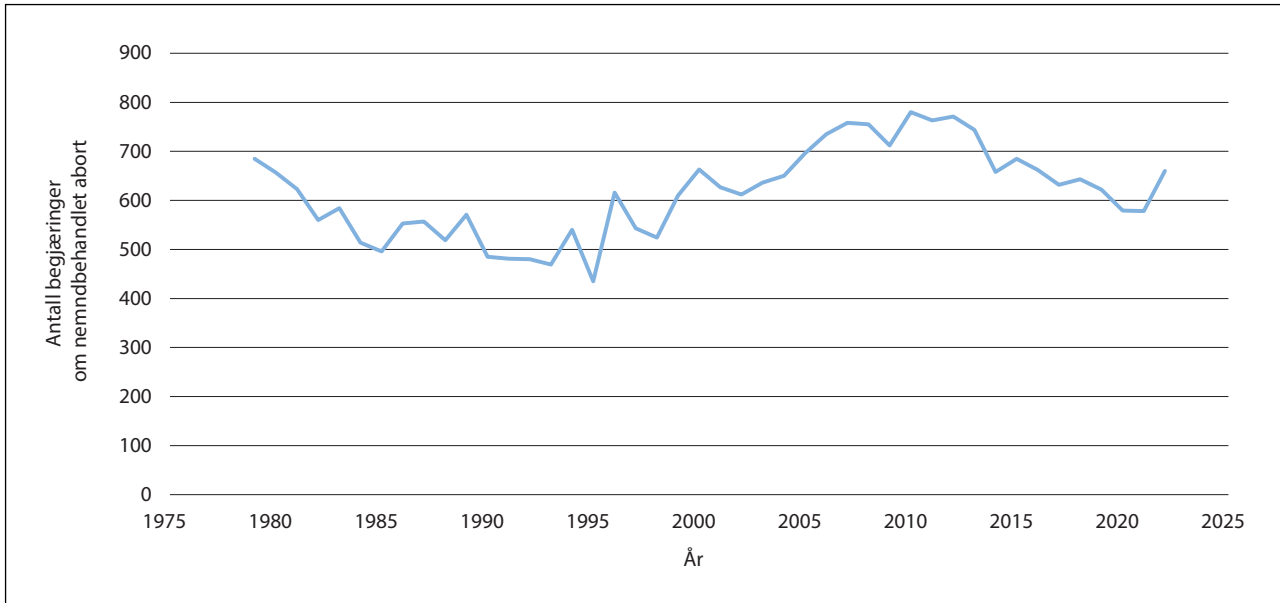
Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke skal alle begjæringer om abort behandles av nemnd, som innvilger eller avslår søknad om abort etter dette tidspunktet. Nemndene behandler også alle begjæringer om fosterantallsreduksjoner, uavhengig av svangerskapslengde. Ved avslag i primærnemnd går klagen automatisk videre til behandling i sentral klagenemnd for abortsaker, se kap. 10 om abortloven. Antall begjæringer om abort som behandles i primærnemndene i Norge, har ligget mellom 578 og 685 de siste ni årene. I 2022 mottok nemndene 660 søknader om abort.

Gjennom de siste fire tiårene har det vært en reduksjon i både antall aborter generelt og aborter etter vedtak i abortnemnd (nemndaborter). Innføring av nye diagnostiske metoder har gjort det mulig å identifisere svangerskap med økt risiko for fosterskader, noe som gjør at andelen nemndsbehandlede aborter der vedtaksgrunnen er tilstander hos fosteret har økt, og andelen andre årsaker har gått ned. Svært få nemndsbe- gjæringer avslås. I 2022 ble 97,3 prosent innvilget (Haugan et al., 2023). Under ti kvinner i året har fått endelig avslag i klagenemnd de siste seks årene, med unntak av 2020 da 17 kvinner fikk avslag.

I perioden 1979–2022 har antall nemndaborter gått ned i takt med det totale aborttallet. Samtidig har andelen nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i forhold til selvbestemte vært stabil. Antall og andel nemndaborter som innvilges grunnet kvinnens livssituasjon har sunket, og for de yngste aldersgruppene har andelen aborter gått ned. Innvilgelsesprosenten har gått opp for nemndaborter, og et fåtall får avslag i klagenemnda. De fleste nemndaborter utføres i svangerskapsuke 13–18, og i dag er hyppigste innvilgelsesårsak risiko for fosterskader. I perioden 1979–2022 har nemndbehandlede aborter i gjennomsnitt stått for 3,4 prosent av svangerskapsavbruddene (Haugan et al., 2023).

I 2022 ble det utført 590 nemndbehandlede svangerskapsavbrudd, som er 90 flere enn i 2021 (18 prosent flere enn i 2021). De nemndbehandlede svangerskapsavbruddene utgjorde 4,9 prosent av alle svangerskapsavbrudd i 2022, og 586 (99,3 prosent) av disse ble innvilget i primærnemnd.

De fleste av de nemndbehandlede avbruddene blir utført før utgangen av 18. svangerskapsuke. Det var 495 begjæringer om avbrudd innen utgangen av 18. svangerskapsuke i 2022. Av disse ble 473 behandlet i nemnd, og 466 ble innvilget i pri-



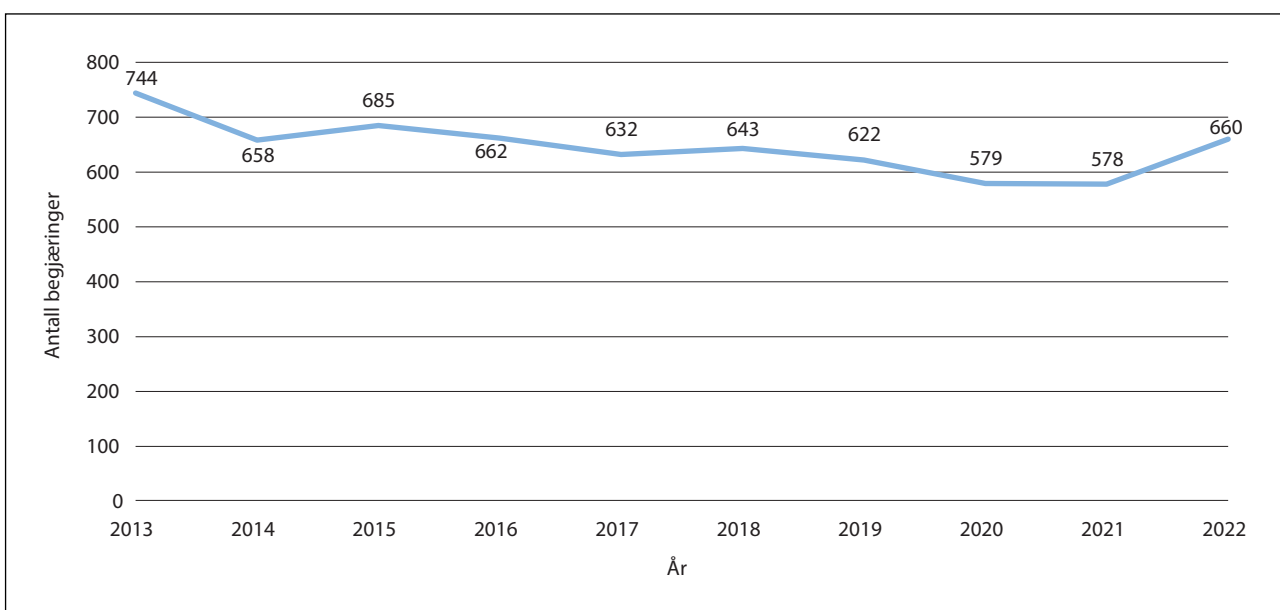
Figur 11.1 Antall nemndsbejæringer 1979–2022

Kilde: Abortregisteret

mærnemnd, sju fikk avslag og 452 ble utført. Av de sju som fikk avslag i primærnemnd, ble tre saker behandlet i klagenemnd (fire ble trukket). Alle tre ble innvilget.

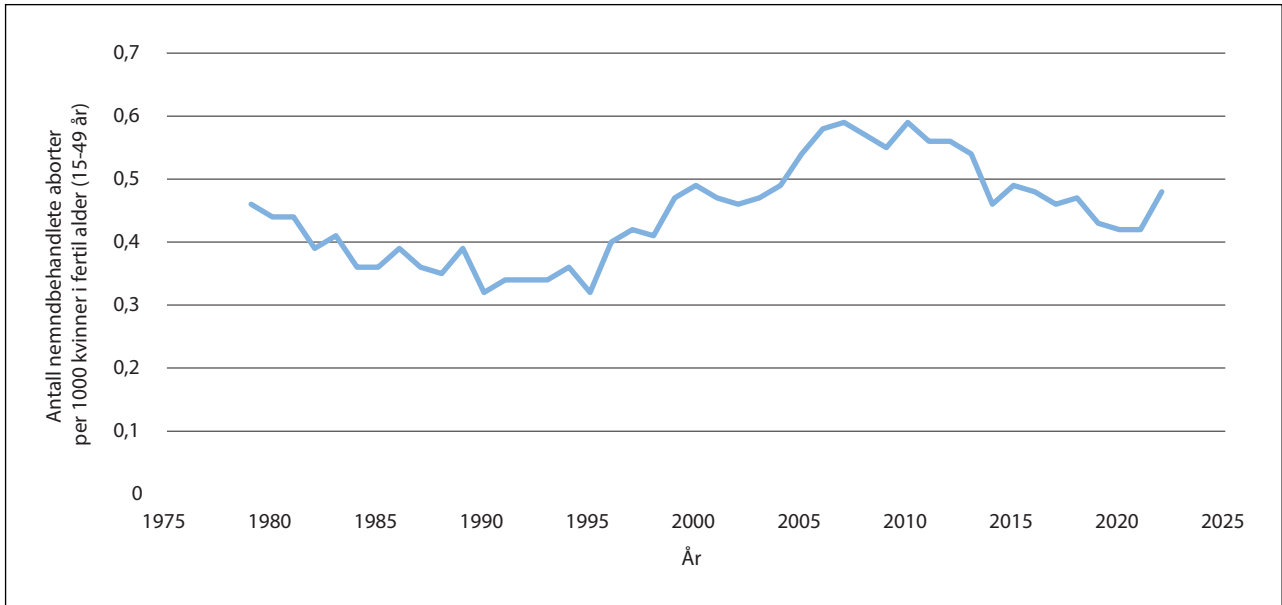
Rundt 66 prosent av de nemndbehandlede abortene blir innvilget på grunn av sykdom, risiko for sykdom eller medisinske tilstander hos fosteret, abortloven § 2 tredje ledd bokstav c. Andelen aborter som er innvilget etter § 2 andre ledd bokstav c øker med svangerskapets lengde. Det har

vært en nedgang i tallet på avbrudd innvilget etter § 2 tredje ledd bokstav a og b, som omhandler kvinnens helse og livssituasjon. Dette har fulgt nedgangen i abortraten generelt. Spesielt har det de siste ti årene vært en nedgang i tallet på abort innvilget etter § 2 tredje ledd bokstav b som omhandler kvinnens livssituasjon (figur 11.14) (Løkeland et al., 2023). Tallet på avbrudd innvilget etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav c varierer litt mer år for år.



Figur 11.2 Antall bejæringer om nemndbehandlede abort 2013–2022

Kilde: Abortregisteret



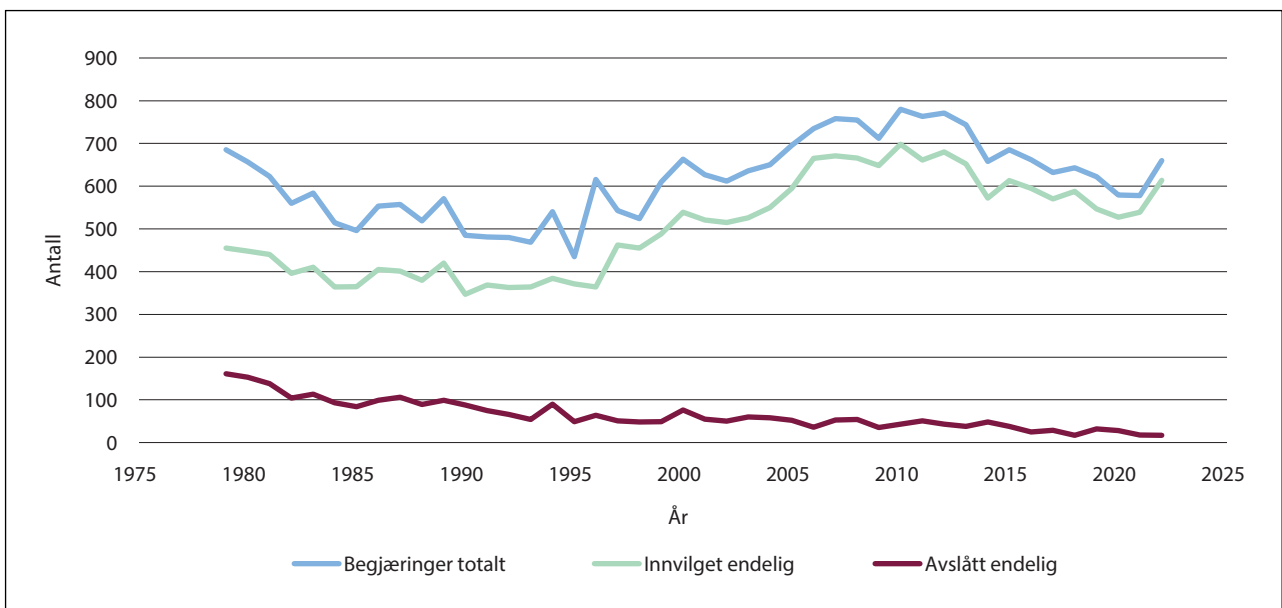
Figur 11.3 Antall nemndbehandlede svangerskapsavbrudd per 1000 kvinne 1979–2022

Kilde: Abortregisteret

Fra 2010 har det vært en jevn nedgang i antallet abortbegjæringer. Antallet begjæringer har økt noe det siste året samtidig som aborttallene totalt har gått noe opp.

Antall nemndbehandlede svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner

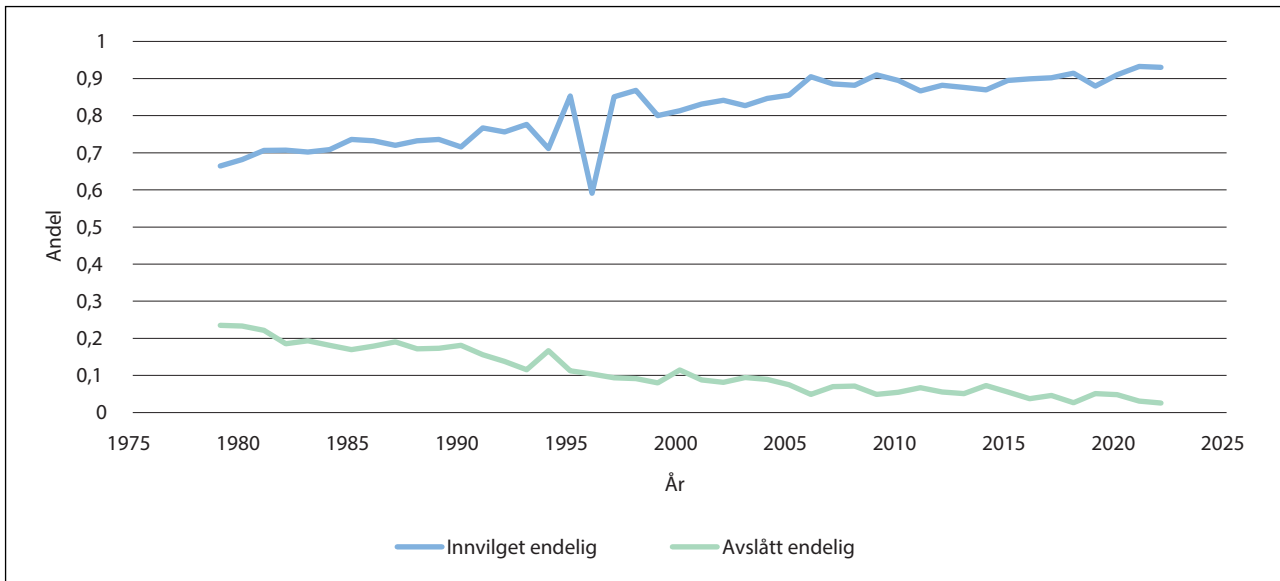
Antall nemndbehandlede svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner økte fra 1979 til 2008. Fra 2008 har antallet nemndbehandlede svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner gått ned, med en økning i



Figur 11.4 Antall begjæringer etter endelig vedtak 1979–2022

De som er registrert som endelige avslag, er endelige avslag i klagenemnd eller saker der det er gitt endelig avslag i primærnemnd, men saken er trukket før behandling i klagenemnd. Dersom begjæringen om abort trekkes før saken blir behandlet i klagenemnda, blir avslaget fra primærnemnda registrert som endelig avslag, siden den gravide ikke har fått tillatelse til å få utført en abort.

Kilde: Abortregisteret



Figur 11.5 Andel innvilget og avslåtte begjæringer etter endelig vedtak 1979–2022

Kilde: Abortregisteret

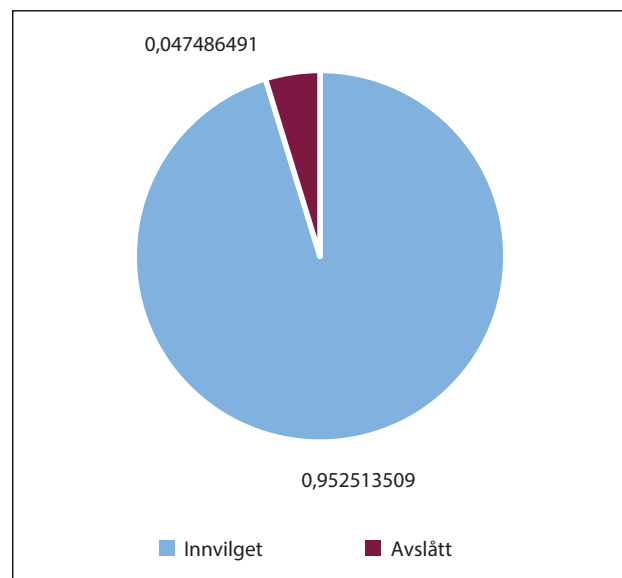
2022 (figur 11.3). Økningen kommer samtidig med en økning i alle aborter i 2022.

11.3.1 Utvikling i andel innvilgede begjæringer 1979–2022

De fleste begjæringene om abort innvilges allerede i primærnemnd (97 prosent). Det har vært en stigning i innvilgelsesprosenten fra 73,6 prosent i 1979 til 97,3 prosent i 2022 (Haugan et. al. 2023).

I løpet av de siste ti årene har 95 prosent av kvinnene som har søkt om abort etter tolvte svangerskapsuke, fått innvilget søknaden om abort. 5 prosent har fått endelig avslag i nemnd (figur 11.6).

I 2022 mottok landets 23 primærnemnder 660 begjæringer om abort. 29 saker ble trukket før behandling. Av de 631 gjenværende sakene (saker som ble behandlet) ble 608 innvilget og 23 avslått i primærnemnd. Av de 23 søknadene der primærnemnden avsto søknad om tillatelse til abort, gikk 18 videre til behandling i klagenemnda, og bare ni søknader ble endelig avslått i klagenemnda. Siden innføring av abortloven i 1978 har 2,8 prosent fått endelig avslag i klagenemnda, en prosentandel som har gått ned. I 2022 ble kun 1,4 prosent av alle abortsøknader avslått. Etter 18. svangerskapsuke har innvilgelsesprosenten også vært økende i perioden 1979–2022. Av de 164 begjæringene for abort etter 18. svangerskapsuke fremmet i 2022 var det ni som fikk endelig avslag i klagenemnda.



Figur 11.6 Endelig vedtak 2013–2022

Kilde: Abortregisteret

Blant mulige årsaker til at flere nemndaborter er blitt innvilget, kan være økt tilgang til diagnostikk samtidig som man har hatt en samfunnsutvikling der det legges økende vekt på autonomi og medvirkning for borgere og for pasienter. Samtidig har det vært en rettsutvikling med lovfestet rett til pasientmedvirkning i helsetjenesten. Disse og andre samfunnsendringer kan ha ført til at legene i primærnemndene oftere tolker lovverket dithen at abort skal innvilges (Haugan et. al. 2023).

11.3.2 Utfall etter nemndbehandling i 2022

I 2022 mottok landets 23 primærnemnder 660 begjæringer om abort. 29 saker ble trukket før behandling. Av de 631 gjenværende sakene (saker som ble behandlet) ble 608 innvilget og 23 avslått i primærnemnd. Av de 23 søknadene der primærnemnden avsto søknad om tillatelse til abort, gikk 18 videre til behandling i klagenemnd. De andre ble trukket. I klagenemnd ble ni søknader avslått og seks ble innvilget. Fire aborter ble utført etter innvilgelse i klagenemnd. Totalt ble 590 aborter ble utført etter innvilgelse i nemnd i 2022.

11.3.3 Søknader og aborter etter utgangen av 18. svangerskapsuke

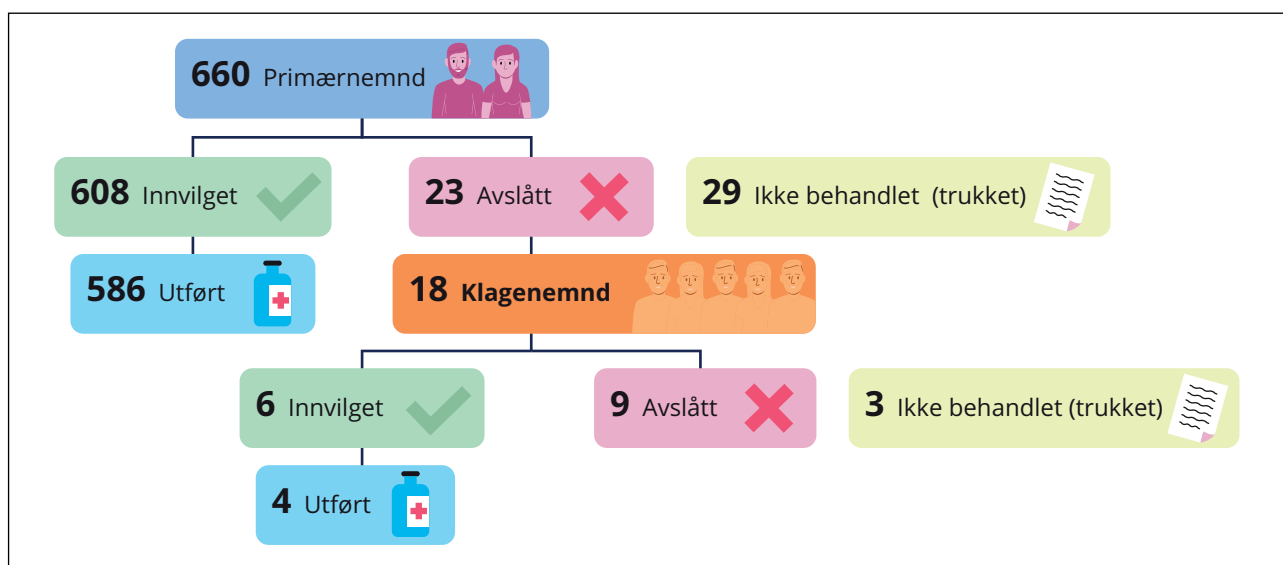
Abortnemndene skal innvilge begjæring om abort dersom et eller flere av vilkårene i abortloven § 2, tredje ledd er oppfylt. Kravene til grunn for innvilgelse skal øke med svangerskapets lengde. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke skal det tungtveiende grunner til for innvilgelse av begjæring om svangerskapsavbrudd, jf. abortloven § 2, femte ledd.

Høyest antall og andel av de nemndsbehandlede svangerskapsavbruddene skjer før utgangen av 18. svangerskapsuke. I 2022 hadde 164 av de 660 begjæringene om abort svangerskapslengde etter utgangen av 18. svangerskapsuke (uke 17 + 6 dager). Seks saker ble ikke behandlet i primærnemnd fordi kvinnen trakk begjæringen, ikke møtte opp eller annet. Av de 158 gjenværende sakene (saker som ble behandlet) ble 142 innvil-

get og 16 avslått i primærnemnd. Av de 16 søknadene der primærnemnden avsto søknad om tillatelse til abort, gikk 13 videre til behandling i klagenemnd. De andre ble ikke behandlet i klagenemnd, enten fordi kvinnen trakk begjæringen, ikke møtte opp eller annet. I klagenemnd ble ni søknader avslått, og tre ble innvilget (Figur 11.8).

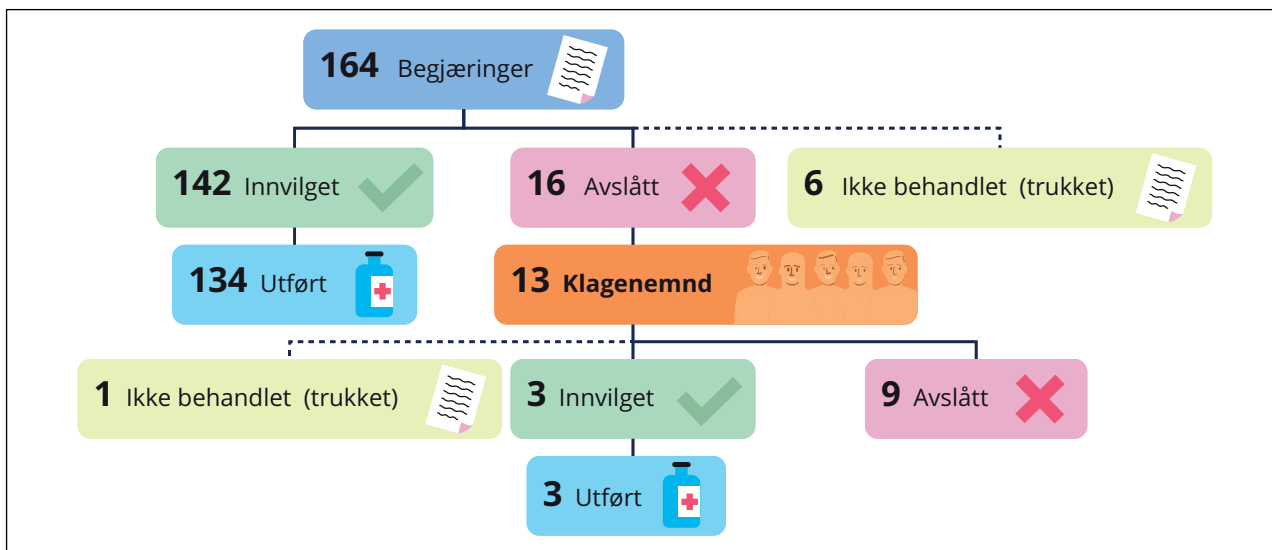
Andelen nemndaborter som utføres etter utgangen av 18. svangerskapsuke har steget i perioden 1979–2022, fra 4,0 prosent i 1979 til 23,2 prosent i 2022. Totalt har 80,1 prosent av abortene etter 18. svangerskapsuke vært innvilget etter abortloven § 2, tredje ledd bokstav c, grunnet risiko for sykdom eller tilstander hos fosteret siden 1988 (Haugan et. al. 2023). Abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke gjennomføres hyppigst i 19. svangerskapsuke. Rundt tre prosent fødes med utviklingsavvik, og av disse er rundt 70 prosent av tilstandene kjent før fødselen.

Når tilbudet om ultralydundersøkelse i uke 11–13 tilbys alle gravide fremover, antar man at noen flere medisinske tilstander hos fosteret vil oppdages tidligere i svangerskapet. Studier indikerer at rundt 30 prosent av medisinske tilstander og sykdom hos fosteret kan oppdages i første trimester. Det kan medføre at flere av abortene som i dag utføres senere, kan utføres tidligere. Man ser likevel at det er en mindre, men stabil andel av abortene etter 18. svangerskapsuke (gjennomsnittlig 5,8 prosent i 1979–2022) som innvilges grunnet kvinnens livssituasjon eller helsetilstand (Haugan et. al. 2023).



Figur 11.7 Nemndbegjæringer og nemndbehandlede aborter 2022

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS.
Kilde: Abortregisteret



Figur 11.8 Nemndbegjæringer, vedtak og aborter med svangerskapslengde etter utgangen av 18. svangerskapsuke i 2022

Illustrasjon: designkontor AS.

Kilde: Abortregisteret

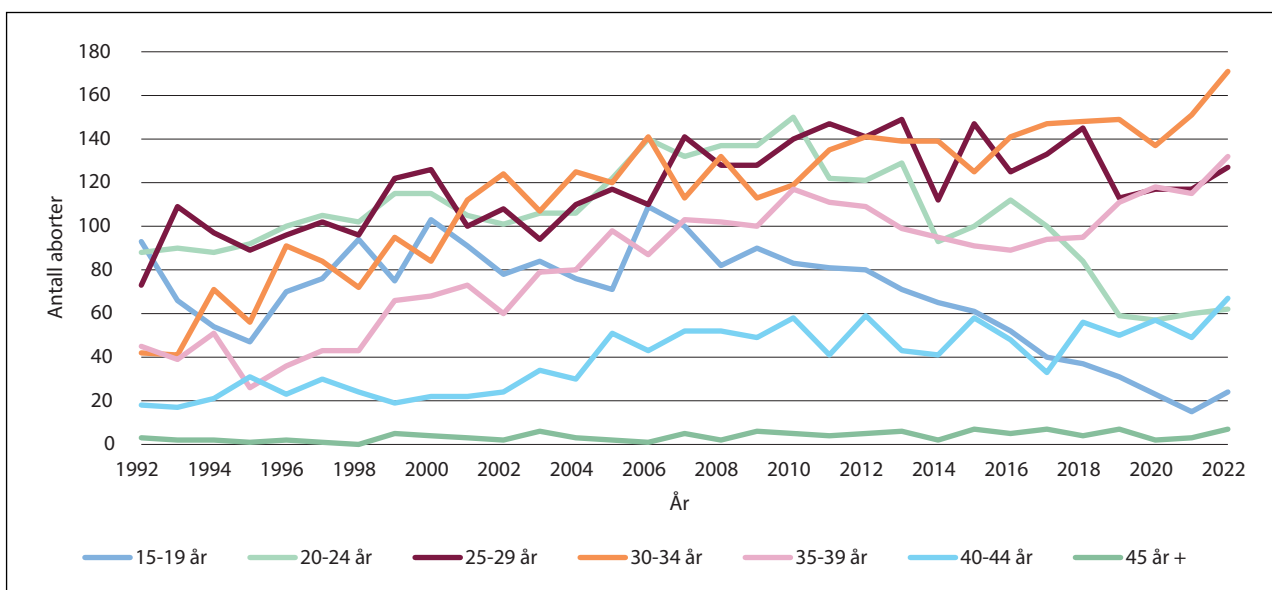
11.3.4 Kvinnens alder

Aldersgruppen 15–19 år har gått fra å være aldersgruppen med høyest antall nemndaborter i 1979 til den med lavest antall i 2021. I aldersgruppen 20–24 år har det vært en lignende nedgang. Det høyeste antallet nemndaborter i 2021 var i aldersgruppen 30–34 år, etterfulgt av aldersgruppene 25–29 år og 35–39 år (figur 11.9).

Nedgangen i nemndaborter i de yngste aldersgruppene har fulgt nedgangen for de generelle

aborttallene. Dette kan skyldes målrettede tiltak mot yngre kvinner, som subsidiert prevensjon fra 2014 (Haugan et al., 2023).

Det er i aldersgruppen 30–34 år man finner det høyeste antall nemndbehandlede aborter (figur 11.9). Omfordelingen i nemndbehandlede aborter fra de yngste til de eldre aldersgruppene skyldes trolig både demografiske endringer og økende bruk av fosterdiagnostiske metoder. Økende alder hos gravide øker risiko for svangerskap med kromosomavvik (Haugan et al., 2023).



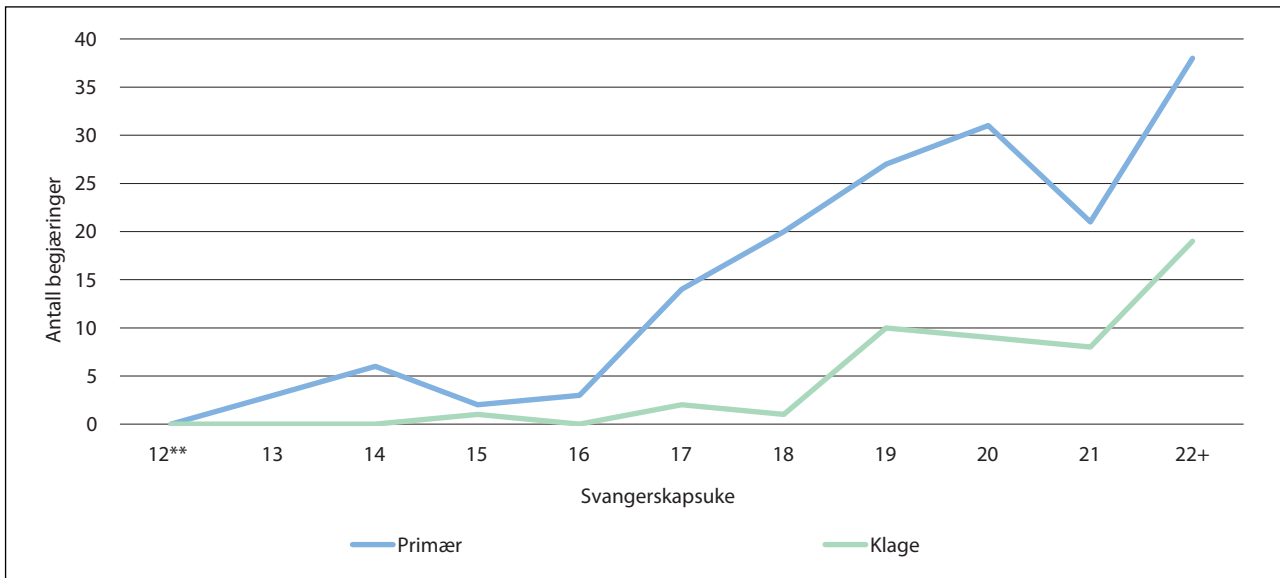
Figur 11.9 Nemndbehandlede svangerskapsavbrudd fordelt på alder 1992–2022

Kilde: Abortregisteret

11.3.5 Svangerskapslengde og avslag

De fleste avslag på begjæring om abort gjelder abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke, og antall avslag øker med økende svangerskapslengde. I 2022 ga abortnemndene avslag på

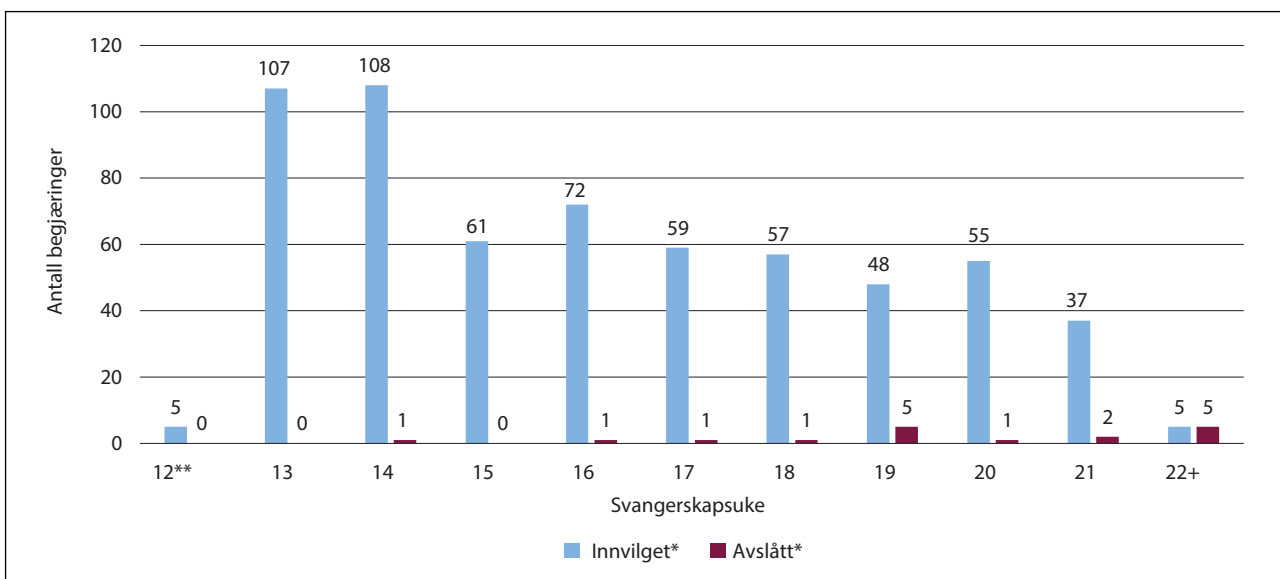
begjæring om abort i 16 saker. 13 av disse gjaldt abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke. I perioden 2018–2022 fikk totalt 49 kvinner endelig avslag i klagenemnd på begjæring om abort (figur 11.10).



Figur 11.10 Avslåtte begjæringer 2018–2022 etter svangerskapsuke

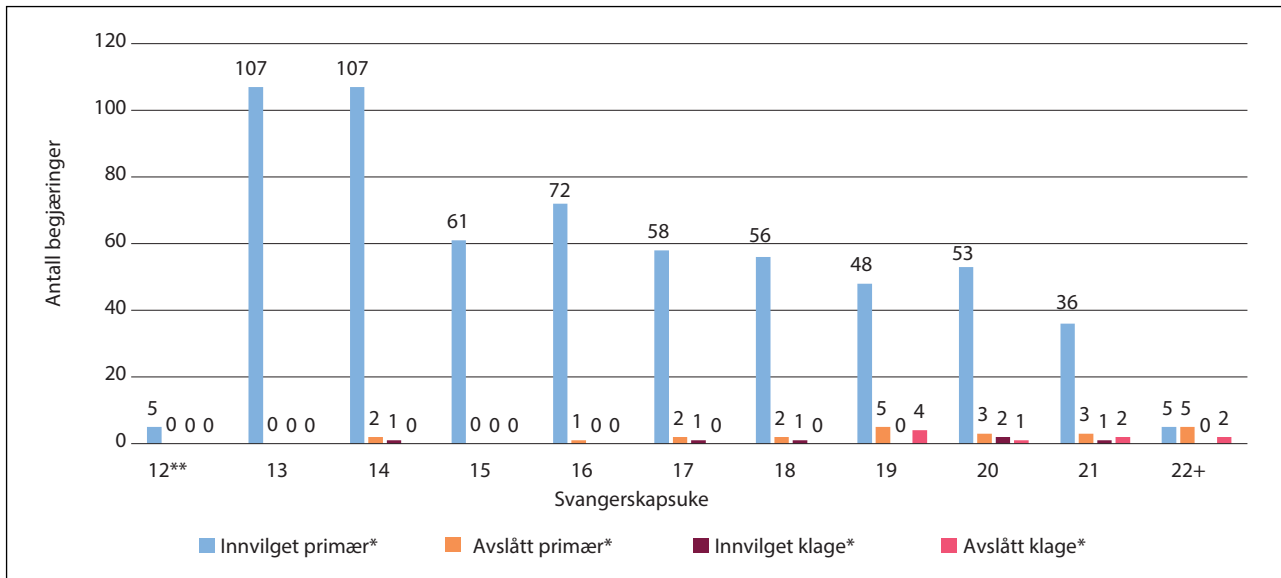
Totalt antall avslåtte begjæringer i perioden 2018–2022 etter svangerskapsuke.

Kilde: Abortregisteret



Figur 11.11 Antall begjæringer om nemndsbehandlet abort i 2022, fordelt på svangerskapslengde og endelig vedtak i nemnd

Kilde: Abortregisteret



Figur 11.12 Antall begjæringer om nemndbehandlet abort, 2013–2022 etter svangerskapslengde og endelig vedtak

Kilde: Abortregisteret

11.3.6 Antall begjæringer etter svangerskapsuke og vedtak

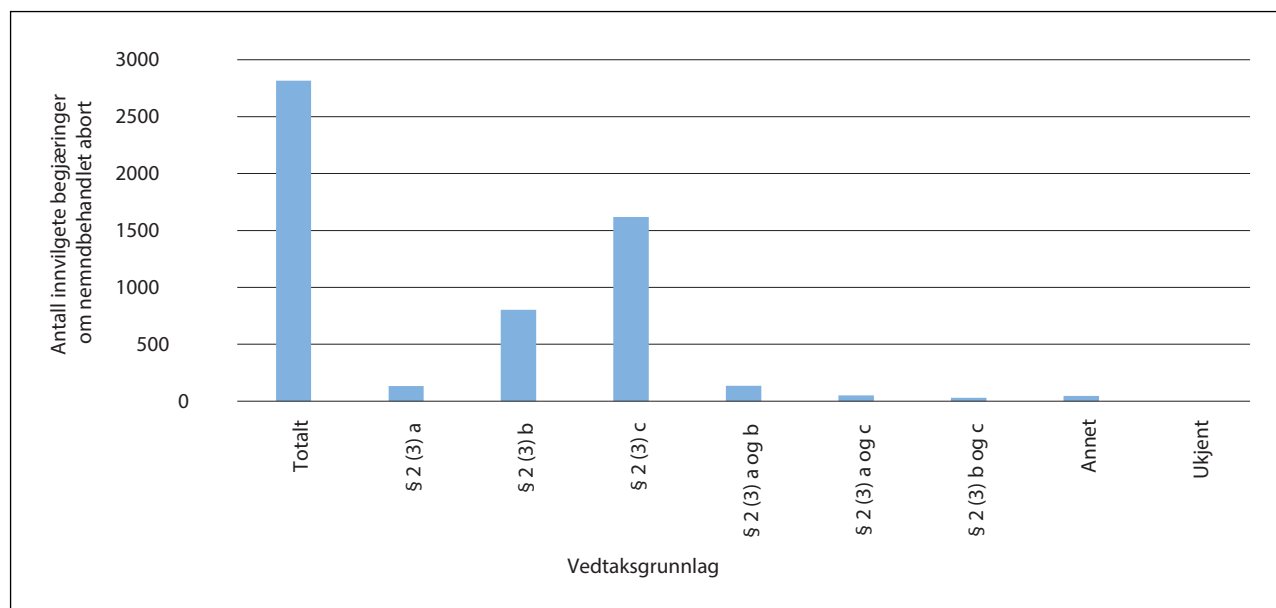
Antall begjæringer til nemndene om abort er høyest i de tidligste svangerskapsukene, for deretter å falle til 17. svangerskapsuke. Etter dette er det en økning frem til 19. svangerskapsuke, og deretter faller antallet igjen. Etter utgangen av 22. svangerskapsuke er det svært lavt antall saker, og andel innvilgelser og avslag er relativt lik. Årsak til at antall begjæringer går noe opp i 17. til 19. svangerskapsuke er rutineundersøkelsen i svangerskapet i uke 17–19. Noen oppdager da tilstander ved fosteret og gjennomgår abort etter dette. Det er ikke alle avvik og tilstander som kan oppdages ved tidlig ultralyd. Se også kapittel om fosterdiagnostikk.

11.3.7 Vedtaksgrunnlag for innvilgelser

De senere årene har utviklingen gått i retning av at en stadig større andel av de nemndbehandlede abortene har sammenheng med medisinske tilstander hos fosteret. Av 590 gjennomførte aborter i 2022 ble 66 prosent av de nemndbehandlede begjæringene som ble innvilget, innvilget på bakgrunn av medisinske tilstander hos fosteret. 34 prosent ble innvilget med andre grunner, hvorav

kvinnens livssituasjon utgjorde den største andelen. I perioden 2018–2022 var 62 prosent av de innvilgede abortene med vedtaksgrunn § 2 tredje ledd bokstav c (tilstander hos foster), 34 prosent bokstav b (sosiale årsaker), 12 prosent bokstav a (sykdom hos kvinnen), og 1 prosent andre kombinasjoner, se figur 11.13. Andelen som innvilges grunnet tilstander hos fosteret øker med økende svangerskapslengde. For nemndbehandlede aborter etter utgangen av 18. svangerskapsuke er andelen som var innvilget etter abortloven § 2, tredje ledd bokstav c, 81 prosent i 2022, som utgjør 118 nemndbehandlede aborter etter utgangen av 18. svangerskapsuke. 21 prosent (30) ble innvilget på grunn av kvinnens livssituasjon/sosiale årsaker og 4 prosent på andre grunnlag (se fig. 11.16).

Vedtaksgrunn for innvilgelser i nemnd har skiftet gjennom de siste 40 årene. Det har vært en nedgang i andelen aborter som innvilges på bakgrunn av sykdom hos kvinnen eller sosiale årsaker/livssituasjon, mens andelen knyttet til tilstander hos fosteret har økt (figur 11.14). Fra midten av 1980-tallet har det vært en nedgang i innvilgelser begrunnet i kvinnens livssituasjon. Det kan tyde på at det er færre uplanlagte graviditeter blant nemndabortene (Haugan et. al. 2023).



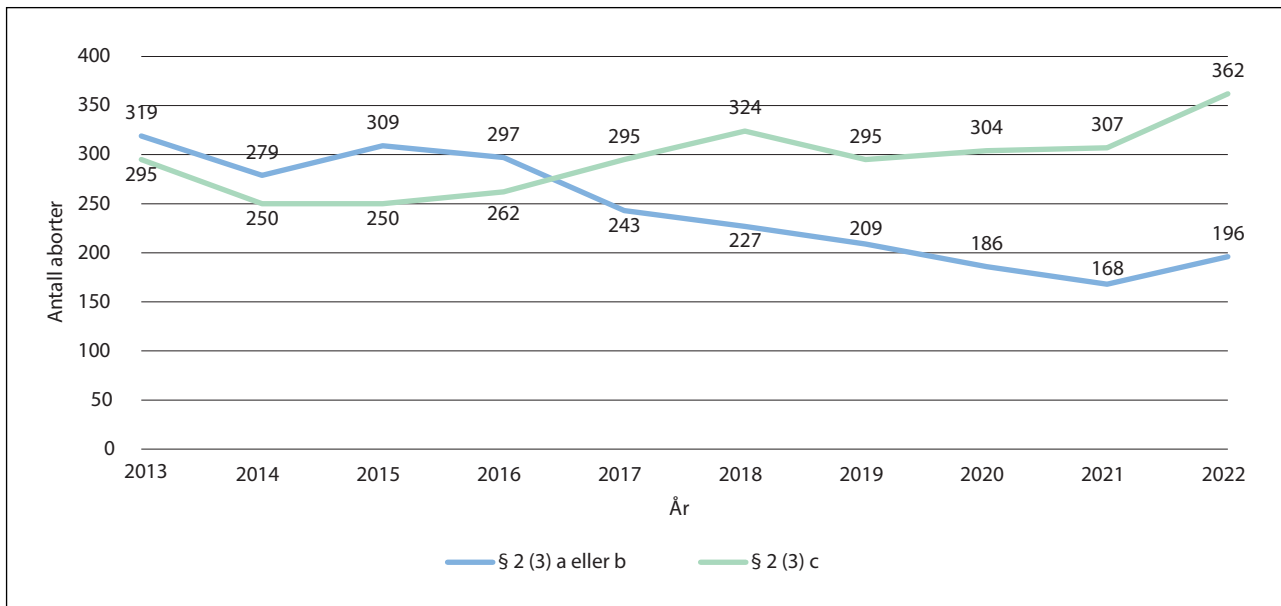
Figur 11.13 Antall nemndbehandlede innvilgede begjæringer om abort etter vedtaksgrunn 2018–2022

Kilde: Abortregisteret

Tabell 11.1 Nemndbehandlede aborter etter abortloven § 2, tredje ledd, 2018–2022

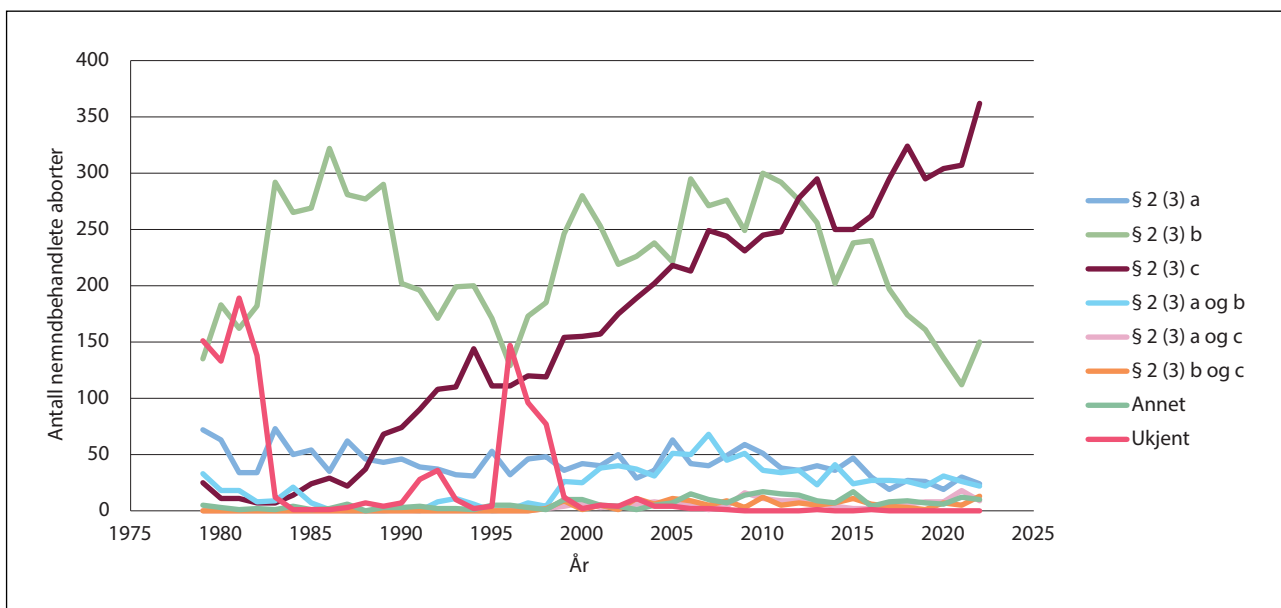
År	Antall nemndbehandlede aborter	Antall nemndbehandlede aborter § 2 (3) c	Andel nemndbehandlede aborter § 2 (3) c	Antall nemndbehandlede aborter andre enn § 2 (3) c	Andel nemndbehandlede aborter andre enn § 2 (3) c
2018	569	334	59 %	235	41 %
2019	520	310	60 %	210	40 %
2020	511	321	63 %	190	37 %
2021	510	333	65 %	177	35 %
2022	590	389	66 %	201	34 %

Kilde: Abortregisteret



Figur 11.14 Nemndbehandlede svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2, tredje ledd, 2013–2022

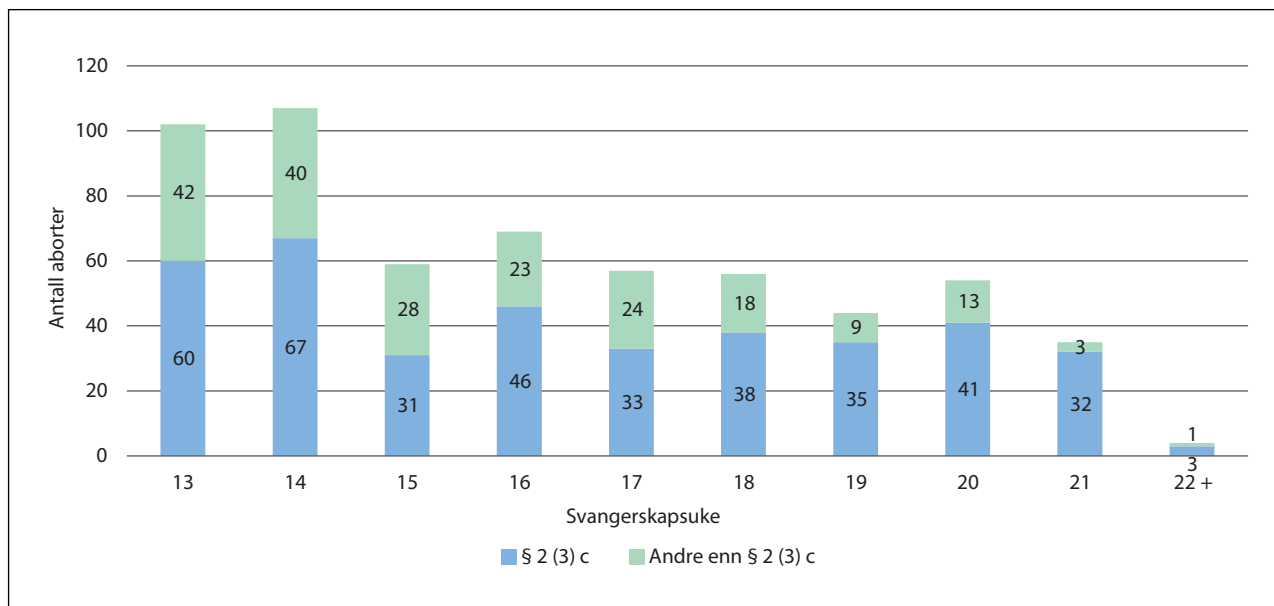
Kilde: Abortregisteret



Figur 11.15 Antall innvilgede nemndsaborter etter paragraf/innvilgelsesgrunn 1980–2022

Antall nemndbehandlede aborter fordelt etter innvilgelsesårsak som gitt av abortloven § 2 (5). § 2a: Svangerskapet, fødselen eller omsorgen til barnet fører til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse, § 2b: Svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon, § 2c: Det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, § 2d: Svangerskapet er resultat av straffbare forhold, § 2e: Kvinnen er alvorlig sinnslidende eller utviklingshemmet i betydelig grad.

Kilde: Abortregisteret



Figur 11.16 Antall nemndbehandlede aborter i 2022 fordelt på svangerskapslengde og vedtaksgrunnlag

Kilde: Abortregisteret

Tabell 11.2 Vedtaksgrunn i 2022 etter 18. svangerskapsuke (Kilde: Abortregisteret)

Vedtaksgrunn	Innvilgede tillatelser		Avslag
	Antall	%	antall
§2(3)c (+ evt andre bokstaver)	118	81 %	-
§2(3)b (+ evt andre bokstaver)	30	21 %	-
§2(3) andre bokstaver (men verken c eller b)	6	4 %	-
Totalt	145	100 %	13

11.3.8 Alder og vedtaksgrunn 2013–2022

Det er forskjeller mellom aldersgrupper når det gjelder andel nemndaborter som er innvilget på grunn av tilstander hos fosteret, eller andre innvilgelsesgrunner. Andelen som innvilges med grunnlag abortloven § 2 tredje ledd bokstav c ved medisinsk tilstand eller sykdom hos fosteret, er økende med økende alder og er høyest i aldersgruppene over 25 år (figur 11.17).

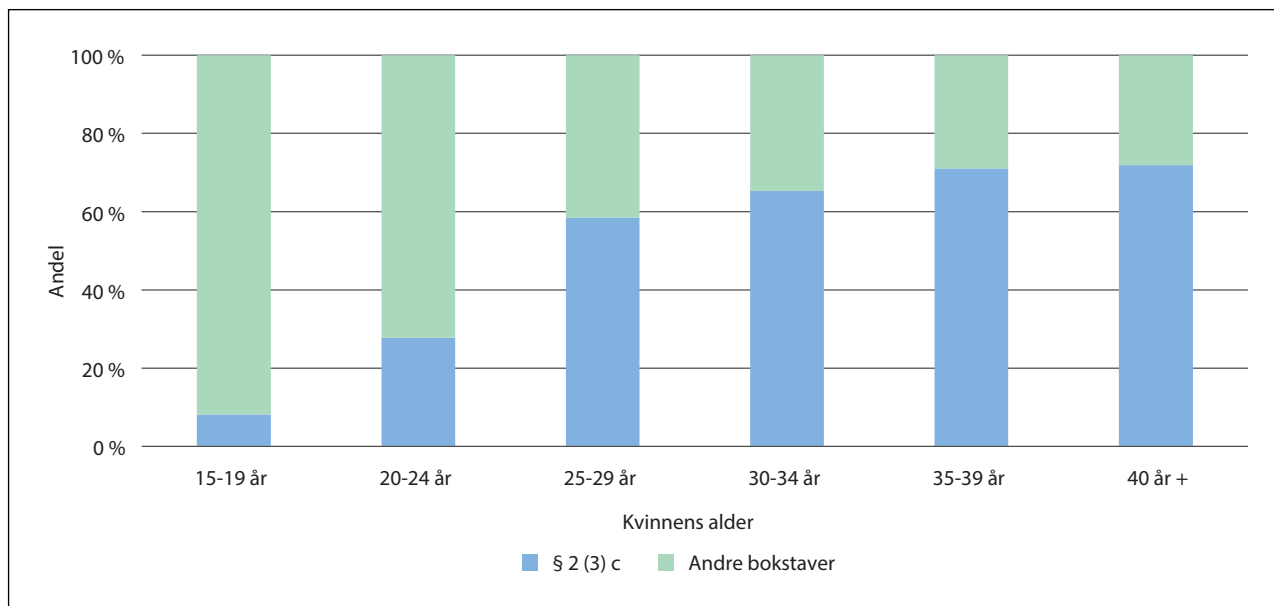
11.3.9 Avslagsandel i ulike aldersgrupper

Andel avslag og innvilgelser er ulik mellom de ulike aldersgruppene. Andel avslag er størst i de yngste aldersgruppene, og andel innvilgelser er størst i de eldste aldersgruppene. De siste ti årene har andelen avslag i gruppen under 19 år vært 8 prosent, og i gruppen 40–49 år 2,9 prosent.

Median svangerskapslengde for henholdsvis avslag og innvilgede begjæringer er lik i de ulike aldersgruppene. Kvinner som får avslag, har median svangerskapslengde 15–16 uker, kvinner som får innvilget abort, har median svangerskapslengde 19–20 uker.

11.3.10 Begjæringer som trekkes

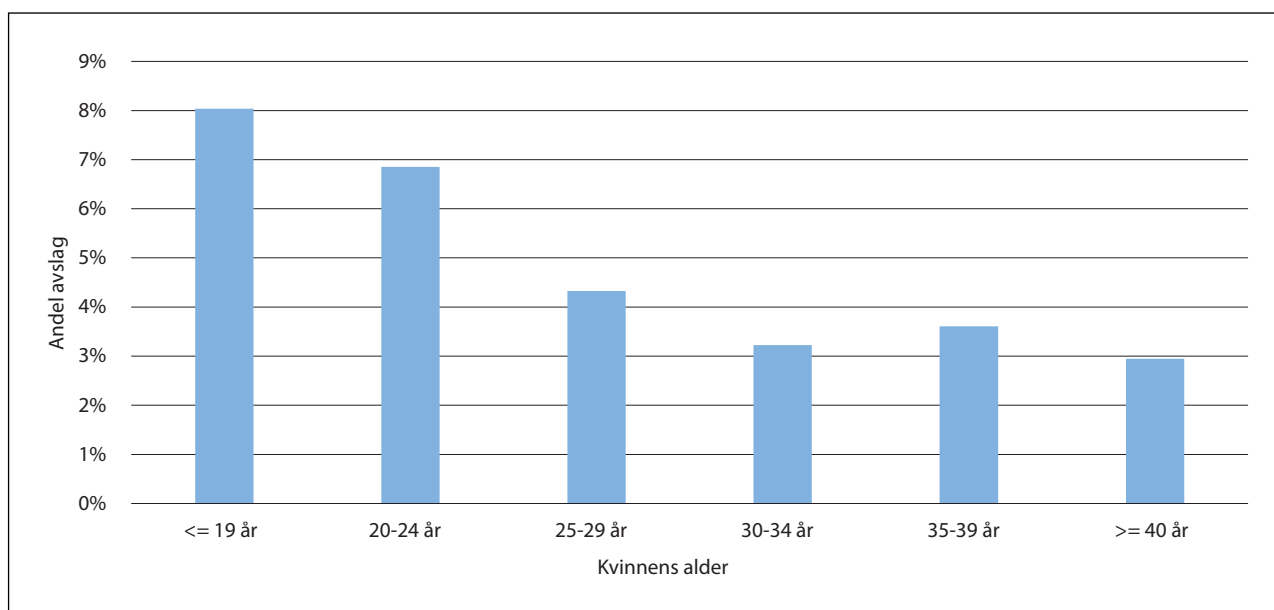
En andel av de gravide som begjærer abort, trekker begjæringen underveis i prosessen, eller velger å ikke gjennomføre aborten etter innvilget vedtak. Dette skjer både for begjæringer om abort før utgangen av tolvte svangerskapsuke, som ikke skal behandles i nemnd, og aborter etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. En del gravide trekker søknaden om abort før den kommer til behandling i abortnemnd eller i klageprosessen. Andre velger å ikke møte opp når aborten skal



Figur 11.17 Nemndbehandlete aborter, 2013–2022 fordelt på alder og vedtaksgrunn, (totalt antall i perioden)

Av andre innvilgelsesgrunner er §2(3)b (kvinnens livssituasjon/sosiale forhold) klart størst. De andre paragrafene (§2(3)a,d,e) utgjør en svært liten andel.

Kilde: Abortregisteret



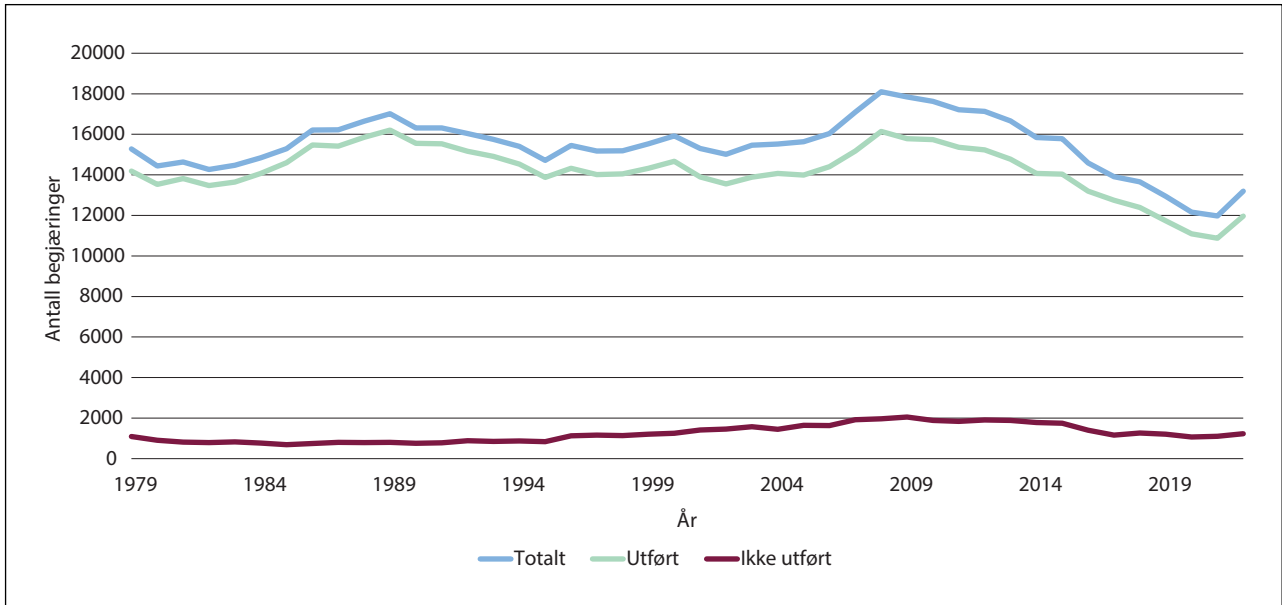
Figur 11.18 Andel avslag i nemnd i ulike aldersgrupper siste ti år

Kilde: Abortregisteret

utføres. Andelen begjæringer som trekkes underveis i nemndsprosessen, er relativt stabil, se figur 11.19. Se også kapittel 9 om kvinnens beslutningsprosess.

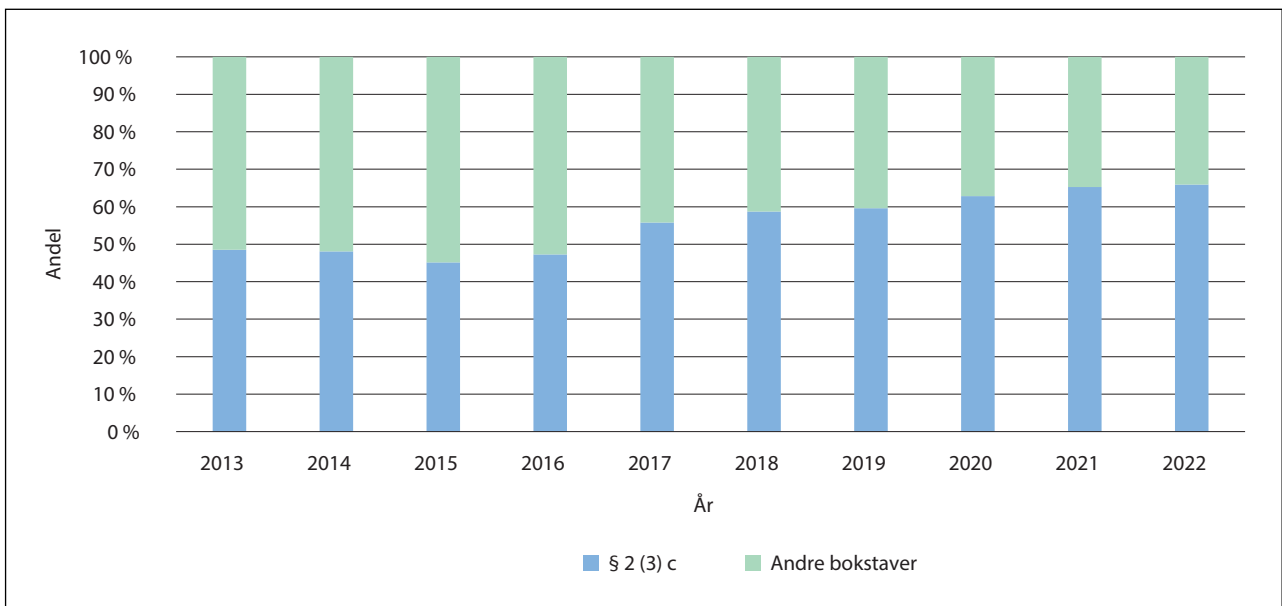
11.3.11 Utførte og ikke utførte innvilgede aborter

De fleste som får innvilget abortbegjæringen i nemnd, får utført aborten, men av de som får innvilget søknad om abort i nemnd, er det en andel som ikke tar abort (figur 11.19). Det kan være at kvinnen har vært ambivalent, har ombestemt seg,



Figur 11.19 Antall begjæringer og utførte svangerskapsavbrudd 1979–2022 (totalt, utført og ikke utført)

Kilde: Abortregisteret



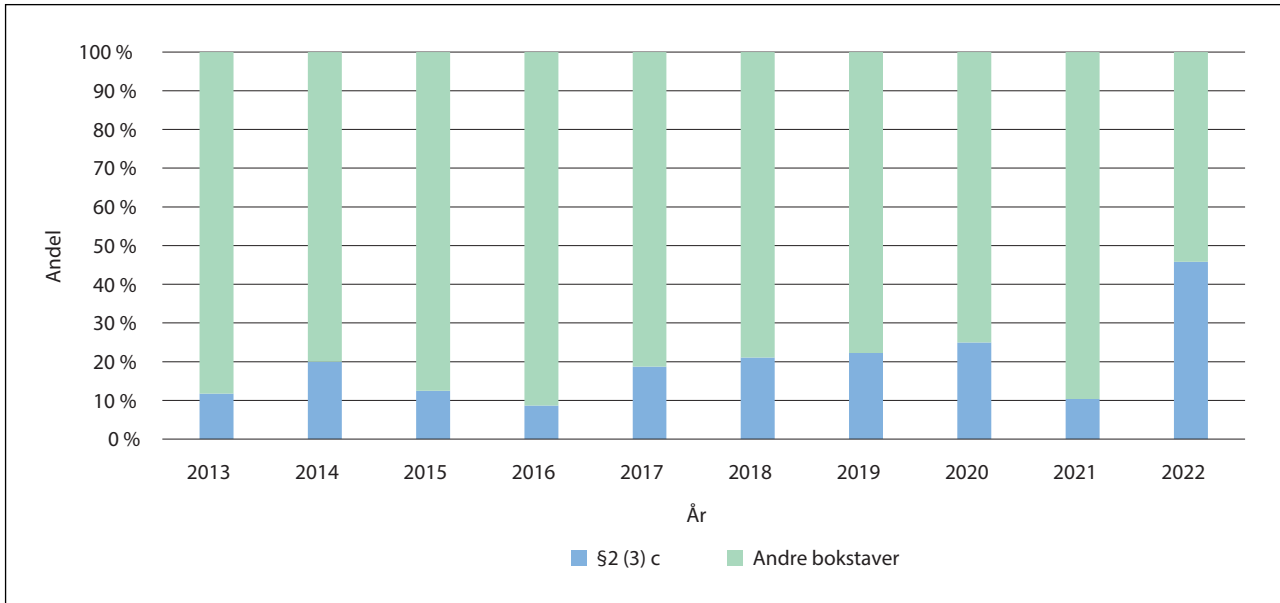
Figur 11.20 Utførte innvilgede nemndbehandlete aborter 2013–2022, §2(3)c og andre bokstaver

Kilde: Abortregisteret

eller at andre har presset kvinnen til å søke om abort.

Av de som ikke utfører abort etter innvilgelse av søknad i nemnd, er en mindre andel av disse innvilget etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav c

(figur 11.21). Av de ikke-utførte, innvilgede abortene var det frem til 2018 under 20 prosent årlig som var innvilget etter § 2 tredje ledd bokstav c. I perioden 2018–2021 var det under 30 prosent årlig, men i 2022 økte andelen til over 40 prosent.



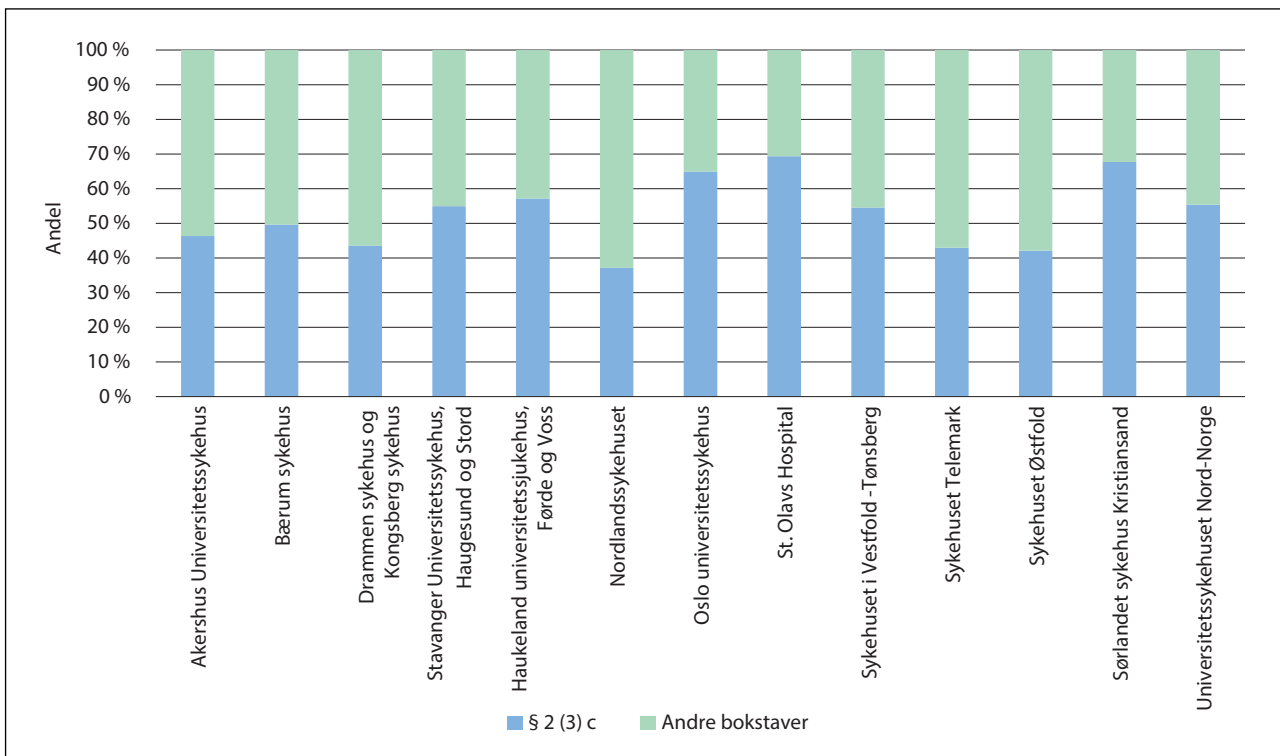
Figur 11.21 Ikke-utførte innvilgede nemndbehandlede aborter 2013–2022, §2(3)c og andre bokstaver

Kilde: Abortregisteret

11.3.12 Vedtaksgrunn ved innvilgede søknader per institusjon

Antall aborter per institusjon varierer og de fleste aborter foretas ved de største sykehusene. Av de 590 nemndbehandlede avbruddene i 2022 ble 352 (59,6 prosent) utført ved de fem største syke-

husene. Det er noe variasjon mellom nemndene når det gjelder grunnlag for innvilgelse. Om dette skyldes ulikhet i pasientgrunnlaget, demografiske forhold i befolkningen, ulik praktisering av regelverket eller andre forhold vet man ikke, men to av sykehusene med høyest andel innvilgelser grunnet fosterindikasjon er Oslo universitetssykehus



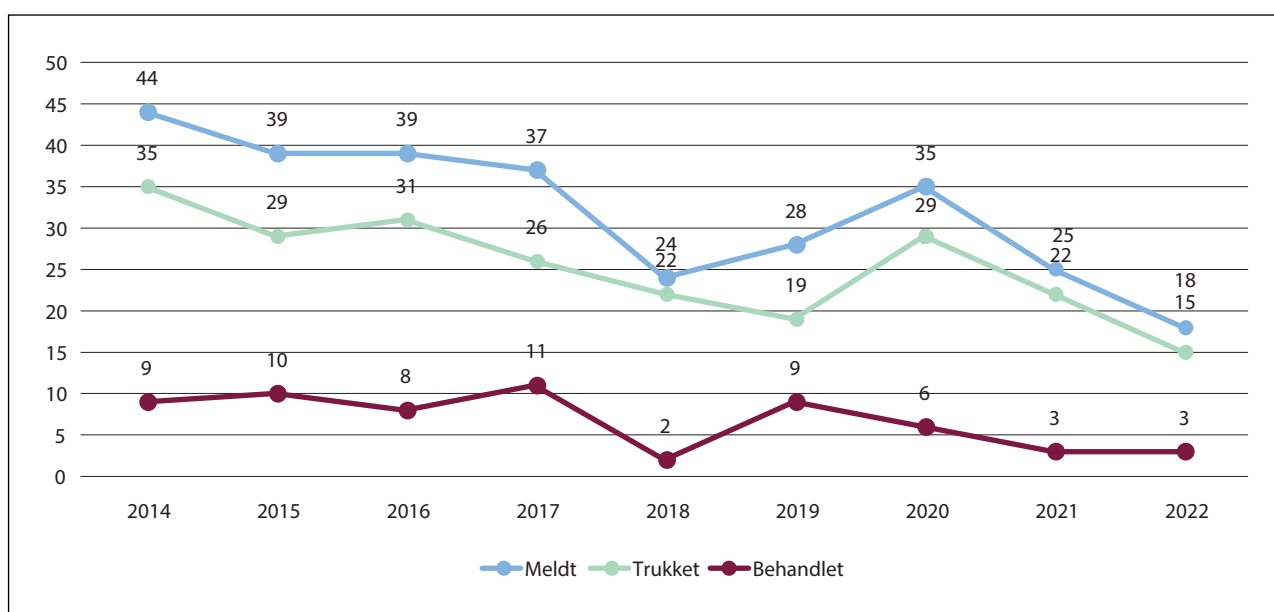
Figur 11.22 Nemndbehandlede aborter 2013–2022 per institusjon og vedtaksgrunn

Kilde: Abortregisteret

og St. Olavs hospital. St. Olavs hospital har fostermedisinsk senter (et av fem regionsykehus) og en del pasienter kommer dit også fra andre helseregioner for fostermedisinsk utredning. Fra Østlandet (Helse Sør-Øst sitt opptaksområde) henvises også kvinner til Oslo universitetssykehus for fostermedisinsk utredning. Mange av disse vil få begjæring om abort behandlet i nemnd ved sykehuset der de har vært til utredning. Dette kan være medvirkende årsak til at disse nemndene har en større andel vedtak etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav c.

11.3.13 Statistikk fra sentral klagenemnd for abortsaker

Andelen av saker som innvilges i primærnemnd, har økt over tid, og de siste ti årene har antallet saker behandlet i klagenemnda gått ned. I flere år lå antallet saker behandlet i klagenemnda på rundt 40 saker i året. Etter en nedgang i 2018 og 2019 økte antall saker til 35 i 2020, for så å synke til 25 saker i 2021 og 18 saker i 2022 (figur 11.23). De siste seks årene har antall kvinner som får endelig avslag på sin søknad om abort, vært under ti saker i året, med unntak av i 2020 da 17 saker ble avslått.



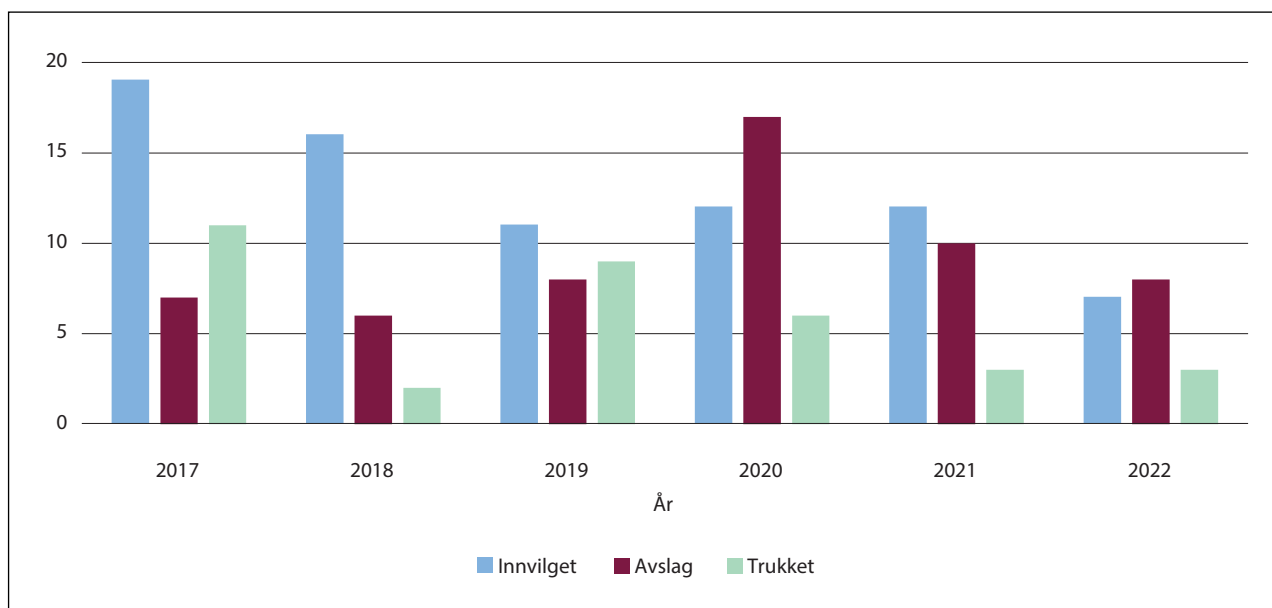
Figur 11.23 Klagenemnda 2014–2022 meldte og behandlede saker

Kilde: Sentral klagenemnd for abortsaker, Årsrapport 2022

Tabell 11.3 Klagenemnda 2014–2022 meldte og behandlede saker

År	Meldt	Trukket	Behandlet
2014	44	9	35
2015	39	10	29
2016	39	8	31
2017	37	11	26
2018	24	2	22
2019	28	9	19
2020	35	6	29
2021	25	3	22
2022	18	3	15

Kilde: Sentral klagenemnd for abortsaker, Årsrapport 2022



Figur 11.24 Klagenemnda 2017–2022, antall saker innvilget, avslått og trukket

Kilde: Sentral klagenemnd for abortsaker, Årsrapport 2022

Tabell 11.4 Klagenemnda 2017–2022 innvilget, avslag og trukket

År	Innvilget	Avslag	Trukket
2017	19	7	11
2018	16	6	2
2019	11	8	9
2020	12	17	6
2021	12	10	3
2022	7	8	3

Kilde: Sentral klagenemnd for abortsaker, Årsrapport 2022

11.3.14 Gir vedtaksgrunn i statistikken uttrykk for kvinners grunner til nemndbehandlede aborter?

I Abortregisteret registreres grunnlag for vedtaket, det vil si hvilken paragraf og vilkår i loven som er oppfylt, og som gir grunnlaget for innvilgelsen. Statistikken kan imidlertid ikke leses som at den for eksempel gir uttrykk for hvor mange kvinner som er utsatt for overgrep og voldtekt, som resulterer i uønsket svangerskap og abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Ut fra nemndenes beskrivelse av sin praksis er nemnde-

nes informasjonsinnhenting noe usystematisk, og ikke direkte knyttet et vilkår det er søkt på grunnlag av. Hvis de vurderer at begjæringen oppfyller ett vilkår, vil ikke nemnda gå videre og avklare om det er flere vilkår som er oppfylt, da de har nok informasjon til å fatte vedtak om innvilgelse. Hva kvinnen oppgir som grunn eller grunner i møte med nemnda, vil også variere, og hva hun vektlegger i sin søknad vil variere.

Avslåtte søknader registrerer ikke informasjon om grunnlag for begjæringen. Man har ikke kunnskap om hva som var grunnlaget for begjæringen for de som får avslag.

11.4 Abortnemndenes praksis

Det har vært lite tilsyn og kontroll med praksis i abortnemndene. Helsetilsynet og Helsedirektoratet har gjennomført enkelte tematiske tilsyn, se kapittel 11.4.3. Primærnemndene lager ikke årsrapporter eller oppsummeringer av praksis. Praksis fra nemndene blir ikke anonymisert eller publisert. Klagenemndas annenhånds behandling gir en viss kontroll med praksis, men klagenemnda gir ikke tilbakemelding til primærnemndene på praksis, og publiserer heller ikke praksis eller oppsummeringer av praksis. Sentral klagenemnd utarbeider kun en kortfattet årsrapport.

Tatt i betraktning nemndenes politiske betydning og symbolske verdi er Abortutvalget overrasket over hvor lite det er forsket på nemndenes virksomhet og praksis. Det er forsket noe på kvinners erfaringer fra en helsefaglig og sosiologisk vinkling. Dette vil vi komme tilbake til under. Det er imidlertid forsket lite på nemndene som juridisk håndhevingsorgan.

Abortutvalget er bedt om å vurdere alternativer til dagens abortnemnder og har derfor skaffet informasjon om praksis og erfaring, organisering og forvaltning av regelverket i abortnemndene, samt opplæring og kvalitetssikring av nemndenes arbeid.

Da Abortutvalget startet sitt arbeid, hadde utvalget et svært begrenset grunnlag for å evaluere dagens abortnemnder med tanke på å identifisere behovet for endringer og alternativer. Abortutvalget har derfor valgt å gjennomføre egne undersøkelser av nemndenes virksomhet, hatt møter med kvinner som har møtt i primærnemnd, og i tillegg innhentet ekstern forskning om gravidens erfaringer med nemndsprosessen, som omtalt i kapittel 11.5.1. I det følgende presenteres resultater fra to undersøkelser som ble gjort av Abortutvalget. Deretter gjennomgås tidligere undersøkelser og forskning om nemndenes praksis.

11.4.1 Forløpet ved nemndsbehandlede aborter

Det varierer hvordan forløpet i nemndene foregår. Beskrivelsen under er en gjennomgang av typiske forløp ved nemndaborter sett fra kvinnens side.

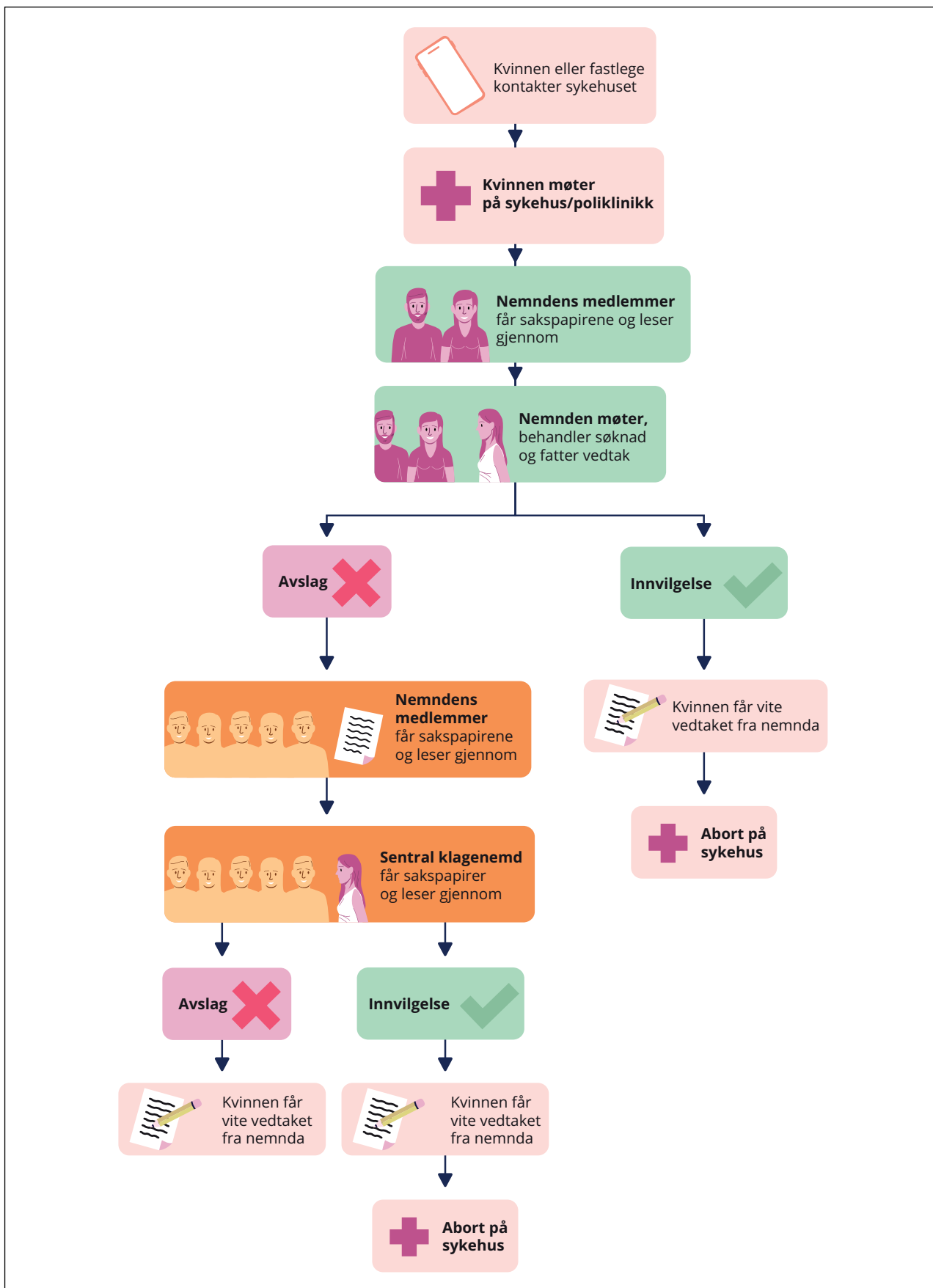
For kvinner som begjærer abort etter tolvte svangerskapsuke, skal begjæringen (søknaden) behandles av en nemnd som består av to leger, og nemnda skal fatte vedtak om innvilgelse eller avslag på søknaden. Sykehuset kvinnen møter på er som oftest hennes nærmeste sykehus med gynekologisk avdeling eller kvinneklinikk. Kvin-

nen kan kontakte sykehuset direkte eller hun kan kontakte sin fastlege eller annen lege. Skjema for begjæring om svangerskapsavbrudd fylles ut første gang kvinnen møter legen, enten fastlegen eller en lege på sykehuset (vedlegg 8). Kvinnen skriver under på at hun har fått informasjon, og at hun har fått tilbud om veiledning. For å vurdere svangerskapets lengde opplyser kvinnen om siste menstruasjons første dag, og i tillegg gjøres en ultralydundersøkelse. Kvinnen får i tillegg en del spørsmål som skal svares på, som både skal gi informasjon for å tilrettelegge forløp og behandling, og informasjon som registreres i melding til Abortregisteret. Kvinnen får informasjon om medisinske virkninger og forløp. Dersom kvinnen ønsker det, skal hun få veiledning.

Nemndsmøtet arrangeres oftest dagen etter eller i løpet av få dager. Dersom kvinnen har vært gjennom fosterdiagnostisk utredning, vil også nemndsmøtet kunne være samme dag som utredningen er ferdig, og man har fått svar på eventuelle prøver og undersøkelser. Før nemndsmøtet leser nemndas medlemmer gjennom sakspapirene. Når det har vært fosterutredning i forkant, får de opplysninger om resultater etter utredningen fra fostermedisinsk avdeling som del av sakspapirene. Når grunnlaget for begjæringen er kvinnens livssituasjon/sosiale forhold, vil kvinnen i noen tilfeller få tilbud om sosionomsamtale i forkant av nemnd. Da skriver sosionomen en sosialrapport som legges ved nemndspapirene, og leses av nemnda før nemndsmøtet.

Kvinnen kan velge å møte i nemndsmøtet, eller ikke. De fleste møter i nemndsmøtet. Hun kan ha med seg en partner eller pårørende dersom hun ønsker dette. Etter nemndsmøtet, som foregår som en samtale mellom kvinnen og nemnda, går kvinnen som regel ut, og nemnda snakker sammen og beslutter innvilgelse eller avslag. Kvinnen hentes inn fra gangen og får vite om søknaden er innvilget eller avslått. Ved innvilgelse får hun også informasjon om time til abort, som settes opp raskt etter nemndsbehandling. Noen ganger er det time samme dag, noen ganger dagen etter eller i løpet av kort tid.

Ved avslag får hun informasjon om at klage på avslaget automatisk sendes videre til Sentral klagenemnd for abortsaker. Sentral klagenemnd for abortsaker har møter ved Oslo universitetssykehus. Kvinnen blir kontaktet på telefon om tidspunkt for nemnd. Klagenemnda har nemndsmøte i løpet av noen dager etter at primærnemnda har fattet vedtak om avslag. Klagenemnda består av fem medlemmer hvorav en skal være jurist og minst en skal være lege. Klagenemnda skal ha



Figur 11.25 Abortforløpet ved nemndsbehandlede aborter

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS

høy sosialfaglig kompetanse. Det har vært vanlig at klagenemnda har bestått av en jurist, en sosionom og minst to leger, hvorav en av legene er spesialist i kvinnesykdommer og fødselshjelp. Det har også vært psykolog, psykiater, fostermedisiner og pediater blant medlemmer av klagenemnda. Kvinne kan velge å møte i klagenemnda eller ikke, og kan velge å ha med seg en partner eller pårørende. De fleste kvinner møter i klagenemnd. Noen ganger møter kvinnen digitalt, men som oftest møter hun fysisk i Oslo. Etter møtet får kvinnen time til abort på sykehuset. Dersom hun er fysisk til stede i Oslo, får hun time på Oslo universitetssykehus til abort, enten samme dag eller kort tid etter. Hun kan også velge at aborten skal skje på hennes lokale sykehus.

11.4.2 Abortutvalgets undersøkelse av praksis i nemndene – intervjuer

Abortutvalget har innhentet kunnskap om nemndenes praksis gjennom intervjuer med 24 medlemmer fra 21 av landets abortnemnder. Intervjuundersøkelsen er nærmere omtalt i vedlegg 2. Generelt mener nemndmedlemmene at de gjør en god jobb i abortnemndene, og at de har god innsikt i, kompetanse og kunnskap om regelverket.

I intervjuene ble nemndmedlemmene spurt om hva som er formålet med abortloven og abortnemndene. Nemndmedlemmene ga uttrykk for at en av deres viktigste oppgaver er å gi den abortsøkende støtte og informasjon om aborten, og flere ga uttrykk for at nemndas vedtak skal hvile på en beslutning som tas i fellesskap av abortnemnda og kvinnen. Kvinnens vurdering av situasjonen er derfor helt sentral for vedtaket. Flere nemndsmedlemmer viste samtidig til fosterets graderte rettsvern og at abortnemndene skal være «fosterets advokat». Det var imidlertid en utbredt oppfatning at hensynet til fosteret først og fremst skal vektlegges etter utgangen av 18. svangerskapsuke.

Mange av nemndmedlemmene ga uttrykk for at det er en viktig oppgave for nemndene å beskytte den gravide fra å bli tvunget eller presset til å ta abort. I intervjuene ble det vist til at noen abortsøkende opplevde at de var presset til å ta abort fra både partner, familie og helsetjenesten eller opplevde sterke forventninger om å ta abort fra andre. Flere nemndmedlemmer fortalte at de som regel bare fattet avslag før utgangen av 18. svangerskapsuke, dersom kvinnen «egentlig ikke ønsket abort».

Nemndmedlemmene ble spurt om hvilke rutiner og systemer nemndene har for opplæring,

kompetanse og kvalitetssikring. De fleste nemndene har ingen systematisk opplæring av nye medlemmer og varamedlemmer. I de fleste tilfeller skjer opplæringen ved at nye medlemmer leser lov, forskrift og Helsedirektoratets veileder til abortforskriften, eller den tidligere håndboka for abortnemndarbeid. Det er også vanlig å snakke med erfarne nemndmedlemmer. De fleste nemndmedlemmene fortalte også at de deltar på de årlige abortnemndkonferansene som blir arrangert av Helsedirektoratet. Basert på intervjuene fremstår det som relativt vanlig praksis at det ad hoc oppnevnes settemedlemmer til abortnemndene ved noen nemnder.

De fleste nemndene har ikke systemer for å sikre en enhetlig praksis eller kvalitet i nemndarbeidet. Ingen nemnder har søkbare saksbehandlings- eller arkivsystemer eller oversikt over tidligere praksis. Medlemmene bruker det de husker fra tidligere saker de selv har behandlet for å sikre en enhetlig praksis i nemnda. Noen refererer også til hva de har snakket med kollegaer om når det gjelder tidligere saker, og hva som har blitt sagt på abortnemndkonferansene. Det er ikke systemer for å sikre en enhetlig praksis på tvers av nemndene. Flere nemndmedlemmer ga uttrykk for at de ikke så behov for en oversikt over tidligere praksis for å avgjøre sakene. Samtidig ga flere uttrykk for at de ønsket at de fikk klagenemnda sin begrunnelse for vedtak når saker var behandlet der. Klagenemnda har over tid hatt praksis der de ikke sender tilbake begrunnelse for vedtaket til primærnemndene.

For å få en forståelse av nemndenes rettsanvendelse ble nemndmedlemmene spurt om rettskilder for lovtolkningen. Enkelte nemndmedlemmer peker på drøftelser og uttalelser i de årlige abortnemndkonferansene som kilder til tolkning av loven. Flere nevnte også at de rådfører seg med en kollega ved avdelingen på sykehuset, hvis de er usikre på hvordan loven skal forstås eller anvendes. Noen sa at de ringte til juristen i sentral klagenemnd. Ingen av de intervjuede nemndsmedlemmene nevner lovforarbeidene eller juridisk litteratur som mulige rettskilder.

Når det gjelder selve vedtaket opplyste mange, men ikke alle nemndmedlemmene at de bruker vedtaksmal fra Helsedirektoratet. De fleste nemndmedlemmene fortalte at de ikke begrunner vedtaket utover å henvise til bokstaven (i abortloven § 2 tredje ledd) som ligger til grunn for vedtaket. Vedtakene viser ikke til de konkrete forhold som er lagt til grunn for vedtaket. De fleste nemndene gir heller ikke den abortsøkende en skriftlig underretning om vedtaket eller begrunnelsen, utover at

hun får time for abort, dersom aborten innvilges. Dialog med den gravide skjer først og fremst muntlig.

På spørsmål om nemndmedlemmene opplever å ha nok kunnskap og kompetanse til å ivareta vervet svarer de fleste at de opplever seg kompetente, og at de har den kunnskapen og kompetansen som trengs til å utføre oppgaven.

Under intervjuene ble nemndmedlemmene også spurt om hvordan de konkret forstår og anvender abortloven. Generelt gir nemndmedlemmene uttrykk for at de har et vidt handlingsrom til å innvilge abort etter en totalvurdering av situasjonen. Flere nemndmedlemmer gir imidlertid uttrykk for at de forholder seg til noen uskrevene «kjøreregler» i avgjørelsen av sakene. Eksempler på uttalelser som går igjen er:

- «Før uke 18 skal det vesentlige grunner til for å nekte en kvinne abort.»
- «Før lå grensen for at kvinnens ønske skal være avgjørende på uke 16, men nå er den flyttet til 18.»
- «Vi avslår bare før uke 18 dersom kvinnen blir presset til abort.»
- «Det med tungtveiende vilkår etter uke 18 gjelder bare for saker der det søkes av sosiale grunner (B), eller avvik (C). For D- og E-sakene skal det innvilges frem til uke 21+6 uansett.»

Nemndmedlemmene fremstår generelt som ambivalente i sin rolle som beslutningstakere, og at de skal bestemme over kvinnen. Det er en rolle og oppgave som skiller seg fra deres rolle og oppgaver ellers i klinisk behandlingssituasjon og i møte med pasienter. I nemndrommet er også legene satt i en rolle de ikke er vant til. Dette kan føre til en omdefinering og fortolkning av oppgaven til noe de er mer kjent med. De vektlegger sterkt sin rolle som en som gir omsorg, har dialog med kvinnen og gir informasjon og støtte i møtet, og underkommuniserer samtidig «dommeraspektet» og rollen som lovhåndhever. Legens rolle ellers i møte med pasienten er å «lindre, trøste og gi behandling». Dette kan oppleves som å komme i konflikt med å avgjøre liv og død for et foster, og samtidig å bestemme over kvinnens fremtid.

Praktisering av vilkår om kvinnens liv og helse

Nemndene gir uttrykk for at de har få saker der det er søkt om abort etter § 2 andre ledd bokstav a om kvinnens helse, som gjelder somatisk sykdom hos kvinnen. Søknadene som gjelder kvinnens helse gjelder stort sett kvinnens psykiske helse.

Disse sakene blir ofte behandlet etter § 2 tredje ledd bokstav b fremfor bokstav a, eventuelt kumulerte vilkår, fordi psykiske lidelser ofte kan opptre samtidig som man har en vanskelig livssituasjon.

Praktisering av vilkår om sosial indikasjon

I intervjuene ga nemndmedlemmene en rekke eksempler på saker som har gitt grunnlag for innvilgelse av abort etter vilkåret om sosial indikasjon i abortloven § 2 tredje ledd bokstav b. Grunnlaget for søknad om abort på dette vilkåret er ofte knyttet til at den gravide er i en svært utfordrende familiesituasjon og relasjon til fosterets far og har manglende nettverk og manglende støtte fra omgivelsene. Abortsøknaden kan ha bakgrunn i rusproblemer, psykisk sykdom, vold og en utfordrende økonomisk situasjon med svak eller manglende tilknytning til arbeidsliv og sosioøkonomisk vanskelig situasjon. Noen av kvinnene har enten lav eller høy alder og en ustabil livssituasjon. Nemndmedlemmene uttrykker at det ofte er mange faktorer som spiller sammen samtidig med en totalt sett svært vanskelig livssituasjon for kvinnen. Nemndene uttrykker også at de mener kvinnene har svært gode grunner og uttrykker at de har stor forståelse for kvinnen. Nemndene gir også uttrykk for at det kan oppleves ubehagelig å spørre kvinnen om intime spørsmål for å avklare saken.

Nemndene gir uttrykk for at det også forekommer tilfeller som gjelder sosial kontroll, fordommer i familien eller nettverket, og fordomsfulle og nedsettende holdninger til personer med funksjonsnedsettelse (ableisme). Et eksempel er tilfelle der det er gitt tillatelse til abort når partner har annen etnisk bakgrunn enn den gravide, og dette ikke er akseptabelt for kvinnens foreldre eller hennes sosiale miljø. Noen nevner saker der abort har blitt innvilget på grunn av mindre alvorlige medisinske tilstander hos fosteret, der den gravide tilhører et miljø med sterke negative holdninger til personer med funksjonsnedsettelse. I slike saker legger nemndene ofte til grunn en samlet vurdering av sosiale forhold og fosterets medisinske tilstand, jf. abortloven § 2 annet ledd bokstav b og c.

Når det gjelder sosiale forhold, er det i stor grad kvinnens vurdering av egen situasjon som legges til grunn i nemndene. Det er uklart om nemndene gjør en objektiv vurdering av kvinnens situasjon. Det legges stor vekt på gestasjonsalder – om svangerskapet har kommet til før eller etter utgangen av 18. svangerskapsuke. Dette er også en målbar størrelse som er lett å forholde seg til for nemnda.

Praktisering av vilkår om medisinske tilstander hos fosteret

I intervjuene gir flere nemndmedlemmer uttrykk for at søknadene om abort etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav c er enklere å avgjøre enn andre søknader. I disse sakene vil søknaden ofte være godt belyst og dokumentert i forkant av nemndbehandlingen gjennom fostermedisinsk utredning i forkant av nemndbehandlingen.

Flere av nemndmedlemmene gir uttrykk for at en rekke former for fosteravvik som avdekkes gjennom ultralyd eller NIPT, er relevante i vurderingen av om vilkåret for abort på grunn av stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav c er oppfylt. Nemndene nevner spesifikt tilstander som manglende nyrer, hjerne- og hjertefeil, ryggmargsbrokk, Downs syndrom (trisomi 21), trisomi 18 og trisomi 13.

Når det gjelder trisomi 21, er dette en vanlig tilstand det søkes om abort for etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav c, og alle nemndene har derfor hatt disse sakene. Noen nemndmedlemmer gir uttrykk for at begjæringen om abort må avslås dersom det ikke er funnet annet enn trisomi 21,

og svangerskapets lengde er mer enn 18 uker. Dersom kvinnen samtidig er i en vanskelig sosial situasjon, kan begjæringen likevel innvilges. Det er også noen nemndmedlemmer som gir uttrykk for at de innvilger abort på grunn av trisomi 21 uavhengig av tidspunkt.

Flere av nemndmedlemmene gir også uttrykk for at mindre alvorlige tilstander som for eksempel dysmeli kan gi grunnlag for abort før utgangen av 18. svangerskapsuke i sammenheng med sosial indikasjon (se over). Intervjuene med nemndene avdekker både varierende praksis og varierende oppfatning av hva som skal til for å innvilge saker med medisinske tilstander hos fosteret.

Enkelte nemndmedlemmer nevner saker der abort er søkt om selv om det ikke er gjort funn i fostermedisinske undersøkelser, men der den gravide frykter skader eller funksjonsnedsettelse hos fosteret på grunn av inntak av alkohol, legemidler eller rusmidler under svangerskapet. Nemndene gir uttrykk for at innvilgelsen ofte hviler på en helsevurdering av kvinnens situasjon og der hvordan hun opplever sin situasjon er sentralt element i vurderingen.

Boks 11.1 Noen eksempler på avslag i nemnd

Basert på informasjon i intervjuene med nemndsmedlemmer fra primærnemndene, samtaler med medlemmer og tidligere medlemmer av sentral klagenemnd for abortsaker og beskrivelser i nemndkonferansene av saker, har utvalget beskrevet noen anonymiserte eksempler på begjæringer som er avslått i nemnd.

Alle er eksempel på saker før utgangen av 22. svangerskapsuke, med svangerskapslengde 16 uker eller mer, ved de fleste avslag er det 18. svangerskapsuke eller mer.

1. Par som ønsket avbrudd etter utgangen av 18. svangerskapsuke på grunn av et mindre (anatomisk) avvik hos foster. Begge er i jobb og har god økonomi.
2. Par som ønsker avbrudd etter utgangen av 18. svangerskapsuke på grunn av et mindre (anatomisk) avvik hos fosteret. De har bakgrunn fra et land der barn med funksjonsnedsettelse er mindre akseptert enn i Norge. De planlegger å returnere til landet de kommer fra og frykter fremtiden for seg og barnet.

3. Ung enslig kvinne i 20-årene, kjenner ikke barnefaren. Hun fester og ruser seg i helgene, har jobb og et nettverk/familie og viser tegn til lettere psykiske plager.
4. Voksen kvinne med god økonomi som ikke ønsker seg barn. Hun har fått jobb i utlandet. Hun har bestemt seg tidligere for at hun aldri vil ha barn, oppdager graviditet sent og er sikker på at hun vil ta abort. Hun har ikke relasjon til barnefaren og ønsker heller ikke det.
5. Ung kvinne, student, som har blitt gravid etter en one night-stand. Hun oppdager graviditeten svært sent grunnet uregelmessig menstruasjon. Hun har foreldre og nettverk og deltidsjobb.
6. Kvinne med minoritetsbakgrunn, ugift, i jobb, har nettverk/familie, har relasjon til barnefar, men tror ikke familien ville ha akseptert det om de visste om det. Hun er ikke utsatt for trusler eller vold, men frykter sosial utestengelse og for hvordan fremtiden blir. Hun oppdaget graviditeten sent.

Praktisering av vilkår om kriminelle forhold

Nemndmedlemmene har generelt svært få saker som vurderes etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav d. Det fremstår som at praksis er at nemndene legger kvinnens fremstilling til grunn og ikke ber om utdypende forklaring eller begrunnelse dersom det kommer frem at kvinnen har vært utsatt for straffbare forhold som gir grunnlag for innvilgelse. Noen nemnder spør rutinemessig om kvinnen har vært utsatt for vold eller overgrep. Flere spør rutinemessig også om relasjon til barnefar.

11.4.3 Abortutvalgets undersøkelse av praksis i nemndene – spørreundersøkelse

Våren 2023 gjennomførte Rambøll en spørreundersøkelse om nemndenes praksis på oppdrag fra Abortutvalget, se vedlegg 3. Undersøkelsen ble sendt på epost til alle medlemmer og varamedlemmer av landets abortnemnder, samt medlemmer og varamedlemmer i sentral klagenemnd (2022–2026) og i den forrige klagenemnda (2018–2022). 98 nemndsmedlemmer svarte helt eller delvis på spørreundersøkelsen. Dette utgjør 66 prosent av utvalget.

Undersøkelsens resultater må ses i sammenheng med resultater fra intervjuundersøkelsen som ble gjennomført av Abortutvalget som omtalt over.

De fleste nemndmedlemmene er gynekologer eller fastleger (ofte spesialister i allmennmedisin). Av alle som har svart (både medlemmer og varamedlemmer i primærnemnder og klagenemnd), er 44 prosent gynekologer (spesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp) og 29 prosent spesialister i allmennmedisin. 59 prosent er ansatt ved sykehus, og 25 prosent er fastleger. Antall saker som behandles av hver nemnd, er sterkt varierende, og relativt mange nemnder har få saker årlig til behandling. Over halvparten av de som har svart, behandler under ti saker per år.

Opplæring og kompetanse

Spørreundersøkelsen viser at de fleste (57 prosent) nye nemndsmedlemmer mottar noe opplæring når de oppnevnes som nemndsmedlem. Opplæringen skjer primært gjennom samtale med erfarne nemndsmedlemmer. Et mindretall av de som har mottatt opplæring, har mottatt skriftlig materiell, deltatt som observatør på nemndsmøter eller blitt kurset.

Når det gjelder kompetanseutvikling underveis i arbeidet som nemndmedlem, opplyser rundt halvparten av nemndmedlemmene at de deltar på de årlige abortnemndkonferansene. 78 prosent har sjelden eller aldri møter om nemndarbeidet utenom den årlige abortnemndkonferansen, der de diskuterer erfaringer og praksis. 90 prosent har ikke tilgjengelig noen oversikt over tidligere nemndspraksis for medlemmer og varamedlemmer.

Anvendelse av loven

I arbeidet med å tolke og anvende abortloven angir nemndmedlemmene abortforskriften, abortloven og veileder til abortforskriften som de viktigste rettskildene. De fleste kjenner til Helse direktoratets veileder til abortforskriften, og en del bruker denne i abortnemndarbeidet. Ved usikkerhet om hvordan regelverket skal tolkes, oppgir 40 prosent at de rådfører seg med en kollega med erfaring fra nemnd. Et lite mindretall ser hen til tidligere praksis eller andre skriftlige rettskilder. Medlemmer og varamedlemmer av klagenemnda oppgir at de har en form for skriftlig oversikt over tidligere praksis, som er tilgjengelig for medlemmer og varamedlemmer. Primærnemndene har ikke slike oversikter.

Når det gjelder den konkrete behandlingen av abortbegjæringene, blir nemndsmøtet som regel avholdt ved fysisk oppmøte, mellom en til tre dager etter at begjæringen er mottatt ved sykehuset. De fleste nemndmedlemmene bruker mellom 10–20 minutter på å forberede seg til møtet. Selve møtet tar som regel under 30 minutter og den etterfølgende vurderingen rundt ti minutter.

I saker der det søkes om abort på grunn av kvinnens livssituasjon, opplyses saken nesten utelukkende gjennom muntlig samtale med den gravide i nemndmøtet. Den gravides partner er ofte med på nemndsmøtet når det er saker som gjelder sykdom eller tilstander hos fosteret. I saker som gjelder sosiale forhold opplyser nemndene at kvinnen ofte kommer alene og sjelden med partner. Flere av nemndmedlemmer oppgir at de ønsker og tilrettelegger for at deler av samtalen gjøres med den gravide alene, for å avdekke eventuell tvang og press.

Underrettelse om vedtaket

Rundt halvparten av de som har besvart undersøkelsen (45 prosent), gir kun muntlig underretning om vedtaket til kvinnen. I de tilfellene der kvinnen mottar både muntlig og skriftlig underretning, er

underretningen som regel kortfattet med resultat og eventuelt henvisning til lovhjemmel, ikke konkret begrunnelse eller forklaring av lovregel.

Klagenemndas medlemmer og varamedlemmer svarer at de alltid gir skriftlig underretning med begrunnelse til kvinnen.

Rettsanvendelse

Ved spørsmål knyttet til rettsanvendelse opplyser de fleste nemndmedlemmene at en samlet vurdering av kvinnens livssituasjon og nemndas helhetsinntrykk ligger til grunn for vurderingen av om vilkåret i abortloven § 2 tredje ledd bokstav b anses for oppfylt. Få forhold kan utelukkes som irrelevante. Det samme gjelder abort på grunn av medisinske tilstander hos fosteret. Nemndmedlemmene understreker at det skal foreligge en alvorlig tilstand, og at innvilgelser må hvile på en konkret vurdering, ikke bare diagnose. Trisomier anses av de fleste som en alvorlig tilstand i lovens forstand. Flere nemndmedlemmer understreker at svangerskapslengde er et viktig element i vurderingen.

På spørsmål om hvordan man vanligvis dokumenterer kvinnens situasjon ved saker som gjelder sosiale årsaker, svarer 98 prosent at dette alltid eller ofte gjøres muntlig fra kvinnen i møtet. 29 prosent svarer at dette alltid eller ofte gjøres gjennom sosialrapport, og 41 prosent svarer at det alltid eller ofte gjøres gjennom opplysninger fra kvinnens pasientjournal.

Holdninger

De fleste nemndmedlemmene (72 prosent) svarer at de er helt eller delvis enig i at dagens abortlov fungerer bra. Ved spørsmål om grense for selvbestemmelse svarer imidlertid 41 prosent at de er helt enig eller delvis enig i at de er usikre på hvilken grense det bør være for selvbestemmelse i abortloven. Av de nemndsmedlemmene som svarer på spørsmål om abortgrense, svarer 34 prosent utgangen av 18. svangerskapsuke, 26 prosent utgangen av tolvte svangerskapsuke, 20 prosent utgangen av 16. svangerskapsuke og 10 prosent utgangen av 19. svangerskapsuke eller over. Resultatene i spørreundersøkelsen er i tråd med resultatene fra intervjuene som er gjort med nemndmedlemmene (kap. 11.4.1).

11.4.4 Offentlige tilsyn og undersøkelser av praksis i abortnemndene

St.meld. nr. 16 (1995–1996) Om erfaringer med lov om svangerskapsavbrudd mv ble lagt frem av Sosial- og helsedepartementet i 1996. Meldingen viser til undersøkelser av abortnemndenes praksis som ble gjennomført i forbindelse med St.meld. nr. 25 (1992–93) Om mennesker og bioteknologi. I tillegg ble det gjennomført ytterligere tilsyn og undersøkelser i forbindelse med meldingen om svangerskapsavbrudd. Tilsyn og undersøkelser er omtalt i stortingsmeldingen.

I 1989 gjennomgikk Helsedirektoratet nemndenes praksis knyttet til abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke til utgangen av 23. svangerskapsuke på grunn av medisinske tilstander hos fosteret (abortloven § 2 tredje ledd bokstav c). Gjennomgangen omfattet 68 aborter som ble gjennomført på grunn av medisinske tilstander hos fosteret fra sommeren 1988 til sommeren 1989. Ti av sakene gjaldt kromosomavvik, og åtte av disse trisomi 21. Hos de resterende forelå det svært alvorlige eller dødelige tilstander. På bakgrunn av utredningen foreslo arbeidsgruppen å forskriftsfeste grensen for levedyktighet ved utgangen av 22. svangerskapsuke (uke 21 + 6 dager). I tillegg foreslo arbeidsgruppen at det skulle innhentes second opinion i saker om medisinske tilstander hos fosteret, og ny nemndsstruktur på fem nemnder i saker om fosteravvik. Disse forslagene ble ikke fulgt opp.

Statens helsetilsyn gjennomførte et tilsyn med nemndbehandlede begjæringer om abort i perioden 1989–1993. I denne perioden varierte innvilgelsesprosenten fra 75 til 78 prosent, og avslagsprosenten mellom 17 til 20 prosent. Medisinske tilstander hos fosteret var grunnlag for søknad om abort i 30 til 35 prosent av sakene (abortloven § 2 tredje ledd bokstav c). På bakgrunn av gjennomgangen konkluderte Statens helsetilsyn med at nemndene benytter en bred medisinsk vurdering i saker om svangerskapsavbrudd på grunn av tilstander hos fosteret, at nemndenes praksis var i tråd med loven, og at gravide ble møtt med respekt.

I 1994 gjennomførte Statens helsetilsyn en systemrevisjon med seks av landets da 45 abortnemnder med tanke på nemndenes praksis for å sikre riktig diagnose og god veiledning til kvinnene ved medisinske tilstander hos fosteret. Revisjonen viste at nemndenes virksomhet var i tråd med lov og forskrift.

Kvinneklinikken ved Regionsykehuset i Trondheim gjennomførte i 1995 en undersøkelse

av nemndenes avslag ved søknader om abort på grunn av vanskelig livssituasjon (abortloven § 2 tredje ledd bokstav b) i perioden 1998–1994. Resultater fra undersøkelsen om avslag på sosial indikasjon viste at de vanligste sosiale problemstillingene var knyttet til barnefar, konfliktfyllt, uavklart eller manglende forhold til barnefar, ung alder, utdanning (manglende eller under utdanning), manglende nettverk, barnevernssak, enslig mor med flere barn, vanskelige sosiale forhold, vanskelige økonomiske forhold og rus.

25 prosent av søknadene om abort på grunn av vanskelig livssituasjon ble avslått i perioden 1988–1994 ved Regionsykehuset i Trondheim. Av sakene som gikk videre til klagenemnda, ble 82,4 prosent avslått. Begrunnelse for avslag var «i hovedsak begrunnet med at nemnda vurderte at *tidsgrensen* for svangerskapets lengde for å kunne innvilge begjæring om svangerskapsavbrudd på sosial indikasjon, var overskredet, jf. abortloven § 2, sjette ledd». Nemndene fortolket loven slik at mange av de sosiale sakene ikke oppfylte lovens krav til «tungtveiende grunner» etter utgangen av 18. svangerskapsuke. Videre viste undersøkelsen at kvinner som uttrykte tvil i samtale med nemnda, konsekvent fikk avslag på sin begjæring, til tross for at andre kriterier var oppfylt. Gjennomsnittlig svangerskapslengde på de som fikk avslag var 18,1 uker. Av de som fikk avslag, var alle ugift/enslige, unntatt to, som var samboere. Gjennomsnittsalder var 21 år. I de fleste sakene var det relativt omfattende og sammensatte sosiale problemstillinger som kvinnen la til grunn for begjæringen. Undersøkelsen viser imidlertid at nemndene utøvet en streng praksis med henhold til begjæringer på sosialt grunnlag.

11.4.5 Tilsyn med abortnemndene i 2004

I 2004 gjennomførte Statens helsetilsyn landsdekkende tilsyn med abortnemndenes sammensetning og behandlinger av abortsøknader i 2003. Bakgrunnen for tilsynet var påviste geografiske forskjeller i nemndvedtak i tidligere undersøkelser. Uensartede nemndvurderinger hadde også kommet til uttrykk på de årlige nasjonale konferansene for abortnemndenes medlemmer. Det var reist spørsmål om abortsøkendes rettssikkerhet på bakgrunn av dette.

I tilsynsrapporten konkluderer Statens helsetilsyn med at det ikke er avdekket 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 mente på denne bakgrunn at dagens nemndordning ikke utelukker at innslag av ikke etterprøvbare, subjektive faktorer, som kan gjøre nemndvedtak uforutsigbare.

11.4.6 Rapport fra uavhengig ekspertgruppe i 2013

Helse- og omsorgsdepartementet ga våren 2012 Helsedirektoratet i oppdrag å nedsette en uavhengig faglig ekspertgruppe som skulle gjennomgå regelverket og praksis knyttet til senaborter. Ekspertgruppen avga rapport 8. april 2013 (Helsedirektoratet, 2013). Som grunnlag for vurderinger og anbefalinger gjennomgikk ekspertgruppen blant annet statistikk, et utvalg protokoller (vedtak) fra nemndene, tilsynssaker og hadde møter med nemndsmedlemmer.

Rapporten pekte blant annet på at det er vanskelig for abortnemndene å gjøre en individuell vurdering av når det enkelte foster vil være levedyktig, og avgjøre hva som er den øvre grensen for å innvilge abort i det enkelte tilfellet. Flertallet foreslo derfor at det bør gå frem av abortforskriften at levedyktighet uansett inntreer når fosteret er 22. fullgåtte svangerskapsuker (22 uker + 0 dager). Et medlem foreslo at grensen skal gå ved utgangen av 21. svangerskapsuke.

Ekspertgruppen vurderte også saksbehandlingen i primærnemndene. Det ble avdekket varierende kvalitet på saksbehandlingen og i noen tilfelle lovstridig praksis. Ekspertgruppen pekte blant annet på at enkelte sykehus ikke har oppnevnt medlemmer og faste varamedlemmer i primærnemnd, og at bruk av vararepresentanter var omfattende. Ekspertgruppen anbefalte videre at antall primærnemnder reduseres, at det vurderes å gi kvinner som søker abort sent, tilbud om samtale med sosionom, at klagenemnda skal kunne tre sammen på kort varsel og flere tiltak knyttet til å få mer systematiske data og grundige analyser av praksis i nemndene for å heve kvalitet og sikre kvinnens rettigheter (Helsedirektoratet, 2013). Etter at ekspertgruppen hadde kommet med sine anbefalinger ble antall nemnder redusert og det ble gjort endring i abortforskriften. Abortforskriften § 18 slo da fast at «Dersom det ikke er særlige forhold ved fosteret som tilsier noe annet skal et foster antas å være levedyktig etter 22. svangerskapsuke (21 uker og 6 dager)».

11.4.7 Sentral klagenemnds vurderinger av praksis i primærnemndene

Sentral klagenemnd for abortsaker utarbeider en årsrapport om sin virksomhet. I årsrapporten inngår, foruten statistikk over saker i klagenemnda, kortfattede kommentarer til saksbehandlingen i primærnemndene. I denne sammenheng er det imidlertid viktig å minne om at sentral klagenemnd for abortsaker kun får innsyn i et lite mindretall av saker som behandles i primærnemnd, fordi det kun er avslagene som oversendes klagenemnda for behandling. I 2022 ble 25 saker avslått i primærnemnd. 18 av disse ble behandlet i 1 klagenemnd. 7 saker ble trukket/ikke behandlet. I årsrapport for 2022 viser klagenemnda til at de fleste omgjøringer skjer som følge av at det kommer frem nye opplysninger om sosiale forhold i klagerunden. I årsrapporten trekker klagenemnda frem at

- Praksis for å innhente sosialrapport varierer mellom primærnemndene. Klagenemnda gjør oppmerksom på at en slik sosialrapport ofte styrker kvinnens begrunnelse for abort.
- Primærnemndene ikke alltid dokumenterer begrunnelsen som ligger til grunn for deres vedtak. Dette gjør det vanskeligere for klageorganet å vurdere saken.
- En del kvinner opplever at primærnemndene har gjort seg opp en mening og skrevet et vedtak allerede før nemndmøtet. I tillegg til at dette kan oppleves krenkende for kvinnene, mener klagenemnda at dette kan tyde på at primærnemndene ikke i tilstrekkelig grad vektlegger hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon, jf. abortloven § 2 tredje ledd andre setning.

11.5 Kvinners erfaringer med nemnd

11.5.1 Forskningsrapport om kvinners erfaringer med abortnemnder

For å sikre et godt grunnlag for å vurdere alternativer til dagens abortnemnder har Abortutvalget innhentet ny forskning om kvinners erfaringer med abortnemnder. Utvalget utlyste et forskningsoppdrag på senhøsten 2022 om temaet kvinners erfaring med nemnd. Forskningsrapporten «Kvinnens erfaringer med abortnemnder» er utarbeidet av forskere ved Universitetet i Bergen, og ble overlevert Abortutvalget i juni 2023, se vedlegg 1 (Haaland et. al. 2023).

Studien undersøkte kvinnenes helhetlige prosess med å søke andretrimesterabort innen ram-

me av et abortnemnds system, opplevelser knyttet til selve møtet med nemnda og kvinnenes erfaringer knyttet til nemndenes myndighet til å fatte beslutning om deres liv, samtidig som de skal ivareta kvinnenes rett til informasjon og veiledning.

Studien viste at tiden før selve nemndsmøtet ble preget av varierende forkunnskaper, og ulik og mangelfull informasjon til kvinnene om plikter og rettigheter ved nemndsbehandling. Muligheten for å få avslag preget kvinnene i forkant av nemndsmøtet og gjorde kvinnenes beslutningsprosess vanskeligere. Videre viste studien at abortnemndene var organisert svært ulikt fra sykehus til sykehus.

Noen kvinner opplevde nemndsmøtet som både belastende og meningsløst. Metaforer som «eksamen» eller «avhør» ble brukt til å beskrive møtet med nemnda. Kvinner som hadde søkt om å få avslutte et ønsket svangerskap på grunn av medisinske tilstander hos fosteret, var frustrert over at partner ikke hadde plass som part i nemndsystemet. Andre kvinner opplevde at nemnda ga råd og støtte utover det å avklare om aborten oppfylte lovens kriterier, og opplevde møtet med nemnda som en støtte.

Tidsaspektet formet kvinnenes opplevelser med nemndsbehandling. For noen var det å vente på nemnda en belastning. For andre gjorde lovens grenser for abort at vanskelige avgjørelser måtte tas på kort tid. Kvinnene hadde et stort behov for støtte og oppfølging etter senabort, og i dag er det ikke noe system som sikrer dette.

Abortnemndene utgjør bare en del av et større system som aktiveres når en kvinne søker en andretrimesterabort. Kvinnenes erfaringer med abortnemnds systemet preges av skjevheten i makt mellom dem selv og nemnda. Denne skjevheten begrenser rommet for tvil og muligheten for en god og opplysende dialog. Noen kvinner opplevde at møtet med nemnda ga dem større kontroll over egen situasjon. Slik det fungerer i dag, favoriserer nemnds systemet ressurssterke kvinner og kan bidra til å ytterligere marginalisere sårbare kvinner.

Uklarhet og ulik praksis knyttet til abortnemndas oppgave utover det å fatte et vedtak om andretrimesterabort, skaper risiko for at viktig informasjon ikke formidles. Dette svekker kvinners rett til å ikke delta i nemndsmøtet, samt hennes mulighet til å handle på bakgrunn av riktig informasjon. Dagens system tar i liten grad høyde for at de fleste andretrimesteraborter er avbrudd av ønskede svangerskap. For kvinner som opplever dette, virker abortnemnds systemet fremmedgjørende og lite forståelsesfullt. Dette kan gjøre den

vanskelige tiden etter en gjennomført abort ekstra krevende.

Dagens helsesystem sikrer ikke god oppfølging til kvinnene som gjennomgår en andretrimesterabort. Tiden etter en gjennomført abortfødsel er den mest sårbare for kvinnene som har vært gjennom abortnemndssystemet. Det er grunn til å stille spørsmål om ressursbruken knyttet til nemndsmøtene, i kontrast til få ressurser til oppfølgingstjenester.

11.5.2 Studier om kvinners erfaring med nemnd i Norge

Det er tidligere gjort noen få studier i Norge om kvinners erfaringer med abortnemnd. To doktoravhandlinger undersøker erfaringene med abortnemnd til kvinner som har søkt om abort på grunn av medisinske tilstander ved fosteret (Risøy, 2009; Sommerseth, 2010). En masteroppgave undersøker erfaringene med nemnd både for kvinner som har søkt abort på grunn av vanskelig livssituasjon, og kvinner som har søkt om abort på grunn av medisinske tilstander ved fosteret (Solli, 2021).

Forskningen viser stor variasjon i hvordan kvinner opplevde nemndsbehandlingen. Noen abortsøkende opplevde møtene med abortnemnda som en kamp, og følte seg som en forbryter. Flere opplevde redsel, uro og nervøsitet i forkant av nemndsmøtet. Kvinnene fikk begrenset informasjon om nemndsmøtet og nemndas oppgave og rolle i forkant av møtet. En del kvinner som møtte i abortnemnd etter å ha fått påvist medisinske tilstander hos fosteret, opplevde møtet med abortnemnda som et angrep på deres integritet, og at prosessen diskvalifiserte deres egen beslutning om abort (Risøy, 2009; Sommerseth, 2010). Nemndene ble sett på som fosterets advokat og ikke en samtalepartner (Sommerseth & Sundby, 2007).

Andre opplevde støtte fra nemnda, og at nemnda bidro til å gjøre avgjørelsen om abort moralsk legitim (Risøy, 2009).

Ikke bare møtet i nemnda, men hele situasjonen ble opplevd som problematisk av mange kvinner. Abortnemndene skal beslutte i et spørsmål som er svært personlig. Kvinnene opplevde det som krenkende å bli umyndiggjort. Opplevelsen var uavhengig av hvordan hun ble tatt imot og behandlet i selve nemndsmøtet. Under møtet var kvinnene bevisst at nemndas funksjon og myndighet er å innvilge eller avslå abort. Nemndssystemet åpner i liten grad for eventuell ambivalens hos kvinnen (Solli, 2021).

Flere kvinner ble fortalt at nemndsprosessen og nemndsmøtet er en ren formalitet. Dette gjaldt særlig saker der abortsøknaden er begrunnet i medisinske tilstander hos fosteret. Kvinnene ble fortalt at det er en formalitet, men at det samtidig var noe de «måtte gjennom». Mange kvinner oppfattet at det var obligatorisk å møte. Kvinnene opplevde det som opprørende å måtte delta i en prosess uten reell betydning eller verdi. Nemndene ble forstått som utøvere av et «normativt grunnlagsarbeid» på vegne av samfunnet, ifølge Risøy (Risøy, 2009) ved at: «Nemnda blir garantisten for moraliteten i avgjørelsen gjennom at den forsikrer seg om at det finnes et moralsk ansvarlig subjekt som har tatt en autonom avgjørelse. Når nemndsbehandlingen blir en slik garanti, stempler den ikke abortene, men kvinnen, som godkjent.»

I kvinnes beskrivelse av møtet med abortnemnden er det flere eksempler på at kvinner opplevde at de var nødt til å «brette ut» livet, utdype og fortelle om traumer, vonde opplevelser og vanskelige relasjoner. Flere kvinner oppfattet at spørsmålene fra nemnda forsøkte å avdekke om de var sikre på valget.

Kapittel 12

Informasjon og veiledning

12.1 Offentlige nettsider om abort

Informasjon på nett er en viktig kilde til informasjon for norske borgere. Dette gjelder både i helse spørsmål og andre spørsmål av interesse for borgerne. Informasjon på nett kan derfor også være en viktig kilde til informasjon for personer som ønsker informasjon om abort generelt, ønsker å be om eller søke om abort, eller trenger informasjon om abortprosessen, inngrepet, metoder eller opplevelsen.

Helsenorge.no er den offentlige nettsiden for innbyggere i Norge med helseinformasjon. Nettsiden driftes av Norsk Helsennett, som er ansvarlig for den tekniske utformingen. Innholdet er levert av ulike aktører i helsesektoren. Det faglige innholdet til sidene om abort er levert av Helsedirektoratet. Sidene om abort gir kortfattet og grunnleggende informasjon om abortmetoder før og etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, informasjon om hvordan gravide kan søke om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke og informasjon om hvilke offentlige og private instanser som tilbyr bistand og veiledning.

Nettsiden ung.no er Norges største offentlige digitale spørsmål- og svartjeneste som er rettet mot ungdom. Nettsiden driftes av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Ung.no er det offentliges primære informasjonskanal for ungdom i alderen 13-20 år. Tjenesten har som oppgave å gi ungdom informasjon om rettigheter, muligheter og plikter gjennom redaksjonelt innhold på nettsiden, informasjon på sosiale medier og gjennom spørsmål- og svartjenesten. I 2022 mottok ung.no 109 000 spørsmål via nettsiden. I perioden 2019 til mars 2023 mottok ung.no 13 100 spørsmål om graviditet og 1.400 spørsmål inneholdt ordet abort (vedlegg 7).

12.2 Informasjon og veiledning til kvinner som søker om abort

Informasjon er en nødvendig forutsetning for både å kunne utøve medvirkningsretten og for å kunne gi gyldig samtykke til helsehjelp. Pasienter som skal få helsehjelp, har rett til tilpasset informasjon, og skal involveres i tråd med reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Det er også krav i abortloven og forskriften om at helsetjenesten/legen eller abortnemnda skal gi informasjon om inngrepets art og medisinske konsekvenser (se kap. 10.6.2).

Helsepersonell som yter helsehjelp, har plikt til å gi informasjon, jf. helsepersonelloven § 10 første ledd. Plikten gjelder både for eksempel en lege som utfører en operasjon, eller en sykepleier som gir pleie. Det helsepersonell som er i kontakt med pasienten, har også en alminnelig plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål, blant annet besvare spørsmål innenfor sitt kompetanseområde og henvise videre til annet kompetent helsepersonell ved behov.

I Helsedirektoratets rapport til Abortutvalget (se vedlegg 4) konkluderes det med at det er noen forbedringsområder i helsetjenesten som særlig gjelder informasjon til kvinner om hva de kan forvente i gjennomføring av en abort, veiledning og støtte og oppfølging etter abort. Flere studier som har sett på kvinners erfaring viser at kvinner mangler kunnskap om hva aborten innebærer (Bauer, 2019; Haaland et al., 2023; Risøy, 2009).

12.2.1 Veiledning

Kvinner som vurderer eller skal ta abort skal tilbys informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne, jf. abortloven §§ 2 og 5 og abortforskriften § 2, se kap. 10.6.2. Informasjon og veiledning skal gis på en objektiv måte og uten at legen/nemnda gir uttrykk for sine personlige vurderinger, jf. abortforskriften § 2. Abortloven og abortforskriften bygger på et skille mellom informasjon og veiledning. Informasjon er opplysnin-

ger knyttet til selve inngrepet, mens veiledning er knyttet til selve abortvalgsituasjonen.

I veileder til abortforskriften (Helsedirektoratet, 2019) utdypes hva veiledningen er og hvordan den skal gis dersom kvinnen ønsker veiledning

... skal dette gis på en slik måte og ha et slikt innhold at det kan hjelpe kvinnen til å ta en beslutning med utgangspunkt i hennes konkrete situasjon og hennes eget verdigrunnlag og livssyn. Informasjonen og veiledningen bør gjennomføres på en objektiv, nøytral måte, med respekt for at ansvaret for beslutningen om svangerskapsavbrudd er kvinnens.

Den enkelte helsearbeiders egne individuelle vurderinger kan ikke ha innvirkning på hvorvidt en pasient skal få informasjon og veiledning.

Nemndene skal primært ivareta beslutningsrollen, herunder plikten til å opplyse saken. Helsetjenesten skal primært ivareta tilbudet om veiledning før og etter en abort, mens sykehuset gjør dette i forbindelse med selve aborten.

Helseveiledning og samtaler med pasienter og brukere i helsetjenesten er en integrert del av arbeidet som gjøres av helsepersonell som møter pasienter og brukere. Ferdigheter og kunnskap om kommunikasjon og veiledning er sentralt for at helsepersonell skal kunne yte god helsehjelp, og er også en del av helsefagutdanningene. Selv om stadig flere kvinner tar direkte kontakt med sykehuset for begjæring om abort, er fastleger, helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten den første instansen noen kvinner kontakter i et abortforløp. Fastleger, helsesykepleiere og jordmødre som jobber med seksuell og reproduktiv helse, har kompetanse på veiledning av kvinner som står i en abortvalgsituasjon. For noen, kanskje særlig de yngste, er det gjennom denne veiledningen at valget blir klart og beslutningen tas.

Å kunne drøfte abortvalget med helsepersonell som også kan tilby oppfølging i etterkant vil for noen være verdifullt. Sykehusene har kompetanse, erfaring og mulighet for et tilpasset aborttilbud med tanke på om kvinnen skal møte sykepleier, jordmor eller lege. På poliklinikken møter kvinnene personell med erfaring og kompetanse i å møte kvinner i denne situasjonen. Veiledning i forbindelse med utredning for arvelige sykdommer og tilstander (genetisk utredning) gjøres av genetiske veiledere og legespesialister i medisinsk genetikk.

Helsepersonell på sykehus uttrykker at det krever en særskilt kompetanse for å veilede og

samtale med kvinner som vurderer abort. Særlig utfordrende kan det oppleves når kvinner er ambivalente i valget om abort. Helsepersonell opplever å ha ansvar for å avdekke og håndtere en eventuell ambivalens når kvinner kom til sykehuset for å forberedes til abort. De beskriver konsultasjonene som en krevende balansegang preget av tidspress og utilstrekkelig kompetanse i etisk utfordrende samtaler (Kjelsvik et al., 2019).

Helsepersonell må balansere mange hensyn i møte med abortsøkende kvinner. De skal være støttende, omsorgsfulle og møte kvinnen med empati. På den annen side skal de ikke gi uttrykk for sine «personlige vurderinger», og veiledning skal gis på en «objektiv måte» (jf. abortforskriften § 2). Hvis kvinnen er usikker på valget, skal ikke helsepersonell komme med råd til kvinnen om hvilket valg hun skal ta. I mange andre sammenhenger vil helsepersonell sin rolle nettopp være å gi et råd om behandlingsvalg. Valgsituasjonen kvinner er i hvis de er ambivalente, avviker fra en mer vanlig pasient- og behandlersituasjon der helsepersonell vurderer hva som er behandlingsoalternativ, og kommer med en klar anbefaling eller et tilbud om behandling.

Timene på poliklinikk for abort er satt opp med begrenset tid til samtale utover anamnese og informasjon om aborten. Helsedirektoratet skriver i sin rapport til Abortutvalget at dersom kvinnen er usikker på valget, er det ulikt hva som tilbys av informasjon om veiledningstilbud. Flere sykehus tilbyr samtale med sosionom dersom kvinnen er usikker eller har behov for ytterligere samtaler eller veiledning. Noen gir informasjon om Amatheas sitt tilbud. Andre tilbyr samtaler poliklinisk. Rutiner for håndtering av veiledning er ulikt.

I Abortutvalgets undersøkelse av nemndenes praksis gir også nemndsmedlemmene uttrykk for at det kan være utfordrende å møte kvinnen med en lyttende og åpen holdning, uten å gi uttrykk for egne personlige vurderinger gjennom ord, holdning og tonefall. Flere henviser til Amatheas hvis kvinnen ønsker veiledning fordi nemndsmedlemmene vet at helsepersonell ansatt i Amatheas, har særlig kompetanse i å snakke med kvinner i en situasjon der de vurderer abort, skal ta abort eller har tatt abort.

I rapporteringen fra helsetjenesten til Abortregisteret skal det registreres at det er gitt informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger til kvinnen etter abortloven § 5, at det er gitt informasjon om at hun kan få veiledning dersom hun ønsker dette. Hvor komplett denne rapporte-

ringen er, er usikkert. Det registreres ikke hvor mange som ønsker og får veiledning før valget.

12.2.2 Informasjon om bistanden samfunnet kan tilby

Helsetjenesten skal informere den gravide om den bistand samfunnet kan tilby kvinner som velger å fullføre svangerskapet, dersom kvinnen ønsker dette, se kap. 10.6.2. I veileder til abortforskriften står det at det skal foreligge rutiner for informasjon om oppfølging og rådgiving utover den rådgivningen som sykehuset selv kan tilby. Aktuelle instanser som nevnes, er primærlege, medisinsk genetisk veiledning, sosialkontor, familievernkontor og helsestasjon. Når det gjelder medisinsk genetisk veiledning, gis dette i spesialisthelsetjenesten. Når det er mistanke om alvorlig arvelig sykdom, blir den gravide henvist til sykehus ved medisinsk genetisk avdeling. Øvrige instanser som er nevnt, er i de kommunale tjenestene.

I dialogen med Abortutvalget har flere pasient- og brukerorganisasjoner uttrykt at mange gravide der fosteret har en medisinsk tilstand, får mangelfull informasjon om velferdsordninger og at informasjonen kommer for sent. Organisasjonene forteller også om gode eksempler der sosionomtjenesten ved sykehuset jobber tett på kliniske avdelinger, og det er godt samarbeid mellom kompetansetjenester og sykehusavdelinger for å bidra til at den gravide og eventuell partner får informasjon.¹

Foreningen for hjertesyke barn og Fosterkardiologisk samarbeidsgruppe peker på at gravide/par som får beskjed om at fosteret har en medisinsk tilstand, kan oppleve situasjonen som en akutt livskrise. På toppen må det tas en krevende beslutning om å fortsette svangerskapet eller begjære abort. Situasjonen stiller store krav til samhandling mellom helsepersonell og gravide/par og til informasjonen og refleksjonsstøtte som gis. Foreningen viser til at både deres brukererfaringer og forskningsbasert kunnskap tilsier at det er behov for mer strukturert veiledning, støtte og oppfølging gjennom hele prosessen, fra den medisinske tilstanden avdekkes, gjennom resten av svangerskapet tiden etter fødsel eller gjennomført svangerskapsavbrudd. Deres medlemmer opplever et stort behov for styrking og kvalitetssikring

av oppfølgingen i disse prosessene, og dette støttes av fagmiljøene ved de fostermedisinske avdelingene.

Pasient- og brukerorganisasjonene mener lovverket bør gi rett til informasjon, og pålegge tjenestene en plikt til å gi informasjon og oppfølging. Organisasjonene peker på et behov for økte ressurser, og understreker også viktigheten av at pasient- og brukerorganisasjonene medvirker i utviklingen av politikk og tiltak. I brev til Abortutvalget skriver Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforeningen følgende:

Mange av RH-foreningens medlemmer erfarte da de ventet et barn med ryggmargsbrokk at informasjonen de mottok fra helsepersonell om diagnosen var unyansert, begrenset og mangelfull. Ikke sjelden hører vi at det er stor forskjell på informasjonen de har fått på sykehuset og den de får når de leser foreningens informasjonsmateriell eller får snakke med noen som selv har diagnosen(e).

Vi viser til den gode innledningen i NOU 2023: 13 På høy tid, kapittel 6 om foreldre som venter funksjonshindrede barn:

Utvalgets visjon er at mennesker skal møtes med respekt akkurat der de er, og at mennesker i de situasjonene vi har diskutert i dette kapitlet, skal kunne ta reelle og velinformerte valg i et samfunn der alle som har funksjonshindrede barn eller selv er funksjonshindret, får oppleve full aksept og støtte i samfunnet.

12.2.3 Organisasjoner som gir råd og veiledning

Hvis kvinnen ønsker ytterligere veiledning og samtaler i forbindelse med abort, utover det tilbudet hun får på sykehuset eller i kommunen, kan hun ta kontakt med organisasjoner som tilbyr samtaler, råd og veiledning for abortsøkende, enten gjennom fysiske møter eller digitale tjenester.

Amathea

Amathea er en stiftelse som tilbyr gratis tjenester for alle som ønsker å snakke med noen før eller etter en abort. Tjenesten er rettet både mot kvinner og partner. Tilbakemelding fra sykehusene viser at mange har som prosedyre å informere om tilbudet til kvinner som ønsker samtale og veiledning. Amathea har siden 2003 vært et lavterskeltilbud som er spesialisert innen veiledning av kvin-

¹ Henvendelser til Abortutvalget fra Foreningen for hjertesyke barn og Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforeningen (RH-foreningen) i brev av juni 2023 og 14.09.23, samt møte med Foreningen for hjertesyke barn

ner, par og partnere om abort. Hovedtyngden av deres konsultasjoner er telefonkonsultasjoner.

Stiftelsen er i hovedsak finansiert med tilskuddsmidler fra det offentlige. Tilskuddsordningene til seksuell helse og Amatheia ble gjennomgått i 2020. Sintef gjorde på oppdrag fra Helsedirektoratet en evaluering av tilskuddsordningen til Amatheia (Lippestad & Halvorsen, 2021). De skriver blant annet:

«En styrking av helsesykepleiertjenesten og helsestasjon for ungdom (HFU), kombinert med en målsetting om at flest mulig tilbud skal dekkes lokalt, har ført til at flere av de utfordringene de yngste brukerne opplever, håndteres lokalt. HFU-ene har en lovfestet aldersgrense på 20 år, men mange kommuner har økt denne til 23 år, noen til 25 år. Vår analyse viser at andelen brukere av Amatheia 25 år + har økt. Denne gruppen faller utenfor blant annet HFU-ordningen, og henvises til fastlege, studenthelsetjenesten eller privatpraktiserende gynekologer, foruten Amatheia. De yngste oppsøker med andre ord andre tilbud enn Amatheia, en trend vi har sett over tid».

Sintef konkluderte:

«Etter vår vurdering har Stiftelsen sin kjernekompetanse i veiledning av gravide og par i en valgsituasjon, og gir et tydelig bidrag på individnivå – her er Amatheia et supplement til annen helsetjeneste. Stiftelsen er imidlertid for liten til at virksomhetens forebyggende arbeid gir utslag i nasjonale tall for reduksjon i antall uønskede svangerskap og aborter, og i reduksjon i smitte av seksuelt overførbare infeksjoner».

Blant annet som følge av denne evalueringen er tilskuddet til Amatheia kraftig redusert de siste årene. Dette har igjen ført til at Amatheia har redusert sin virksomhet, og i dag har fire kontor. Det er dermed kun den digitale delen av tjenesten som kan sies å være et landsdekkende tilbud.

Sex og samfunn

Sex og samfunn er en ideell stiftelse med formål å arbeide for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Det er et senter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter som driver klinisk, undervisnings- og formidlingsarbeid. Den kliniske delen av arbeidet inkluderer klinikk for seksuell helse.

De hadde i overkant av 24 000 besøkende i 2022, hvorav ca. halvparten var konsultasjoner, den andre halvparten selvtester. De har også en chat-tjeneste. Abort var i liten grad et tema i deres chat-tjeneste (Sex og Samfunn, 2023).

74 prosent av brukerne var bosatt i Oslo. I likhet med Amatheia er det i hovedsak det digitale tilbudet som kan sies å være landsdekkende. Sex og Samfunn tilbyr, i likhet med flere helsestasjoner for ungdom, undervisning og besøk på helsestasjonen for ungdom for ungdomsskoleelever, og bidrar med kunnskapsutvikling sammen med organisasjoner og lokale helsestasjoner for ungdom.

Stiftelsen finansieres i hovedsak av midler fra Oslo kommune, Helsedirektoratet og Justisdepartementet samt egne inntekter.

Pasient- og brukerorganisasjoner

Pasient- og brukerorganisasjonene er interesseorganisasjoner som arbeider for samfunnsmessig likestilling og deltakelse for personer med sykdom og/eller funksjonsnedsettelse og deres pårørende og familier. Organisasjonene er ofte landsdekkende og bygd opp rundt individuelle medlemskap. De driver utstrakt informasjons- og veiledningsaktivitet, likepersonsarbeid og samarbeider ofte med helsetjenesten. Noen kvinner som vurderer abort, vil ønske å få informasjon gjennom å kontakte en pasient- og brukerorganisasjon i tillegg til den informasjonen og veiledningen hun får i helsetjenesten. Det finnes også pasient- og brukerorganisasjoner for foreldre som har mistet et spedbarn, eller ved fosterdød. For noen kvinner som tar abort etter fosterdiagnostikk og alvorlige tilstander, vil opplevelsen ha likheter med de følelsesmessige belastninger og livskrisen som foreldre som mister et spedbarn opplever. Disse organisasjonene har også erfaring med at noen kvinner som har tatt provosert abort, tar kontakt med dem i etterkant for informasjon, veiledning og psykososial støtte.

12.2.4 Kvinners erfaring med informasjon, råd og veiledning ved abort

De fleste kvinner som tar abort, er fornøyde med forløpet og ivaretagelsen i tjenesten, jf. Helsedirektoratets rapport til Abortutvalget, vedlegg 4. Flere studier belyser imidlertid behov for bedre informasjon og veiledning og understreker viktighet av at helsepersonell gir tilstrekkelig informasjon, for at kvinner skal være godt forberedt på

prosessen, og redusere risiko for uventede reaksjoner og hendelser.

I norske studier og undersøkelser der kvinner som har tatt abort er informanter, kommer det frem at kvinner har varierende forkunnskaper om abort, og varierende erfaringer med informasjon, veiledning og råd. Mange av kvinnene har ikke fått informasjon om inngrepet og hva de skal gjennom (Solli, 2021). For noen av dem som gjennomgår abort sent i svangerskapet, kommer det som et sjokk at de skal gjennom en fødsel. Flere er også uforberedt på smerter (Bauer, 2019; Busch, 2023; Solli, 2021; Sommerseth, 2010).

Dette er i samsvar med informasjonen Abortutvalget har mottatt ved undersøkelse av praksis i abortnemndene. Nemndene forteller at det ikke er uvanlig at kvinner som skal gjennom en abort, har liten kunnskap om hva de skal gjennom. Noen har ikke blitt informert om medisinske konsekvenser og inngrepets art når de møter i nemnd. De kan for eksempel tro at de skal legges i narkose, og at det skal gjennomføres et keisersnitt, og har liten kunnskap om bivirkninger og effekter, medisinsk og psykologisk (vedlegg 2).

Det er grunn til å tro at det er god allmennkunnskap i befolkningen om fødsler, men mye mindre kunnskap om abort. Det er fem ganger så mange fødsler årlig som aborter, men mangel på kunnskap kan også henge sammen med at abort er et tabubelagt tema, i motsetning til fødsler. Kvinner som har vært gjennom fødsler, forteller ofte om dette i detalj til venner og familie, mens abortopplevelsene holdes privat (Haaland et al., 2023; Risøy, 2009; Solli, 2021; Sommerseth, 2010). Det betyr at helsetjenesten i stor grad må gi utfyllende og god informasjon, og ikke ta for gitt at kvinnen kommer med særlig forkunnskaper før en abort. Manglende nettinformasjon fra helsemyndighetene om abort gjør også at kvinnene kan komme til helsetjenesten med mange spørsmål og uavklarte bilder av hva hun skal gjennom.

12.2.5 Erfaring med informasjon, råd og veiledning sett fra helsetjenestens side

Helsedirektoratet har i sin rapport til Abortutvalget sett på kunnskap om oppfølging av kvinner, og praksis og erfaring i tjenesten, se vedlegg 4. Direktoratet fastslår at kunnskapsgrunnlaget er begrenset. Det er flere studier som har sett på tjenesten fra kvinnenes side enn fra helsepersonells side. Noen studier med helsepersonell sitt perspektiv fremhever begrenset bemanning og kort liggetid på sykehusene og en hektisk arbeidsdag som gjør at fokus i hovedsak blir på fysiologiske

behov, og mindre tid til psykososiale aspekter og behov (Gambir et al., 2020).

Det er få studier om fastlegens rolle i abortforløpet, og i norsk sammenheng er dette i liten grad undersøkt systematisk. En masteroppgave undersøker fastlegers informasjon til og veiledning av abortsøkende (Thoresen, 2013). Det var stor variasjon i hvordan informantene praktiserte informasjonsplikten og veiledning til de som ønsket det, og informasjonsmateriell fra myndighetene ble i liten grad brukt. Konklusjonen var blant annet behov for styrket dialog mellom myndighetene og fastlegene om tematikken.

Fastlegene, gjennom Norsk forening for allmennmedisin, ble i forbindelse med Helsedirektoratets innhenting av kunnskap spurt om sin erfaring. Deres erfaring er at de senere årene har stadig færre kvinner kontaktet fastlegen om abort og majoriteten av kvinnene kontakter sykehuset direkte. Dette samsvarer med informasjon fra poliklinikkene. Fastlegene kjenner ofte kvinnen godt, og mange går til fastlegen i løpet av svangerskapet. Fastlegene etterlyser en takst for konsultasjon etter abort slik at dagens egenandel bortfaller, på lik linje med svangerskapskontrollene.

Flere fastleger problematiserer også at de ikke mottar epikrise fra sykehuset, og derfor ikke har informasjon om at kvinnen har tatt abort. Noen kvinner opplever det som overraskende at fastlegen ikke kjenner til at hun har tatt abort. Praksis ved sykehusene fremstår å være at det som hovedregel ikke sendes epikrise til fastlegen, og at mange heller ikke spør kvinnen om hun ønsker at det skal sendes melding til fastlegen, slik det gjøres ved annen behandling. Kommunikasjon mellom sykehus og fastlege er dermed annerledes enn ved all annen behandling der pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til, og at det som hovedregel, med mindre pasienten motsetter seg det, sendes epikrise til henvisende helsepersonell og pasientens fastlege, jf. helsepersonelloven § 45.

12.2.6 Helsekompetanse

God helsekompetanse er en forutsetning for å kunne ta gode valg med tanke på egen helse, deriblant prevensjon og forebygging av uønskede graviditeter. Den første strategien for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023) ble lansert i 2019. Helsepersonell har en viktig rolle i å bidra til å styrke befolkningens helsekompetanse på seksuell og reproduktiv helse.

Helsekompetanse relatert til seksuell helse kan forstås som evnen til å forstå, vurdere og

anvende relevant informasjon slik at man både kan gjøre kunnskapsbaserte valg og benytte tjenester som fremmer egen seksuell og reproduktiv helse. Tilstrekkelig kompetanse om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter er en forutsetning for å kunne planlegge svangerskap, og å forebygge uønskede graviditeter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Den digitale informasjonen om seksuell helse og prevensjon er under stadig utvikling. Både Helsenorge.no og ung.no er sentrale nettsteder, jf. kap. 12.1.

Noen grupper har ut fra aktuelle språkferdigheter eller kognitivt funksjonsnivå behov for særlig tilpasset informasjon og læringsmateriell. Helsedirektoratet lanserte i 2019 nettsiden zanzu.no, med informasjon om temaer tilknyttet seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, spesielt tilpasset nyankomne innvandrere og asylsøkere.

12.2.7 Informasjon og veiledning i nemndssituasjonen

Nemndens rolle er i dag ikke klart avgrenset til å gjelde informasjon som gjelder selve abortsøknaden og vurdering av denne, se kap. 10.6.2. Kvinnen får informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger av «legen eller nemnda», jf.

abortloven § 5 annet ledd. Kvinnen skal også tilbys råd og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne, jf. § 2 første ledd.

I Abortutvalgets undersøkelse av praksis i nemndene, (vedlegg 2), fremkommer det flere innspill og erfaringer fra nemndssituasjonen. I praksis varierer det hvem som gir kvinnen informasjon, og det varierer også hvem som veileder kvinnen, dersom hun har behov for ytterligere råd, veiledning og samtale om abortvalget. I noen tilfeller kan samtalen om selve valget foregå i nemnda. Studier om kvinners erfaring viser også en varierende praksis og erfaringer med nemndenes rolle og praksis med tanke på informasjon og veiledning (Bauer, 2019; Risøy, 2009; Solli, 2021).

I utvalgets undersøkelse av praksis i nemndene, se kap. 11.4.2, gir nemndsmedlemmene uttrykk for at en del kvinner har behov for å snakke med noen om aborten i forkant, og flere er bekymret for at kvinner får et dårligere tilbud, dersom abortsøkende kvinners rett til veiledning ikke opprettholdes i lovverket. Flere uttrykker at sykehusene som tilbyr abort også bør ha lovpålagt plikt til å tilby veiledning- og samtaler for kvinner dersom nemndene ikke videreføres. Flere er opptatt av at alle kvinner som har behov for samtale og veiledning i forbindelse med abort skal få dette uavhengig av tidspunkt for aborten (se vedlegg 2).

Kapittel 13

Organisering av aborttjenesten og forløp

13.1 Helsedirektoratets rapport om tjenestene

Helsedirektoratet fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjøre kunnskapsinnhenting for Abortutvalget om rådgivingen og veiledningen av kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd, og oppfølgingen av kvinner som tar abort. Direktoratet ble også bedt om å vurdere dagens organisering. Se vedlegg 4. (Helsedirektoratet, 2023).

Helsedirektoratets vurdering baseres på kunnskapsoppsummering av publisert forskning og rapporter samt informasjon innhentet fra helseforetakene, fastlegene, Amatheia og sentral klagenemnd for abortsaker. Det er i hovedsak sett på informasjon, ivaretagelse, veiledning til abortsøkende, hvordan aborten gjennomføres og oppfølging etter abort. Nemndene, forebygging og spontanabort er ikke tema i rapporten.

Hovedfunnene i rapporten er at de fleste abortsøkende er fornøyde med helsetilbudet, men flere studier peker på forbedringsområder når det gjelder informasjon, ivaretagelse under forløpet og oppfølging i etterkant av aborten. Internasjonal og nordisk litteratur viser også at de fleste kvinner er fornøyd med aborttilbudet, men det mangler større kvantitative studier om kvinners opplevelse av abort i Norge.

Helsedirektoratet anbefaler en nasjonal gjennomgang av aborttjenesten i Norge og at det vurderes nasjonale standarder for oppfølging. Resultater fra rapporten omtales også under de enkelte avsnittene under.

13.2 Grunnleggende krav til tjenestene

Det grunnleggende kravet til organisering av aborttjenestene er at kvinnen skal få tilgang til abort i de situasjonene som hun har krav på det etter loven. Abort er en statlig tjeneste, og staten har et overordnet ansvar for organiseringen. Grunnleggende hensyn ved organisering av aborttjenesten er likeverdig behandling, kunnskapsbasert tjeneste, riktig nivå, riktig kompe-

tanse, samfunnsgeografiske forhold og tilgang på personell. Kunnskap om brukernes behov og erfaringer har også betydning for hvordan tilbudet skal organiseres.

Etter abortloven § 3 skal abort utføres på sykehus, se kap. 10.6.1. De regionale helseforetakene har ansvar for organisering av spesialisthelsetjenesten, herunder sykehusene i hver region, og dermed også ansvar for å tilby abort til de som befinner seg innenfor RHF-ets opptaksområde. Spesialisthelsetjenesten skal gi behandling og informasjon, og skal også sørge for at de som ønsker det skal få veiledning i forbindelse med abort. De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal gi informasjon, råd og veiledning om abort til kvinner som ønsker dette. Fastlegen skal bistå med å fylle ut begjæring om abort og oversende denne til sykehuset hvis den gravide ikke tar direkte kontakt med sykehuset. Helsepersonell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan også ha en veiledningsrolle i forkant av abort og kan følge opp kvinner i etterkant dersom det er behov for dette. Dette betyr at tjenester på flere nivåer ofte er involvert i et abortforløp.

Abortloven gir kvinner rett til selvbestemt abort i den offentlige helsetjenesten frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke og rett til abort på visse vilkår etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. I 2022 ble det gjennomført 11 967 aborter på 40 sykehus i Norge, se kap. 8.1. Det er fødetilbud ved 45 sykehus i Norge (Helsedirektoratet 2020).

Overordnede mål for helsetjenesten er god kvalitet på behandling og oppfølging av pasienter og brukere og god informasjon og medbestemmelse. De som vurderer eller tar abort, skal møtes med respekt og omsorg uansett hvilken beslutning man tar.

13.3 Forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet

Forsvarlighetskravet er et grunnleggende prinsipp i norsk helserett, både som grunnlag for hel-

sepersonnellets faglige vurderinger i daglig praksis og organisering av helsetjenester. Kravet til forsvarende helsetjenester følger av helsepersonelloven § 4, spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Helsepersonell må vise faglig skjønn i vurderingen av hver enkelt pasient og ta hensyn til individuelle behov.

Alle som yter helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven, har plikt til å sørge for at virksomheten jobber systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Denne plikten er utdypet nærmere i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det er ledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Forskriften utdypet også kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Helsedirektoratet har utarbeidet veileder til forskriften. Veilederen definerer en tjeneste av god kvalitet som at tjenestene

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Dette samsvarer med de råd Verdens helseorganisasjon har gitt for å lage strategier for helsetjenesten når det gjelder kvalitet. De kan også formuleres som mål og grunnleggende prinsipper for tjenesten og dermed også for tjenestene til abortsøkende kvinner.

13.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet utarbeider nasjonale kvalitetsindikatorer for helsetjenesten. Nasjonale kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i en eller flere av dimensjonene av kvalitet, og kan for eksempel måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten. Nasjonal kvalitetsindikator for abort er andel aborter gjennomført medikamentelt vs. kirurgisk inntil utgangen av henholdsvis niende og tolvte svangerskapsuke (helsedirektoratet.no).

13.5 Faglige retningslinjer og veiledere om abort

13.5.1 Generelt om nasjonale faglige retningslinjer for helsetjenesten

Helsedirektoratet utvikler nasjonale faglige retningslinjer og veiledere på helsetjenesteområdet. Nasjonale faglige retningslinjer inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger, som etablerer en standard for hva som anses som god praksis når det gjelder utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper eller diagnosegrupper. Retningslinjene er ikke rettslig bindende, men er ment som et hjelpemiddel ved avveininger som tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. Dersom helsepersonell eller institusjoner velger å fravike anbefalinger i en retningslinje, skal dette dokumenteres og begrunnes. Helsetjenestens eiere og ledelse har ansvar for å tilrettelegge virksomheten slik at anbefalinger i de nasjonale faglige retningslinjene kan følges.

På områder der det ikke er nasjonale faglige retningslinjer, benyttes ofte retningslinjer og veiledere som er utarbeidet av fagmiljøer eller fagorganisasjoner nasjonalt, regionalt og lokalt og/eller internasjonalt. Det enkelte sykehus og kommuner lager også prosedyrer og anbefalinger for virksomheten.

13.5.2 Veileder i gynekologi

Det finnes ikke egne nasjonale faglige retningslinjer for abort utgitt av Helsedirektoratet. Sykehusene benytter derfor Veileder i gynekologi (Bjørge et al., 2023) som utgis og oppdateres av Norsk gynekologisk forening (NGF), som er en fagmedisinsk forening under Den norske legeforening. Ved de kliniske avdelingene benyttes veilederen i klinisk praksis, og i helseforetakene brukes veilederen også til planlegging av virksomheten. Retningslinjen er mindre normerende enn en nasjonal faglig retningslinje ville ha vært. Ved avvik fra retningslinjer som er utarbeidet av andre enn Helsedirektoratet på helsetjenesteområdet, vil tjenesten ha større rom for skjønn i det enkelte tilfellet enn dersom det foreligger nasjonale faglige retningslinjer.

13.5.3 Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er utgitt av Helsedirektoratet

i 2017 og oppdatert i 2023. Retningslinjen inneholder anbefalinger om prevensjon og seksuell helse.

Retningslinjen har ikke egne anbefalinger om abort. I retningslinjen står det at «helsestasjon for ungdom bør benytte Sex og samfunns metodebok for seksuell helse som støtte i veiledningen om seksuell helse».

13.5.4 Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen er utgitt av Helsedirektoratet i 2018 og oppdatert i 2023 og omhandler oppfølging av gravide i svangerskapet. Retningslinjen gir nærmere anbefalinger om innhold i konsultasjonene og oppfølging av gravide gjennom svangerskapet frem til fødsel. Gravide kan velge å ta imot eller takke nei til tilbudet som gis.

Retningslinjene gir blant annet anbefalinger om kontroller og undersøkelser som tilbys i svangerskapet. Det anbefales et basisprogram med ni konsultasjoner, inkludert fosterdiagnostikk. Ved behov skal man få tilbud om ekstra konsultasjoner. Når det gjelder fosterdiagnostikk, er det anbefalt at alle gravide skal få tilbud om tidlig ultralyd mellom starten av tolvte svangerskapsuke til utgangen av 14. svangerskapsuke. Undersøkelse med non invasiv prenataltest (NIPT-test) for trisomi 13, 18 og 21 tilbys alle gravide som er 35 år og eldre ved termin, eller når det er andre forhold ved den gravide som tilsier at hun bør tilbys en slik undersøkelse. Mellom starten av 18. svangerskapsuke til utgangen av 20. svangerskapsuke anbefales ultralydundersøkelse av fosteret.

Bioteknologiloven har egne bestemmelser om fosterdiagnostikk i kap. 4, og det er blant annet krav om skriftlig samtykke. Ultralyd mellom starten av tolvte svangerskapsuke til utgangen av 14. svangerskapsuke og NIPT er klassifisert som fosterdiagnostikk, og krever derfor skriftlig samtykke etter bioteknologiloven § 4-3. Det noteres på helsekortet når samtykke er gitt. Skriftlig samtykke skal også dokumenteres i elektronisk pasientjournal. For henvisning til tidlig ultralyd og NIPT er det tilstrekkelig med muntlig samtykke. Ultralydundersøkelse mellom starten av 18. svangerskapsuke til utgangen av 20. svangerskapsuke er ikke regnet som fosterdiagnostikk etter bioteknologiloven og krever derfor ikke skriftlig samtykke. Bioteknologiloven har et eget unntak for ultralydundersøkelse i den ordinære svangerskapsomsorgen. Se også kap. 14 om fosterdiagnostikk.

13.5.5 eMetodebok om seksuell helse – Sex og Samfunn

eMetodebok om seksuell helse er utarbeidet av organisasjonen Sex og Samfunn. Metodeboken inneholder detaljerte anbefalinger om prevensjon og seksuell helse og omtaler også lovgivning og abortforløpet. Metodeboken er laget som et oppslagsverk for leger, helsesykepleiere, jordmødre og annet helsepersonell som jobber med prevensjon, seksuelt overførbare infeksjoner og annen tematikk innenfor seksuell og reproduktiv helse.

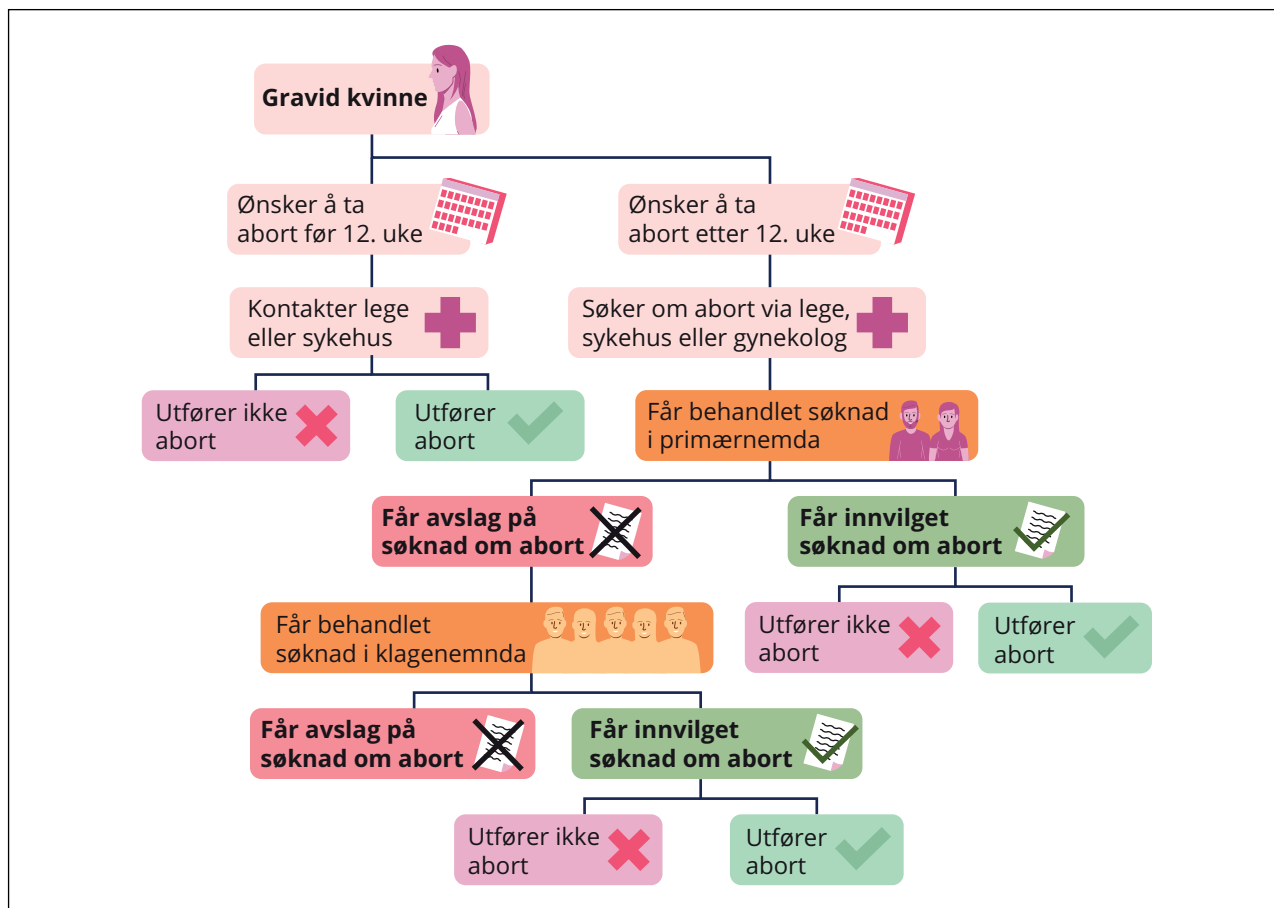
13.6 Utredning og vurdering i forkant av abort

Ved kvinnens første kontakt med helsetjenesten i forbindelse med abort skal legen beregne svangerskapets lengde ut fra kvinnens opplysning om siste menstruasjons første dag. Det skal også gjøres en klinisk undersøkelse av kvinnen. Ved behov benyttes vaginal ultralydundersøkelse. Ved bedømmelse av svangerskapets lengde med ultralyd benyttes målemetoder som måler fosteret størrelse. Mest brukt er isse-sete lengde (Veileder i gynekologi, 2021). I Nasjonal retningslinje for svangerskapsomsorgen er anbefalingen at det for terminbestemmelse / gestasjonsalder benyttes e-snurra som verktøy for terminbestemmelse (Helsedirektoratet, 2023b).

Når kvinnen kommer til sykehuset, kommer hun til poliklinikk for gravide. I noen tilfeller vil svangerskapet ha kommet lenger enn kvinnen tror. For å avklare om kvinnen skal i nemnd, eller om det er før utgangen av tolvte svangerskapsuke og kvinnen har selvbestemmelse, gjøres det ultralyd før alle aborter. Vurdering av svangerskapets lengde har betydning for valg av abortmetode og om det vurderes som trygt for kvinnen å reise hjem for medikamentell hjemmeabort.

13.7 Abortmetoder

Medikamentell abort eller kirurgisk abort er de metodene som brukes ved abort i Norge. I 2022 ble 94,8 prosent av alle selvbestemte aborter som ble utført før utgangen av tolvte svangerskapsuke, utført medikamentelt. Resten ble utført kirurgisk (5,2 prosent). I 1998 var andelen aborter som ble behandlet medikamentelt på under ti prosent (Løkeland et al., 2023). Etter tolvte svangerskapsuke anbefales medikamentell abort til alle.



Figur 13.1 Abortforløpet

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS

Økningen i medikamentell behandling har skjedd gradvis over tid og er i tråd med faglige anbefalinger fra Norsk gynekologisk forening i veileder i gynekologi. For de fleste er det anbefalt medikamentell abort, og for de fleste vil det også være anbefalt medikamentell abort hjemme, men med noen kontraindikasjoner. Når det gjelder hjemmeabort, skal det for eksempel ikke gjennomføres hjemme hvis kvinnen ikke har mulighet til å ha noen voksne med seg hjemme, og hjemmeabort skal være frivillig.

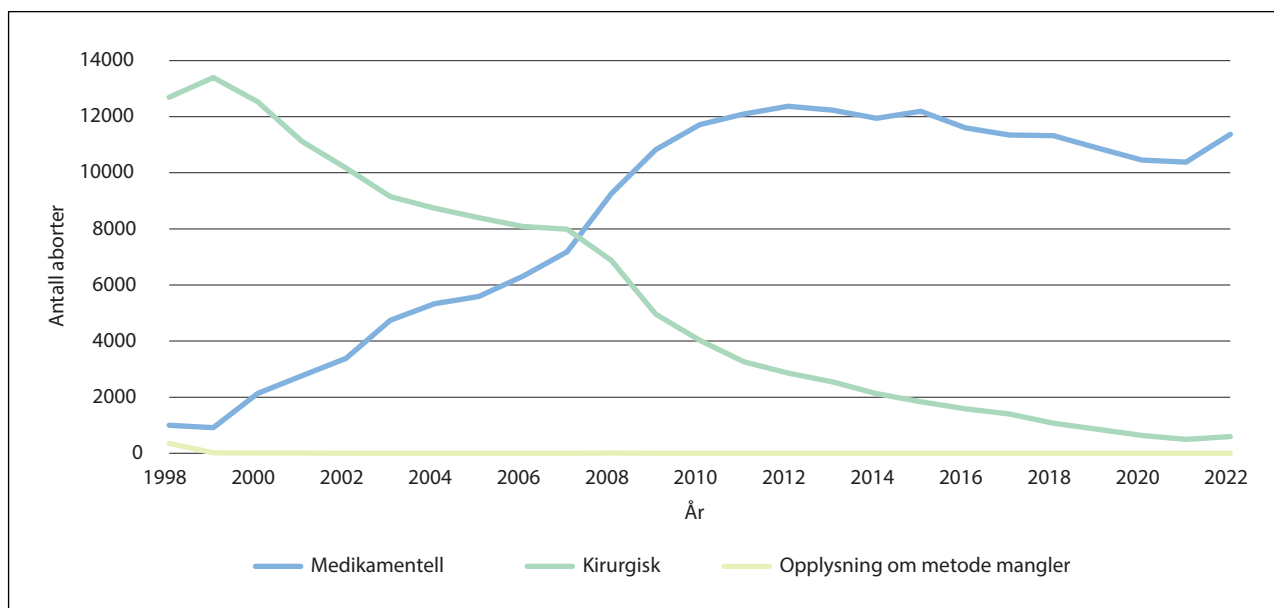
Individuelle forhold ved den enkelte kvinne kan tilsi at enten medikamentell eller kirurgisk behandling bør benyttes for aborten. Den endelige beslutningen om hvilken abortmetode som skal tilbys, tas av legen, men etter samråd med kvinnen. Kvinnen kan alltid takke nei til behandlingen.

Regionalt er det noe variasjon i bruk av metodene. I 2022 hadde Helse Vest RHF høyest andel medikamentelt utførte aborter innen utgangen av tolvte svangerskapsuke med 96,9 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF hadde lavest andel med 93,9 prosent.

13.7.1 Medikamentell abort

Kvinner kan i dag kontakte sykehuset direkte og avtale time på poliklinikk for abort. Flere kvinner oppdager graviditeten tidlig og kontakter sykehuset for abort. Kvinner som har svangerskapslengde fra tiende svangerskapsuke eller lenger, får ikke tilbud om hjemmeabort, men får utført hele aborten på sykehus.

Medikamentell abort tilbys kvinner før utgangen av tolvte svangerskapsuke. Aborten starter ved at kvinnen får én tablett mifepriston som hun skal innta mens hun er på gynekologisk poliklinikk. På sykehuset gis informasjon om virkninger og mulige bivirkninger av mifepriston. Kvinnen reiser deretter hjem. Etter omtrent to døgn fortsetter behandlingen med tablett misoprostol, som vanligvis plasseres i skjeden. Dette gjør at livmoren trekker seg sammen. De aller fleste (95 til 98 prosent) vil da abortere innen noen få timer, vanligvis fire til seks timer. Behandlingen med misoprostil kan enten skje på sykehuset (fra tiende svangerskapsuke) eller hjemme (før tiende svangerskapsuke)



Figur 13.2 Utførte svangerskapsavbrudd etter metode 1998–2022

Kilde: Abortregisteret, Folkehelseinstituttet

Lavere risiko for komplikasjoner og tilbakemeldinger fra kvinner i pasientundersøkelser er grunnlaget for at sykehusene anbefaler medikamentell behandling fremfor kirurgi, med mindre det er særlige forhold som tilsier at kirurgi bør benyttes.

13.7.2 Hjemmeabort

Medikamentell abort hjemme tilbys i dag til kvinner frem til tiende eller ellefte svangerskapsuke. Vanlig praksis er at dette tilbys som førstevalg for kvinner som er over 18 år, når informasjonen blir gitt, og der kvinnen forstår all informasjonen og kvinnens bosituasjon tilsier at det ikke frarådes. Hun skal også ha mulighet for at en annen voksen kan være sammen med henne mens aborten pågår. Kvinnen får informasjon før hjemreise om virkninger, smertelindring og hvor hun skal ta kontakt ved behov.

Den medikamentelle behandlingen er den samme som ved medisinsk abort på sykehuset. Misoprostoltablettene settes av kvinnen selv i skjeden etter avtalt tidspunkt med sykehuset, oftest er dette to dager etter at hun tok tablettene på sykehuset. Det er vanlig med store blødninger. Kvinnen har fått informasjon om at hvis det ikke har skjedd noe etter seks timer, bør hun kontakte sykehuset. Ved de fleste sykehus vil en sykepleier ringe dagen etter for å høre hvordan det har gått.

Det er gjort flere studier på hjemmeabort med noe ulike resultater. Enkelte studier viser at kvin-

ner opplever at de er godt ivaretatt ved hjemmeabort (Løkeland, 2015). Andre studier viser at kvinnene ikke var forberedt på hvor store smerter de opplevde, og hvor lang tid det tok. En nyere studie tematiserer kvinners opplevelser av abortsmerter ved medikamentell hjemmeabort og ser på hvordan sosiokulturelle, kontekstuelle og psykiske faktorer for kvinnene kan virke inn på opplevelsen og vurderingen av smerter. Utilstrekkelig informasjon om smerter ved hjemmeabort kan skape engstelse, som igjen kan forsterke smerteopplevelsen. Abortstigma kan bidra til å forsterke opplevelsen av smertene og endre smerteterskelen for kvinnene. Følelser av skyld og skam kan for noen gjøre det vanskelig å søke hjelp og mer behandling for kvinner som opplever sterke smerter ved hjemmeabort. Forskerne konkluderer med at det er behov for bedre informasjon, og for noen også bedre smertelindring ved hjemmeabort (Røseth, 2023). En Cochrane-oversikt fra 2020 har blant annet sett på kvinners grad av fornøydhet med abortmetode, og over 90 prosent var fornøyde med medisinsk hjemmeabort.

13.7.3 Kirurgisk abort

Kirurgisk abort gjennomføres på sykehus. Kvinnen blir innlagt på gynekologisk avdeling for dagbehandling. Kvinner som ikke har født barn tidligere, får en forberedende medikamentell behandling samme morgen som inngrepet skal skje, for å myke opp og utvide livmorhalsen. Dette gis i form

av tre Cytotec tabletter som settes vaginalt hjemme før ankomst eller ved ankomst på sykehuset.

Inngrepet gjøres stort sett i narkose. Inngrepet kan også bli utført uten narkose med lokal bedøvelse i skjeden. Selve inngrepet gjøres som en utskraping av fosteret gjennom livmorhalsen via skjeden. Inngrepet varer om lag ti minutter. Deretter blir kvinnen observert i avdelingen i en til to timer før hun kan reise hjem. Ved smerter etter inngrepet, gis tilbud om smertestillende.

Etter oppholdet på sykehuset vil de fleste ha blødning en ukes tid, blødningen blir gradvis redusert. Det anbefales å unngå samleie de to første ukene i etterkant av aborten, eller så lenge blødningen varer, for å redusere risiko for infeksjon. Kvinnen blir sykmeldt i to til tre dager etter kirurgisk abort dersom hun ønsker det.

Det er vanligvis lite bivirkninger ved kirurgisk abort, og det er lav risiko for komplikasjoner. De mest vanlige plagene er relatert til narkose, og arter seg som kvalme og brekninger. Noen opplever rikelig blødning og magesmerter. Infeksjonsrisikoen er lav. Alvorlige, men sjeldne komplikasjoner er rupturer/skader på livmoren, urinblæren eller tarmen.

Det kan i svært sjeldne tilfeller forekomme at inngrepet ikke fører til svangerskapsavbrudd. Kvinnen får derfor informasjon om at dersom menstruasjonen ikke kommer tilbake etter fire til seks uker, må hun kontakte lege for å avklare om hun fortsatt er gravid.

13.8 Føticid

Føticid er en prosedyre der man avslutter livet til et foster ved at man ultralydveiledet setter en injeksjon med kaliumklorid direkte inn i fosterets hjerte. Hjertet slutter da raskt å slå. Inngrepet gjennomføres av legespesialist med spesialisering innen fostermedisin og kan være teknisk utfordrende.

Føticid utføres både ved fosterantallsreduksjon og i enkelte tilfeller ved ett foster.

Føticid på ett foster kan være aktuelt ved aborter sent i svangerskapet for å unngå at kvinnen opplever at fosteret beveger seg, og viser tegn til liv etter at det har kommet ut. For kvinnen som gjennomgår aborten vil dette kunne være en stor ekstra psykisk tilleggsbelastning. For helsepersonell som bistår i aborten, vil dette også kunne oppleves som belastende.

I Norge er det den Nasjonale behandlingstjenesten for avansert invasiv fostermedisin ved St.

Olavs hospital som utfører prosedyren både i forbindelse med fosterantallsreduksjoner og ved svangerskapsavbrudd.

I perioden 2018–2022 år ble det utført sju føticid med ett foster i Trondheim. Føticid ble også utført ved Rikshospitalet, men vi har ikke tall på dette.

13.9 Oppfølging og kontroll etter provosert abort

Veileder i gynekologi eller anbefaler ikke rutinemessig oppfølging legekonsultasjon etter kirurgisk og medikamentell abort. Kvinner som har behov for samtale eller helsehjelp, kan kontakte fastlegen eller gynekolog.

Noen sykehus har prøvd ut ulike rutiner når det gjelder å ta kontakt med kvinner etter en abort. Oslo universitetssykehus og Haukeland sykehus har i interne kvalitetssikringsprosjekter prøvd ut og spurt kvinnene om de ønsket å bli kontaktet i etterkant. Erfaringen var at de fleste kvinnene som tar abort, ikke ønsket dette.¹ Basert på erfaringene ved sykehusene har sykehusene derfor ikke rutine der de kontakter alle kvinner etter abort. De som kontaktes er kvinner der det har vært komplikasjoner eller hvis de skal til etterkontroll på grunn av for eksempel kjent risiko i neste svangerskap.

For kvinner som tar provosert abort etter tolvte svangerskapsuke, har flere sykehus rutiner med å kontakte disse i etterkant. Dersom det har vært fosterindikasjon som lå til grunn for innvilgelse av abort, får kvinnene som oftest en avtale om etterkontroll etter om lag seks uker med tanke på informasjon, undersøkelse og fremtidig svangerskap.

13.10 Personell og kompetanse

En rekke profesjoner er involvert i abortforløpet og har ulike oppgaver. Før aborten kan personell og tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten gi informasjon, råd og veiledning. Noen kvinner tar kontakt med fastlegen, og fastlegen gir informasjon, undersøker kvinnen, vurderer svangerskapslengde, og oversender begjæring om abort til sykehuset. Flertallet av kvinner som skal ta abort,

¹ Formidlet i møter med Oslo universitetssykehus og Haukeland sykehus og i intervjuer med medlemmer av nemndene.

tar direkte kontakt med sykehuset, og avtaler time på poliklinikk. Selve aborten foregår eller starter på sykehus.

Ved tidlige aborter er det noen steder sykepleiere som, etter delegasjon fra lege, gir medikamenter til kvinnene på poliklinikken. Legen er ansvarlig for behandlingen og forskriver medikamentene. På poliklinikken gjør ultralydjordmor, sykepleier eller lege en ultralydundersøkelse av kvinnen for å vurdere svangerskapslengde. Ved senere aborter, etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, er det sykepleier, jordmor eller lege som møter og bistår kvinnen under oppholdet på sykehuset. I oppfølgingen kan flere personellgrupper være aktuelle, blant annet sykepleier, jordmor, lege, helsesykepleier og sosionom.

13.10.1 Ultralydundersøkelse – kompetanse og personell

Personell med kompetanse til å gjøre ultralyd på gravide er gynekologer og jordmødre med videreutdanning i bruk av ultralyd (ultralydjordmødre). Denne videreutdanningen tilbys ved NTNU.

Ultralydjordmødrene arbeider primært ved poliklinikker for gravide, der de gjør rutineundersøkelsene av gravide i tolvte svangerskapsuke og 18. svangerskapsuke, og ultralyd på indikasjon i løpet av svangerskapet.

Jordmødre i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjør ikke ultralyd i svangerskapet, og det er ikke krav til at kommunen eller jordmødrene har utstyr eller kompetanse til ultralyd av gravide, da dette er plassert ved svangerskapspoliklinikkene på sykehusene. Det vil derfor variere om jordmødre i kommunen har kompetanse og utstyr til å benytte ultralyd.

Nyere kartlegginger har vist at om lag 40 prosent av fastlegene har tilgang til ultralyd per i dag. Bruk av ultralyd forutsetter utstyr og opplæring.

13.10.2 De kommunale helse- og omsorgstjenestene

Starten på forløpet ved begjæring om abort er ulikt for kvinnene. Noen kvinner kontakter fastlege når de oppdager graviditet og vurderer abort, andre helsesykepleier i skolehelsetjenesten, på helsestasjon eller på helsestasjon for ungdom. Noen kontakter privat gynekolog for konsultasjon, informasjon, råd og veiledning. Noen tar direkte kontakt med sykehuset. Ved avvikende funn på ultralyd foregår dette på poliklinikk, og forløpet starter på sykehuset. Når det gjelder de som har behov for oppfølging etter abort, vil noen kvinner

ha kontakt med fastlegen, andre med jordmor i kommunen, helsesykepleier i helsestasjon for ungdom eller skolehelsetjenesten.

Mange gravide går til undersøkelser hos jordmor i kommunen i svangerskapet. En del gravide går til fastlegen eller en kombinasjon av fastlege og jordmor i kommunen. For noen starter forløpet ved begjæring om abort med at det oppdages funn på rutineundersøkelser i svangerskapet som fører til videre henvisning til undersøkelser i spesialisthelsetjenesten.

13.10.3 Spesialisthelsetjenesten

De fleste kvinner kontakter i dag sykehuset direkte ved oppdaget graviditet dersom de ønsker abort. For de som kommer til rutineultralyd i svangerskapet, er dette på poliklinikken på sykehuset. Sykehusene har noe ulik organisering av aborttjenesten i dag. Kvinnen møter sykepleier, jordmor eller lege ved første konsultasjon. Ved fosterdiagnostisk utredning etter oppdagelse av funn vil kvinnen møte flere ulike profesjoner og legespesialister, ut i fra hva funnene er og hvilken diagnose det er snakk om. Mange kvinner tilbys samtale med sosionom i løpet av forløpet, men det er også ulikt hvordan dette tilbudet er ved sykehusene.

Abort tilbys på kvinneklinikker, gynekologisk poliklinikk eller fødeavdeling. Hvor det skjer er avhengig av blant annet lengde på svangerskapet. Jordmødre eller sykepleiere som arbeider på fødeavdeling, gynekologisk avdeling eller gynekologisk poliklinikk, er med kvinnen under selve aborten ved medisinsk abort på sykehus. Ved kirurgisk abort gjennomføres dette av lege, ofte av en LIS-lege (en lege i spesialisering) ved gynekologisk avdeling. Legene på sykehuset er medisinsk ansvarlig for diagnostisering og behandlingen på sykehuset.

13.10.4 Fastlegen

De fleste innbyggerne har en fastlege. Erfaringen fra fastlegene og tilbakemeldinger fra sykehusene tilsier at de fleste abortsøkende i dag kvinner kontakter sykehuset direkte.

Fastlegene har i tilbakemeldinger til Helsedirektoratet understreket at de ønsker å tilby gode tjenester til kvinner i forbindelse med abort. Kvinner som ønsker samtale i forkant og etterkant av abort, kan kontakte sin fastlege. Se mer i kap. 12 om informasjon og veiledning.

Epikrise fra sykehus til fastlege etter abort sendes ikke rutinemessig. Sykehusene har prakti-

sert taushetspliktsbestemmelsen i abortloven slik at det ikke kan oversendes informasjon om aborten. Fastlegene kan oppleve at kvinner tror at slik informasjon sendes, i likhet med annen informasjon fra sykehusene når man har fått behandling.²

13.10.5 Avtalespesialister og privatpraktiserende gynekologer

Avtalespesialister i gynekologi er del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, men jobber privat utenfor sykehusene. Disse har ikke noen rolle i abortforløpene i dag. Tilgang på avtalespesialister i gynekologi varierer mye rundt i landet. Det er opp til de regionale helseforetakene hvilke tjenester som gis på poliklinikk, og hva som utføres etter nærmere avtale med avtalespesialister.

En studie om medikamentell abort hos avtalespesialist i gynekologi, basert på et prøveprosjekt 2015–2017 undersøkte kvinners opplevelse av medikamentell abort hos avtalespesialist. Studien konkluderte med at kvinnene var fornøyde og følte seg trygge (Pay, 2018). Studien sammenliknet ikke fornøydhet og erfaring mellom ulike grupper (abort på sykehus og abort hos avtalespesialist), og helseøkonomiske aspekter eller finansiering ble ikke undersøkt eller vurdert i studien. Når det gjelder rapportering til Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister, er det i dag ikke tekniske, finansielle eller juridiske rammer for å foreta rapportering fra andre steder enn sykehus. Dersom medikamentell abort skulle kunne tilbys hos avtalespesialister, forutsetter det forskriftsendringer, endring i finansieringssystem og i tekniske systemer for rapportering til de sentrale helseregistrene.

13.10.6 Sykepleierstyrt abortpoliklinikk

Flere sykehus har god erfaring med sykepleierstyrt aborttilbud på poliklinikk. Kvinnene møter sykepleiere som har kompetanse og trening i bruk av ultralyd og bestemmelse av svangerskapslengde, samtale og nødvendige undersøkelser, samt informasjon. Ved behov for videre oppfølging/samtaler er lege, sosionom og andre personellgrupper tilgjengelig på sykehuset.

Flere sykehus har erfaring med oppgavedeling i abortforløpet. Oslo universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus og Sykehuset Vestfold har organisert tjenesten slik at kvinnen

møtes og ivaretas av sykepleier på poliklinikk. Sykepleier tar ultralyd og anamnese (helsehistorie), gir informasjon og innhenter svar på spørsmål til rapportering til Abortregisteret. Ved abort etter svangerskapsuke tolv, eller ved behov, har kvinnen konsultasjon med lege etter at hun først har møtt sykepleier. Lege er i vakt på poliklinikkene og kan tilkalles ved behov.

Abortutvalget har i samtaler med leger og sykepleiere ved poliklinikker fått tilbakemelding om at det er gode erfaringer med denne måten å organisere tjenesten på. Helsedirektoratet har i sin rapport også skrevet om dette basert på tilbakemeldinger fra tjenesten (Helsedirektoratet 2023).

13.10.7 Sosionomtjenesten

Sykehusenes sosionomtjeneste er ulikt organisert ved abort. På St. Olavs hospital, ved den nasjonale behandlingstjenesten for avansert invasiv fostermedisin, er det to sosionomer ansatt som møter kvinner og par som er til fostermedisinsk utredning. Sosionomene har lang erfaring i oppfølging, samtaler og bistand til kvinner som skal ta abort, eller har tatt abort etter fosterindikasjon. Sosionomer som er tilknyttet barneavdelinger med utredning av hjertepasienter, er en annen gruppe sykehussosionomer som møter gravide som står i et abortvalg, eller møter kvinnen etter aborten.

Sosionomer benyttes i ulik grad ved sykehusene i forbindelse med nemndsbehandling og sosialrapport. I Oslo universitetssykehus sin eHåndbok beskrives at man skal tilby kvinnen samtale med sosionom før og etter behandling i abortnemnd. Ved behov anbefales Sosialrapport for å belyse saken i nemnd. Sosialrapporten skrives av sosionom ved sykehuset etter samtale med kvinnen (Oslo universitetssykehus).

13.11 Abort utenfor sykehus og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Abort er en tjeneste som tilbys på sykehus i Norge, ikke i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Abortloven slår fast at abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke bare kan utføres i sykehus i Norge, jf. abortloven § 3 første ledd. Det er åpning for at abort før dette tidspunktet også kan utføres i annen institusjon, men dette forutsetter særskilt godkjenning fra Statsforvalteren, jf. abortloven § 3 første ledd annen setning. I Norge har ikke institusjoner søkt om slik godkjenning,

² Kilder: undersøkelse med intervjuer med nemndsmedlemmer, samtaler med sykehuspersonell og fastleger, NFA, Helsedirektoratets rapport

med unntak av at det ble søkt om godkjenning i forbindelse med et prøveprosjekt, i form av en studie om medikamentell abort hos avtalespesialister (Pay et al., 2018).

Etter at tilbud om medikamentell hjemmeabort ble innført, har praksis og lovforståelse i sykehusene vært at så lenge kvinnen får de første medikamentene på sykehus, er sykehuset medisinsk ansvarlig for tjenesten. Dersom det er faglig forsvarlig, kan kvinnen reise hjem etter å ha fått de første medikamentene i forbindelse med en medikamentell abort.

Siden erfaringene med medikamentell hjemmeabort i hovedsak har vært gode, se kap. 13.7.2, har flere foreslått at man skal vurdere å kunne tilby aborttjenester utenfor sykehus. Det vil si at den kommunale helse- og omsorgstjenesten også kan tilby abort før tiende svangerskapsuke når det er lav risiko og det er vurdert til å være faglig forsvarlig i det enkelte tilfelle (Endestad & Rønes, 2023).

Prinsippet om beste effektive omsorgsnivå (BEON-prinsippet) tilsier at oppgaver som kan utføres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utføres der, og ikke i spesialisthelsetjenesten. Det er begrenset evidens for å sammenlikne tilbud gitt av ulike personellgrupper. Organisasjonelle rammer, tilgang på personell og geografiske og demografiske forhold og ressurshevsyn påvirker også hvor og hvem som bør tilby og utføre aborter. Verdens helseorganisasjon anbefaler at det ikke skal være rettslige skranker for hensiktsmessig organisering og tilbud om abort (Guidelines Review Committee, 2022), se kap. 21 om retningslinjen fra Verdens helseorganisasjon. Verdens helseorganisasjon vektlegger at kvinnene skal møte og ivaretas av helsepersonell med kompetanse til å tilby abort og bistå, støtte og gi informasjon.

Når det gjelder hvor abort skal foregå i Norge, anbefaler Veileder i gynekologi at alle aborter skal foregå på sykehus etter tiende svangerskapsuke. Begrunnelsen er risiko for komplikasjoner og sikkerhet og trygghet for kvinnen som skal ta abort. Det er også noen kvinner som bør gjennomføre abort på sykehus før dette tidspunktet, grunnet forhold hjemme, reiseavstand eller medisinske tilstander. Det anbefales at kvinner ikke skal være alene når de tar abort. Hjemmeforholdene kan også være uegnet for eksempel ved trangboddhet eller sosiale forhold. Det skal gjøres konkrete vurderinger av om kvinnen kan reise hjem eller ikke (Bjørge et al., 2023).

Forutsatt seleksjon av riktig pasientgruppe og at organisatorisk, juridisk og økonomisk ansvar

og rammeverk er på plass, vil mulighet for å få abortmedikamenter for eksempel hos fastlege eller på helsestasjon for ungdom kunne gi flere et tilbud nærmere hjemmet, med kortere reisevei. Flere unge har kontakt med helsestasjon for ungdom for prevensjon og andre tjenester. Det vil også øke valgfriheten til de som tar abort.

I England ble det igangsatt mulighet for telemedisinsk utredning og oversendelse av medikamenter i posten til kvinner som skulle ta abort under pandemien. Bakgrunnen for dette var ressursbruk og kapasitet i helsetjenesten. Kvinnene gir informasjon på skjema om hvor langt i svangerskapet de er kommet og medikamenter skrives ut og sendes i posten eller kvinnen kan hente ut på apotek uten at det er gjort en ultralydundersøkelse eller klinisk undersøkelse av kvinnen i forkant. I noen tilfeller har kvinnen telemedisinsk eller telefonisk konsultasjon med en lege i forkant. Saken har vært svært omdiskutert i England, og det stilles spørsmål ved forsvarligheten i tilbudet.

13.12 Psykiske virkninger etter abort

Kvinner forbinder et godt abortforløp med trygghet, tillit til helsepersonell, respekt, god kommunikasjon og tilgang på informasjon (Mukkavaara et al., 2012). Hvordan prosessen og forløpet organiseres og gjennomføres i helsetjenesten bør bygge på kvinners autonomi, respekt og empati, samtidig som behov for omsorg, støtte, informasjon og veiledning dekkes (Kjelsvik et al., 2019; Makenzius et al., 2013).

Forskning om kvinners psykiske reaksjoner og følelser knyttet til abortprosessen har fokusert på både kvinners opplevelse før aborten, i forbindelse med valg og beslutningsprosess, kvinners følelser og psykiske reaksjoner knyttet til selve aborten, og psykiske virkninger og ettervirkninger av abort. Abortvalget og abortprosessen er forbundet med mange ulike følelser for kvinner. I en del forskning om psykiske reaksjoner er det fokusert på abort som en krise (Elvbakken, 2001).

Når forskning om psykiske reaksjoner på abort oppsummeres, er det allikevel lite som tyder på at kvinner generelt er utsatt for å få mentale utfordringer som følge av en provosert abort. Resultater fra oppsummert forskning om psykiske virkninger etter svangerskapsavbrudd viser at det ikke er holdepunkter for at første trimester svangerskapsavbrudd gir senere psykiske helseplager (Skjeldestad, 2008). Det er opplevelser og livshendelser som kvinnene har hatt før graviditeten, som påvirker den mentale helsen mest etter en

provosert abort. Spesielt det å ha opplevd psykisk eller fysisk vold i løpet av livet er fremtredende faktorer. Oppsummering av forskning på psykiske reaksjoner tyder på at kvinner som har hatt mentale lidelser før graviditeten, har en økt risiko for å oppleve mentale utfordringer også etter en abort. Rusbruk kan øke risikoen for psykiske utfordringer etter abort, og manglende støtte fra partner

for de som var i parforhold, økte risiko for psykiske negative reaksjoner. Ytre faktorer som arbeidsledighet kan også ha sammenheng med kvinners mentale helse etter en provosert abort. De fleste kvinner som opplever vedvarende psykiske utfordringer etter en provosert abort, har hatt utfordringer før graviditeten (Lurås & Jensen, 2022).

Kapittel 14

Fosterdiagnostikk

14.1 Hva er fosterdiagnostikk?

Fosterdiagnostikk eller prenataldiagnostikk (PND) gir informasjon om fosterets egenskaper, medisinske tilstander, risiko for utviklingsavvik eller genetiske egenskaper. Fosterdiagnostikk gjøres med ulike metoder, som å undersøke fosterets anatomi ved hjelp av ultralyd eller undersøke fosterets genetiske egenskaper ved hjelp av fostervannsprøve, morkakeprøve eller blodprøve av den gravide.

Fosterdiagnostikk kan avdekke noen tilstander som kan behandles eller forebygges, noen allerede før fødselen. De fleste medisinske tilstander eller utviklingsavvik som oppdages i fosterlivet, kan ikke behandles, men det er antatt at det kan være en fordel for foreldre å være informert før fødselen.

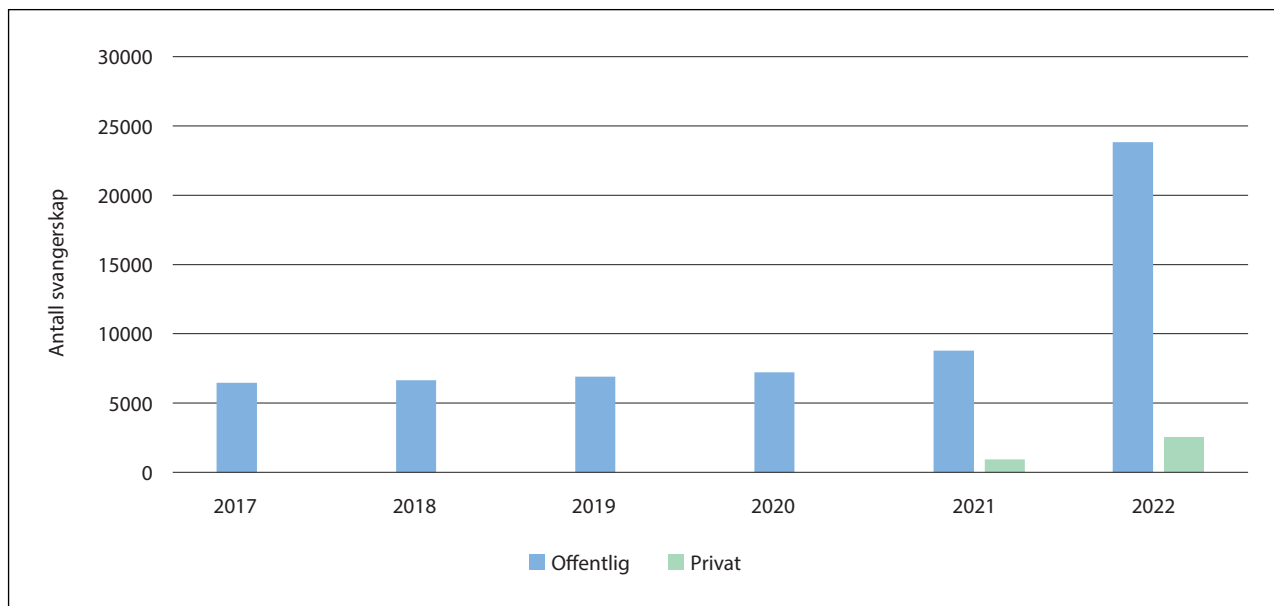
Formålet med fosterdiagnostikk kan være flere:

- å avdekke tilstander og sykdom for å behandle disse i svangerskapet eller for å forberede seg på behandling etter fødsel
- å avdekke tilstander hvor prognosen bedres hvis barnet fødes på et sykehus som kan starte umiddelbar behandling hvis det er nødvendig
- gi den gravide kunnskap om tilstander og sykdom hos fosteret, så hun kan forberede seg på å få et barn med tilstanden
- gi den gravide kunnskap om tilstander og sykdom hos fosteret, så hun kan ta abort dersom hun ønsker dette

Fosterdiagnostiske undersøkelser kategoriseres ofte ut fra om de kan innebære risiko for fosteret og mor, eller ikke. Fostervannsprøve og morkakeprøve er invasive prøver som medfører en liten risiko for utilsiktet abort, mens ultralydundersøkelse og blodprøver av mor ikke er risikofylt verken med hensyn til infeksjoner eller abort (ikke-invasive undersøkelser).

14.2 Utvikling og bruk av fosterdiagnostikk i Norge

Den største andelen undersøkelser utføres på aldersindikasjon. Før 2020 var det gravide over 38 år som fikk tilbud om fosterdiagnostikk på grunn av alder. I 2020 vedtok Stortinget at alle gravide skulle få tilbud ultralyd med tilleggsundersøkelser i første trimester av svangerskapet gjennom den offentlige svangerskapsomsorgen, at aldersgrensen for å få tilbud om fosterdiagnostikk skulle senkes fra kvinner som er 38 år og eldre ved termin, til 35 år og at Non-invasiv prenatal test (NIPT) blir tillatt å utføre i Norge for alle gravide kvinner. Tilbudene er igangsatt i løpet av 2022–2023. Etter aldersindikasjon er funn ved ultralydundersøkelser den største årsaken til at det utføres fosterdiagnostikk. Dette er uavhengig av når i svangerskapet undersøkelsen er utført. Den tredje største indikasjonsgruppen er foreldre som er henvist til fosterdiagnostikk på grunn av kjent risiko for å få et foster eller barn med alvorlig arvelig sykdom eller utviklingsavvik, eller fordi den gravide/paret tidligere har fått et foster eller barn med alvorlig arvelig sykdom eller utviklingsavvik. Indikasjonsgruppen «annet» er sammensatt, og omfatter blant annet undersøkelser basert på observasjoner i svangerskapet, mulig familiær risiko for alvorlig sykdom og medfødt sykdom hos en av foreldrene. Fra det ble bestemt innføring av tilbud om NIPT i 2020, ser man også at noen gravide utredes videre med fosterdiagnostikk som følge av funn på NIPT. Selv om NIPT for trisomi i de siste årene er den nest mest benyttede fosterdiagnostiske metoden, er dette allikevel den laveste årsaken til at det utføres videre oppfølging med fosterdiagnostikk (figur 14.1). Regjeringen har høsten 2023 sendt på høring forslag til endringer i pasientbetalingsforskriften som skal sikre lik tilgang til NIPT i hele landet.



Figur 14.1 Totalt antall svangerskap hvor fosterdiagnostikk er gjennomført 2017–2022

Dataene inkluderer alle godkjente fosterdiagnostiske metoder. Dataene inkluderer ikke ultralydundersøkelser som foretas før NIPT ved private virksomheter og rutine-ultralydundersøkelsene som foretas rundt uke 18. Dette fordi disse undersøkelsene ikke defineres som fosterdiagnostikk.

Kilde: Helsedirektoratet

14.2.1 Demografisk utvikling

Det har vært en utvikling over tid der alder på førstegangsfødende har økt, samtidig som mulighet, tilbud og bruk av undersøkelser av fosteret i svangerskapet har økt. Alderen på førstegangsfødende har økt gjennom lang tid. Samtidig ser vi at andelen barn født av kvinner i alderen 40–44 år, er fordoblet. Mors gjennomsnittsalder ved første barns fødsel var 23,8 år i 1964. I 1994 hadde alderen på førstegangsfødende steget til 26,3 år, og den har fortsatt å øke slik at den i 2022 var 31,6 år. Kvinnens mest fruktbare periode inntreffer før 30 års alder, og etter 40 år er fruktbarheten for de fleste betraktelig redusert. Økt alder hos førstegangsfødende fører derfor både til færre fødsler, flere gravide som opplever komplikasjoner i svangerskap og fødsel, og økende risiko for misdannelser hos fosteret (Helsedirektoratet 2020; Medisinsk fødselsregister 2023).

14.3 Indikasjoner for fosterdiagnostikk

Den største andelen fosterdiagnostiske undersøkelser utføres på aldersindikasjon (over 35 år fra 2022 og tidligere over 38 år). Deretter følger funn på ultralyd uavhengig av tidspunkt i svangerskapet. Den tredje største indikasjonsgruppen er foreldre som tidligere har fått barn med kromosom-

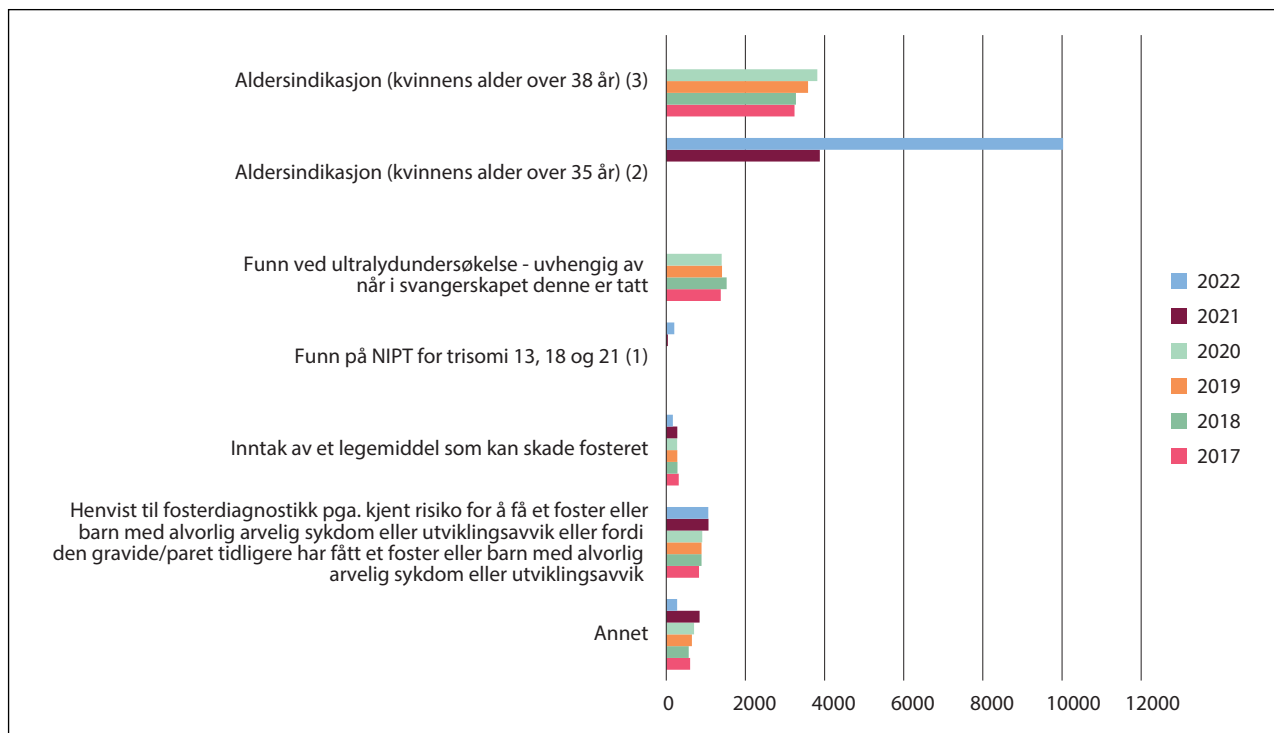
sykdom eller alvorlige misdannelser/syndrom. Indikasjonsgruppen «annet» er sammensatt og omfatter blant annet undersøkelser basert på observasjoner i svangerskapet, mulig familiær risiko for alvorlig sykdom og medfødt sykdom hos en av foreldrene (figur 14.2).

14.4 Trisomier

Trisomi er en type kromosomavvik der det er tre av et kromosom istedenfor et par. Kromosomavvik er endringer i kromosomene, enten i oppbyggingen av kromosomet eller i antall. Hvis et foster ikke har et kromosompar, men isteden tre av samme kromosom, kalles det en trisomi.

Når norske gravide undersøkes med NIPT (non-invasiv prenatal test), undersøkes det for tre ulike kjente trisomier: trisomi 21 (Downs syndrom), trisomi 18 (Edward syndrom) og trisomi 13 (Patau syndrom).

Andelen svangerskap der det påvises ett eller flere kromosomavvik, har økt jevnt i de siste ti årene, fra 0,38 prosent av alle svangerskap i 2013 til 0,52 prosent i 2022. Andelen svangerskap med trisomi 21 (Downs syndrom) økte også i samme tidsrom, fra 0,21 prosent i 2013 til 0,33 prosent i 2022. Dette er en trend som har pågått over flere tiår. Økningen i svangerskap med trisomi-syndromer henger sammen med stigende gjennomsnitts-



Figur 14.2 Årsak til at det ble utført fosterdiagnostikk 2017–2022

(1) Fosterdiagnostikk som er utført ved fostermedisinske avdelinger etter funn på NIPT tatt ved lokalt HF.

(2) Tall fra lokalt HF som tilbyr ultralydundersøkelse i uke 11-14, og NIPT til gravide som er 35 år eller eldre. Dette tilbudet ble gradvis innført i 2021 og tilgjengelig for alle gravide over 35 år i 2022.

(3) Tall fra fostermedisinske avdelinger som tilbød ultralydundersøkelse med dobbel-test (KUB) til kvinner over 38 år i perioden frem til 2020.

Kilde: Helsedirektoratet

alder hos gravide. Både svært lav og høy alder er kjente risikofaktorer for å få barn med trisomi (Thomsen et. al., 2023).

Trisomi 21 (Downs syndrom)

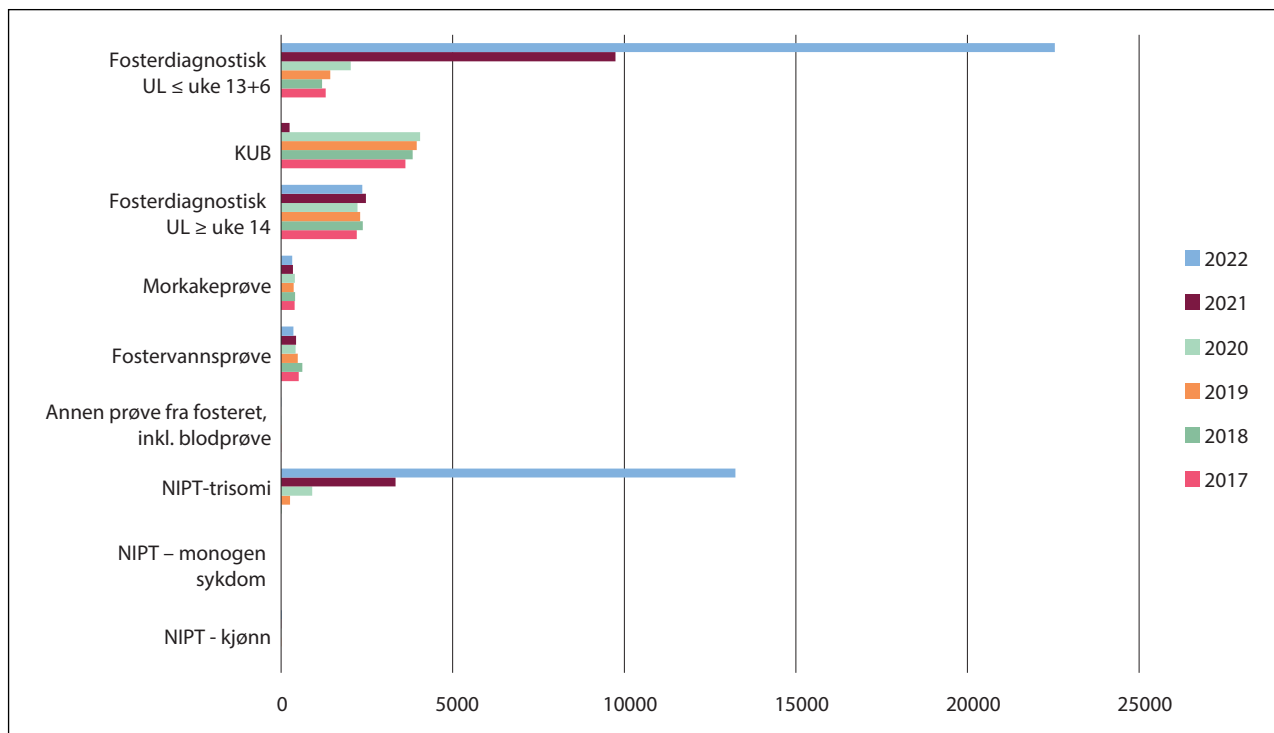
Downs syndrom er den vanligste enkeltårsaken til utviklingshemming i Norge. Den genetiske tilstanden fører til varierende grad av funksjonsnedsettelse. Personer med Downs syndrom er gjennomsnittlig mildt til moderat utviklingshemmet. De individuelle variasjonene er store. Flere fysiske og kognitive funksjonsnedsettelse opptrer hyppigere hos voksne med Downs syndrom sammenliknet med resten av den voksne befolkningen (Malt et al., 2013). Nær halvparten av barn med Downs syndrom har medfødt hjertefeil. De siste 25 årene har det blitt født mellom 55–90 barn hvert år i Norge med Downs syndrom. Personer med Downs opplever tidlig aldring. Forventet levealder er rundt 60 år.

Trisomi 18 (Edwards syndrom)

Edwards syndrom er en alvorlig kromosomforandring. Tilstanden medfører ofte alvorlige og omfattende misdannelser, inkludert hjertefeil hos over 90 prosent, veksthemming og alvorlig utviklingshemming. I gjennomsnitt fødes rundt 6–8 barn med denne tilstanden hvert år i Norge. Det er høy dødelighet i første leveår, men noen lever lenger (Thomsen et.al., 2023).

Trisomi 13 (Patau syndrom)

Patau syndrom medfører ofte alvorlige og omfattende misdannelser. Mest typisk er hjertefeil som påvises hos over 80 prosent, manglende utvikling av hjernen, lite utviklet øyeeple eller manglende øyeutvikling, leppe-kjeve-ganespalte, samt overtallige fingre. I gjennomsnitt fødes rundt 3–6 barn med denne tilstanden hvert år i Norge. Det er høy dødelighet i første leveår, men noen lever lenger (Thomsen et.al., 2023).



Figur 14.3 Undersøkelingsmetoder fosterdiagnostikk 2017–2022

Kilde: Helsedirektoratet

14.5 Fosterdiagnostiske metoder

I fosterdiagnostikk brukes flere ulike analysemetoder for å stille en diagnose eller beregne risiko for medisinske tilstander hos fosteret. Undersøkelse av trisomier er den analysen som oftest blir gjort. Undersøkelsen kan gjøres på morkakeceller i mors blod (NIPT), på morkakeceller ved en morkakeprøve eller på fosterceller ved en fostervannsprøve. Svaret er klart etter alt fra 24 timer til to uker, avhengig av metoden som brukes. Fostervannsprøven eller morkakeprøven er antatt å innebære en risiko for spontanabort på under 0,5 prosent. En systematisk oversiktsartikkel og meta-analyse på undersøkelser utført etter år 2000 har imidlertid vist lavere risiko (ca. 0,1 prosent) for fostervannsprøver og 0,2 prosent for morkakeprøver (Beta et al., 2019; Helsenorge.no).

Undersøkelingsmetoder for fosterdiagnostikk 2017–2022

Bruk av ulike undersøkelsesmetoder må ses i sammenheng med indikasjoner for fosterdiagnostikk. Det er rapportert om flere fosterdiagnostiske undersøkelser enn antall svangerskap som er undersøkt. Dette kommer av at funn ved en undersøkelsesmetode ofte må følges opp med

andre undersøkelser. Ifølge rapportene fra virksomhetene til Helsedirektoratet var fosterdiagnostisk ultralydundersøkelse i 11. til 14. svangerskapsuke med dobbelt-test (KUB) den mest brukte undersøkelsesmetoden i perioden 2017–2020. Etter 2020 er fosterdiagnostisk ultralyd før svangerskapsuke 14 (tidlig ultralyd) og NIPT for trisomi blitt den mest brukte undersøkelsesmetoden. Dette må ses i sammenheng med antall gravide som får fosterdiagnostikk på aldersindikasjon, hvor ultralyd med KUB var primærundersøkelse frem til innføringen av NIPT i 2020. I 2020 ble det også bestemt at tidlig ultralyd skulle tilbys alle gravide. Det er en markant økning i antall undersøkelser med NIPT og tidlig ultralyd etter vedtaket om innføring av disse tilbudene (figur 14.3).

14.5.1 Ultralydundersøkelser i svangerskapet

Det medisinske hovedformålet med en ultralydundersøkelse vil være det samme, uansett om den gjøres tidlig eller sent i svangerskapet. Helsepersonell tolker de sonografiske bildene og reagerer når noe avviker eller gir mistanke om avvik fra det normale. Fokuset ved undersøkelser tidlig og senere i svangerskapet vil likevel være noe ulikt fordi fosteret utvikler seg over tid.

Boks 14.1 Godkjente metoder i Norge

Fosterdiagnostiske metoder skal godkjennes av Helsedirektoratet før de tas i bruk. I Norge er følgende metoder godkjent:

- ultralydundersøkelse i uke 11–14
- andre fosterdiagnostiske ultralydundersøkelser
- morkakeprøve
- fostervannsprøve
- fosterdiagnostikk basert på analyse av cellefritt morkake-DNA i den gravides blod: non-invasiv prenatal test (NIPT) for trisomi 13, 18 og 21. Testen kan brukes for svangerskap med ett foster og for tvillingsvangerskap, men ikke hvis det er observert «vanishing twin».
- non-invasiv prenatal test eller diagnostikk (NIPD) for å teste for bestemte alvorlige arvelige sykdommer, både enkeltgensykdommer (monogene sykdommer) og alvorlig arvelig kjønnsbundet sykdom (test for kjønn)

- NIPT/NIPD er også godkjent for analyse av fosterets RhD-status. Gravide som er RhD-negative får tilbud om NIPT-RhD gjennom den alminnelige svangerskapsomsorgen.

Laboratoriene som utfører analysene, må være godkjent i samsvar med bioteknologilovens bestemmelser. Det er særlige krav til virksomheter som skal tilby NIPT for trisomi 13, 18 og 21 ved tvillingsvangerskap. Eventuelle nye indikasjoner for bruk av NIPT må godkjennes etter bioteknologiloven § 4, andre ledd før undersøkelsen tas i bruk. Ultralydundersøkelser i den alminnelige svangerskapsomsorgen regnes ikke som fosterdiagnostikk etter bioteknologiloven.

Kilde: Helsedirektoratet

Ultralydundersøkelse i første trimester

Ultralydundersøkelse i første trimester gir informasjon om svangerskapets utvikling. Undersøkelsen gjøres blant annet for å vurdere fosterets beliggenhet og vitalitet, fosterstørrelse, svangerskapets varighet, antall fostre og antall morkaker, måling av nakkeoppklaring, utviklingsavvik hos fosteret, beliggenhet av morkake og vurdering av navlesnorfeste. Se kap. 14.5.2 og 14.5.3.

Rutineultral lyd i andre trimester

Alle gravide får tilbud om rutineultral lyd i svangerskapsuke 17–19, som del av den alminnelige svangerskapsomsorgen. Formålet med rutineultral lyd er å undersøke antall fostre, morkakens beliggenhet, bestemme termin og gjøre en orienterende undersøkelse av fosteranatomen. Se kap. 14.6. Rutineundersøkelsen i andre trimester er ikke lovregulert som fostermedisin i bioteknologiloven.

Boks 14.2 Genetiske undersøkelser og genomanalyser

Teknologisk utvikling og mer kunnskap om genetiske årsaker til sykdom fører til at bruken av genetiske tester i helsetjenesten har økt kraftig. Bruk av genetiske undersøkelser gir mulighet for hurtig og presis diagnostikk. Genetiske undersøkelser brukes både innen diagnostikk og forskning. Såkalte eksom- og genomundersøkelser kan gi store mengder informasjon om en persons arvelige egenskaper og risiko for sykdom. Mye av informasjonen er vanskelig å tolke, og stadig mer utbredt bruk av genetiske under-

søkelser setter nye krav til helsepersonells kunnskap om genetikk og kobling til sykdomsrisiko.

Bioteknologiloven stiller særskilte krav til medisinsk bruk av genetiske undersøkelser av fødte personer. Særlig strenge krav stilles i forbindelse med presymptomatiske og bærerdiagnostiske genetiske undersøkelser av fødte. Blant annet er det da krav til skriftlig samtykke, genetisk veiledning og godkjenning av virksomheter.

Ultralydundersøkelser på bakgrunn av klinisk indikasjon

Ultralydundersøkelse på bakgrunn av klinisk indikasjon omfatter gjerne problemstillinger knyttet til spontanabort og svangerskap utenfor livmoren når den utføres tidlig i svangerskapet. I siste halvdel av svangerskapet utføres undersøkelsen oftest for å vurdere fosterets vekst, blodsirkulasjon og fostervannsmengde. Mot slutten av svangerskapet gjøres ultralydundersøkelser ofte for å vurdere fosterleie og morkakens beliggenhet.

14.5.2 Endring av tilbudet til de gravide

Frem til 2022 var det ikke tilbud om ultralyd i første trimester til alle gravide, men det var en pågående diskusjon om innføring av dette over lang tid. Før innføring av tidlig ultralyd til alle gravide viste forskning at mer enn 50 prosent av de gravide fikk utført ultralydundersøkelser i første trimester, enten som ledd i fosterdiagnostikk eller fordi de selv ønsket det (Sitras et al., 2020).

Da Stortinget vedtok endringer i bioteknologiloven i 2020 (Prop. 34 L (2019–2020)) vedtok de samtidig følgende anmodningsvedtak om tidlig ultralyd, senket aldersgrense for tilbud om fosterdiagnostikk og om non-invasiv prenatal test (NIPT) (vedtak 617):

- Stortinget ber regjeringen sørge for at ultralyd med tilleggsundersøkelser som kan avdekke alvorlig sykdom eller skade hos fosteret, blir et tilbud til alle kvinner i første trimester gjennom den offentlige svangerskapsomsorgen.
- Stortinget ber regjeringen sørge for at aldersgrensen for å få tilbud om fosterdiagnostikk senkes fra kvinner som er >38 år ved termin, til kvinner som er >35 år ved termin.
- Stortinget ber regjeringen sørge for at non-invasiv prenatal test (NIPT) tilbys alle kvinner som har krav på fosterdiagnostikk, eller ved funn på tidlig ultralyd med tilleggsundersøkelser, uavhengig av kvinnens alder.
- Stortinget ber regjeringen sørge for at non-invasiv prenatal test (NIPT) blir tillatt å utføre i Norge for alle gravide kvinner.

Tidlig ultralyd med tilleggsundersøkelser er en fostermedisinsk undersøkelse, og Stortingets anmodningsvedtak av 26. mai 2020 medfører endringer i tilbud om fosterdiagnostikk til gravide. Stortinget endret ikke definisjonen av fosterdiagnostikk jf. bioteknologiloven § 4, første ledd: «Med fosterdiagnostikk forstås i denne lov undersøkelse av føtale celler, foster eller en gravid

kvinne med det formål å få informasjon om fosterets genetiske egenskaper eller for å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret. Ultralydundersøkelser i den alminnelige svangerskapsomsorgen anses ikke som fosterdiagnostikk i henhold til første ledd, og omfattes derfor ikke av denne loven med unntak av § 4, femte ledd.»

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å innføre tilbud om NIPT og tidlig ultralyd fra 1. januar 2022 til gravide som er 35 år eller eldre ved termin. De skal få tilbud om ultralydundersøkelse mellom starten av tolvte svangerskapsuke og utgangen av 14. svangerskapsuke og NIPT for trisomi 13, 18 og 21. Tilbudet er i løpet av 2022–2023 igangsatt ved helseforetakene, men noen har måttet redusere tilbudet i perioder.

14.5.3 Ultralyd i tolvte til 14. svangerskapsuke

Ved ultralydundersøkelsen i tolvte til utgangen av 14. svangerskapsuke undersøker lege eller jordmor om fosteret er i live, vurderer fosterets alder/svangerskapets lengde og gjør en vurdering av fosteranatomen, antall fostre og antall morkaker ved flerlinger. Tvillinger med felles morkake har høyere risiko for komplikasjoner (se kap. 16) og trenger derfor tettere oppfølging og flere undersøkelser i løpet av svangerskapet. Ultralydundersøkelsen kan gi tidlig informasjon om en del alvorlige medisinske tilstander og utviklingsavvik hos fosteret. Den kan også gi informasjon om tilstander som krever spesiell oppfølging av kvinnen eller fosteret, underveis i svangerskapet.

Mellom tolvte til utgangen av 14. svangerskapsuke har alle fostre en liten hevelse under huden i nakken, en nakkeoppklaring. Hvis nakkeoppklaringen er større enn forventet, kan jordmor eller lege som gjør ultralydundersøkelsen, måle tykkelsen på nakkeoppklaringen. Økt nakkeoppklaring kan være et tegn på at fosteret kan ha en kromosomforandring, for eksempel trisomi 13, 18 eller 21. Sannsynlighet for trisomi 13, 18 og 21 kan vurderes ut fra størrelsen på nakkeoppklaringen sammen med annen informasjon. En økt nakkeoppklaring kan også ses ved andre tilstander, som for eksempel hjertefeil eller andre genetiske sykdommer, men kan også forekomme som en ordinær variasjon. Ved mistanke om trisomi er det aktuelt å ta videre undersøkelser med morkake- eller fostervannsprøve, for å få sikker diagnose. Ved funn får den gravide derfor tilbud om videre utredning ved et fostermedisinsk senter.

14.5.4 NIPT (non-invasive prenatal test) for trisomi 13, 18 og 21

NIPT er en undersøkelse av fritt føtalt DNA i den gravides blod som blant annet kan påvise trisomier. Denne undersøkelsen kan gjøres fra starten av den tiende svangerskapsuken i Norge. Undersøkelsen innebærer ingen risiko for spontanabort og tas som en blodprøve av mor.

NIPT kan tilbys ved virksomheter som er godkjent av Helsedirektoratet. Gravide som ikke får NIPT for trisomi 13, 18 og 21 gjennom offentlig helsetjeneste, kan få utført undersøkelsen privat, mot betaling. Godkjenningen av NIPT som fosterdiagnostisk undersøkelse etter bioteknologiloven omfatter å undersøke for trisomi 13, 18 og 21. NIPT ved tvillingsvangerskap krever særlig godkjenning av virksomheten.

Hos alle gravide finnes det fritt DNA (arvestoff) fra morkaken i blodet. Ved å analysere fritt DNA fra morkaken kan man få informasjon om genetiske egenskaper hos fosteret. Det er fordi DNA i morkaken og fosterets DNA vanligvis er likt. Hvis NIPT viser økt sannsynlighet for trisomi, anbefales det videre diagnostikk (morkake- eller fostervannsprøve) før man kan stille mer sikker diagnose. NIPT kan benyttes som en test for å utelukke medisinske tilstander hos fosteret, men vil ofte gi falske positive svar. Hvis den ble brukt som primærttest til alle gravide, det vil si rundt 55 000

hvert år, ville 271 av de estimerte 275 tilfellene bli oppdaget, men i tillegg ville man forvente 230 falskt positive prøver (Eggebo, 2020).

I Norge er NIPT godkjent for å undersøke trisomi 21, trisomi 18 og trisomi 13. Testen er mest presis for å påvise trisomi 21.

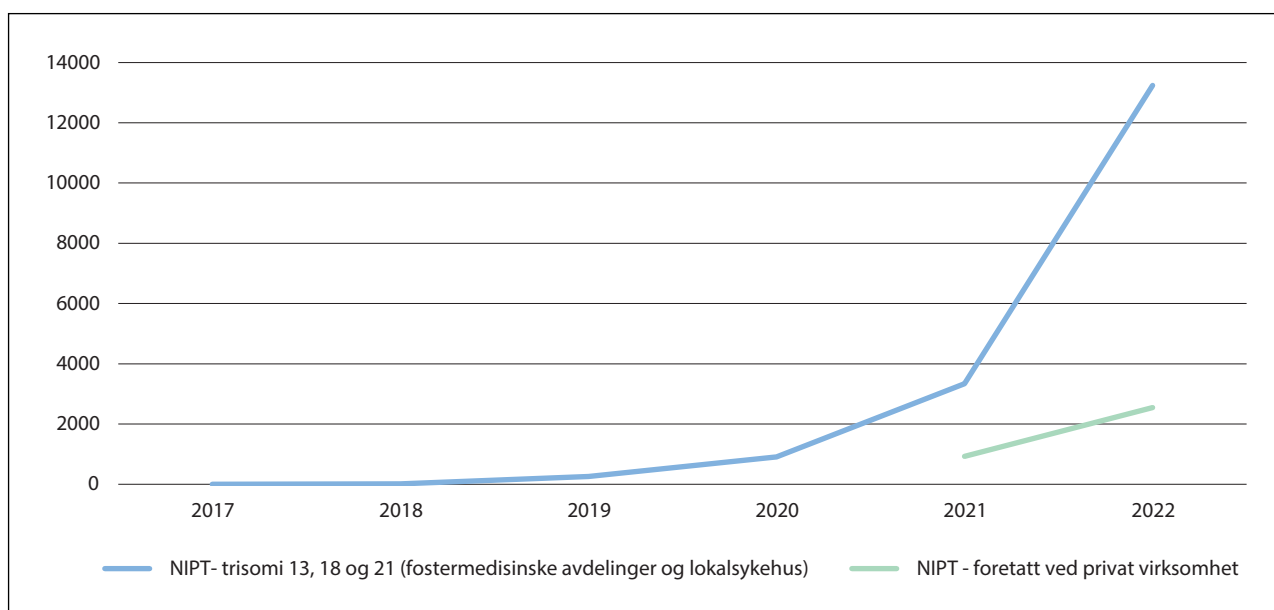
Det er ikke tillatt å ta blodprøve til NIPT før i starten av tolvte svangerskapsuke når den tas ved godkjent offentlig sykehus. I det private kan den gjøres fra ellefte svangerskapsuke. Det er åpnet for unntak i noen spesielle tilfeller.

NIPT kan ikke utføres for å undersøke eller få opplysninger om fosterets kjønn med mindre det for å undersøke fosterets kjønn før videre diagnostikk ved alvorlig kjønnsbundet sykdom.

Godkjente private virksomheter kan tilby NIPT. Før prøven tas, må jordmor eller gynekolog gjøre en enklere ultralydundersøkelse der formålet er å se at fosteret lever, avklare antall fostre og bestemme alder på fosteret. Dette har betydning for analyse av prøven. Analysesvar på NIPT-analysen kommer i løpet av to uker. Jordmor eller lege vil informerer kvinnen om resultatet, og om det kan bli behov for flere prøver i etterkant.

14.5.5 Morkakeprøve

En morkakeprøve er en analyse av celler fra morkaken. Morkaken utvikles fra det befruktede egget. Arvestoffet i morkaken er derfor som



Figur 14.4 Utvikling i bruk av NIPT/NIPD i perioden 2017–2022

Dataene viser antall NIPT for trisomi 13, 18 og 21 foretatt ved lokalsykehus og fostermedisinske avdelinger eller ved en godkjent privat virksomhet. Dataene viser ikke hvor mange gravide som har tatt en NIPT-undersøkelse, da enkelte gravide kan ha blitt undersøkt flere ganger.

Kilde: Helsedirektoratet

oftest det samme som i fosteret. En morkakeprøve gir svar på om fosteret har en medfødt eller arvelig sykdom eller medisinsk tilstand.

Det er indikasjon for tilbud om morkakeprøve dersom det er påvist økt risiko for at fosteret kan ha en alvorlig, arvelig sykdom eller tilstand eller det er påvist fosteravvik på ultralyd.

Før morkakeprøve henvises man til avdeling for medisinsk genetikk eller fostermedisinsk senter. Kvinnen får veiledning og informasjon om undersøkelsen i forkant. En morkakeprøve tas etter ellefte svangerskapsuke, oftest mellom ellefte og 14. svangerskapsuke.

Morkakeprøven kan utføres på to ulike måter: Gjennom bukveggen (transabdominalt) eller via skjeden gjennom livmorhalsen (transcervikalt). Før prøven tas gjøres det en ultralydundersøkelse for å finne ut hvilken metode som er mest egnet, ut fra hvor morkaken er plassert. Undersøkelsen gjennomføres ved at det under ultralydveiledning stikkes en nål gjennom bukveggen og inn i morkaken. Deretter suges det ut litt vev fra morkaken.

Alternativt føres det en liten klype/kanyle via livmorhalsen og inn til morkaken før det tas ut litt vev. For de fleste er det omtrent som når det blir tatt celleprøve fra livmorhalsen. Det vil vanligvis ikke være behov for sykmelding. Svar på prøven kommer vanligvis i løpet av tre til sju dager. Noen analyser tar lenger tid. I om lag to prosent av tilfellene gir morkakeprøven et usikkert svar, og det kan være nødvendig med en oppfølgende fostervannsprøve.

Opptil 0,5 prosent av de som tar morkakeprøve, kan få en komplikasjon som skyldes prøvetakingen, blant annet spontanabort. Spontanabort skjer vanligvis i løpet av den første uken etter at prøven er tatt.

14.5.6 Fostervannsprøve

Ved en fostervannsprøve undersøkes fosterets celler fra fostervannet. Fostervannsprøve gir svar på om fosteret har en medfødt eller arvelig sykdom/tilstand. Fostervannsprøve tas som regel senere i svangerskapet enn morkakeprøve, og kan tas etter 16. svangerskapsuke.

Tilbud om fostervannsprøve gis hvis det er påvist høy risiko eller sannsynlighet for trisomi hos fosteret (ved NIPT), eller det er økt risiko for at fosteret kan ha en alvorlig, arvelig sykdom eller tilstand eller det er påvist fosteravvik på ultralyd.

Før fostervannsprøve henvises man til avdeling for medisinsk genetikk eller fostermedisinsk senter. Kvinnen får veiledning og informasjon om undersøkelsen i forkant der undersøkelsen skal

gjøres. En fostervannsprøve tas vanligvis etter 16. svangerskapsuke.

Før fostervannsprøven blir tatt, gjøres en ultralydundersøkelse for å finne ut hvor stort fosteret er, hvor morkaken ligger og hvor det er best å stikke inn nålen. Selve undersøkelsen gjøres ved at det under ultralydveiledning stikkes en tynn nål inn i livmorhulen. Deretter suges det ut en liten mengde fostervann. Det vil for de fleste ikke være behov for sykmelding. Vanligvis er prøvesvar klart innen tre til 14 dager.

Opptil 0,5 prosent av dem som tar en fostervannsprøve, kan få en komplikasjon på grunn av selve prøvetakingen, deriblant en spontanabort. Aborten skjer da vanligvis i løpet av den første uken etter at prøven er tatt.

14.5.7 Fosterdiagnostikk til gravide med spesiell indikasjon

Gravide får tilbud om genetisk fosterdiagnostikk eller ultralydundersøkelse ved et fostermedisinsk senter hvis:

- en ultralydundersøkelse viser at fosteret kan ha et utviklingsavvik, eller NIPT viser at fosteret kan ha en høy sannsynlighet for trisomi 21, 18 eller 13
- man har økt risiko for å få et foster eller barn med alvorlig utviklingsavvik eller alvorlig arvelig sykdom, som for eksempel cystisk fibrose og spinal muskelatrofi
- kvinnen/mannen eller paret har tidligere fått et foster eller barn med alvorlig sykdom eller utviklingsavvik

Alvorlig sykdom eller utviklingsavvik er i denne sammenhengen alvorlig misdannelse/syndrom, kromosomsykdom, alvorlig arvelig sykdom som kan diagnostiseres i fosterlivet, eller alvorlig X-bunden recessiv sykdom. Det er primærhelsetjenesten eller lokalsykehus som kan henvise til et fostermedisinsk senter/medisinsk-genetisk avdeling.

Hvis kvinnen er i en svært vanskelig livssituasjon, kan hun også få tilbud om ultralydundersøkelse i uke 11–14 og NIPT gjennom den offentlige spesialisthelsetjenesten, ved lokalsykehuset uavhengig av alder på kvinnen (Helsedirektoratet/Helsenorge.no).

Boks 14.3 Andre fosterdiagnostiske undersøkelser

- non-invasiv prenatal test eller diagnostikk (NIPD) for å teste for bestemte alvorlige arvelige sykdommer, både enkeltgensykdommer (monogene sykdommer) og alvorlig arvelig kjønnsbundet sykdom (test for kjønn)
- NIPT/NIPD er også godkjent for analyse av fosterets RhD-status. Gravide som er RhD-negative får tilbud om NIPT-RhD gjennom den alminnelige svangerskapsomsorgen.

14.6 Rutineultral lyd i svangerskapet i 17.–19. svangerskapsuke

Alle gravide får tilbud om rutineultral lyd i 17. til 19. svangerskapsuke som del av den alminnelige svangerskapsomsorgen. Formålet med undersøkelsen er å undersøke antall fostre, morkakens beliggenhet, bestemme termin og gjøre en orienterende undersøkelse av fosteranatomen. I praksis omfatter undersøkelsen en detaljert undersøkelse av fosterets utvikling og anatomi.

Det er viktig å måle fosterets størrelse. I andre trimester måles størrelsen på fosterhodet, magen og lengden på lårbeinet. Ved mistanke om patologi henvises kvinnen til fostermedisinsk avdeling eller senter.

14.7 Genetisk veiledning ved risiko for alvorlig sykdom hos foster eller barn

Ved kjent risiko eller mistanke om alvorlig sykdom hos fosteret og når det er aktuelt å gjøre genetiske undersøkelser får kvinnen/paret genetisk veiledning. Genetisk veiledning utføres av genetiker eller genetisk veileder ved avdeling for medisinsk genetikk. Viktige tema er medisinske fakta om tilstanden som det undersøkes for, hvilken type fosterdiagnostisk undersøkelse som kan gi informasjon om sykdommen og hvor lang tid det tar å få svar. Det gis også informasjon om hvor stor sannsynlighet det er for å få et barn med sykdommen, hvordan sykdommen kan utvikle seg og om det er behandlingsmuligheter. Hvis det er

mulig med prenataldiagnostikk, henvises kvinnen til en fostermedisinsk avdeling for ultralyd og invasiv diagnostikk (Helsenorge, 2023).

14.8 Funn etter fosterdiagnostikk

Andelen svangerskap som får påvist ett eller flere kromosomavvik, har økt jevnt over de siste ti årene, fra 0,38 prosent av alle svangerskap i 2013 til 0,52 prosent i 2022. Andelen svangerskap med trisomi 21 (Downs syndrom) økte også i samme tidsrom, fra 0,21 prosent i 2013 til 0,33 prosent i 2022. Dette er en trend som har pågått over flere tiår. Økningen i svangerskap med trisomi-syndromer er vist å henge sammen med stigende gjennomsnittsalder hos gravide. Utviklingen av fosterdiagnostikk, inkludert NIPT, gjør at det er lettere å stille trisomidiagnosen tidligere i svangerskapet, og oftere enn før er diagnosen kjent før fødselen (Thomsen et al., 2023). Hjertefeil, hypospadi (misdannelse i urinveiene hos guttefostre), kromosomavvik, og leppe-gane-spalte var blant de hyppigst forekommende registrerte misdannelsene i Medisinsk fødselsregister for alle svangerskap etter 12.uke i 2022. En mindre andel av alle svangerskap har hjertefeil i dag enn for 10 år siden, synkende fra 7,6 promille/0,8 prosent i 2013 til 6,6 promille/0,7 prosent i 2022, noe som utgjorde 345 svangerskap dette året. Tilsvarende var det 20 prosent nedgang i hvor mange fostre som har hypospadi, til at 100 fostre/nyfødte fikk diagnosen i 2022. Forekomsten av leppe-gane-spalte har ligget relativt stabilt de siste fem årene, og diagnosen ble satt i rundt 80 svangerskap i 2022. (Tallene for hjertefeil inkluderer ikke tilstandene patent duktus arteriosus, pulmonalarteriestenose hvis barnet er født for tidlig, eller persisterende venstre vena cava superior) (Medisinsk fødselsregister).

14.9 Verdigrunlaget bak regulering av medisinsk bruk av bioteknologi

Bioteknologiloven regulerer assistert befruktning, genetisk undersøkelse av befruktete egg (preimplantasjonsdiagnostikk (PGT)), fosterdiagnostikk, genetiske undersøkelser, bruk av genterapi, forskning på befruktete egg og bruk av terapi basert på celler fra overtallige befruktete egg (på forskningsstadiet). Utviklingen på disse områdene er i stor grad teknologidrevet. De aktuelle teknologiene gir muligheter for å hjelpe mennesker som har stor risiko for å få barn med alvor-

lig arvelig sykdom, eller som har risiko for å utvikle alvorlig arvelig sykdom. Teknologien gir også mulighet for å hjelpe mennesker som er ufri-villig barnløse, og mulighet for å utvikle mer treff-sikre behandlingsformer (for eksempel gente-rapi). Bioteknologiloven skal ivareta grunnleg-gende etiske prinsipper som berører alle fagområ-dene som reguleres av loven. Disse prinsippene ligger til grunn for all medisinsk virksomhet, men kan særlig bli satt på spissen innenfor de fagområ-dene som bioteknologiloven regulerer. I biotekno-logilovens formålsparagraf står det at «loven skal sikre at medisinsk bruk av bioteknologi utnyttes til beste for mennesker i et samfunn der det er plass til alle». Medisinsk bruk av bioteknologi skal skje i samsvar med prinsipper om respekt for menneskeverd, menneskerettigheter og personlig integritet og uten diskriminering på grunnlag av arveanlegg (Helsedirektoratet, 2015).

Norge har ratifisert Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin (Oviedo-konvensjonen). Norge har også ratifisert tilleggs-protokollene om medisinsk og helsefaglig forskning og om genetiske undersøkelser for hel-seformål. I tilleggsprotokollen om genetiske undersøkelser stilles det krav til kvaliteten på de genetiske tjenestene, og det fremheves at klinisk nytte skal være et grunnleggende kriterium i vur-deringen av om en genetisk undersøkelse skal til-bys en person eller en gruppe. Videre stilles det krav om informasjon og genetisk veiledning og om samtykke fra den som skal undersøkes.

14.10 Regulering av fosterdiagnostikk i bioteknologiloven

Bioteknologiloven kapittel 4 om fosterdiagnostikk regulerer nærmere bruk av fosterdiagnostikk i Norge.

I bioteknologiloven § 4, første ledd defineres fosterdiagnostikk og lovens virkeområde med hensyn til fosterdiagnostikk nærmere:

Med fosterdiagnostikk forstås i denne lov undersøkelse av føtale celler, foster eller en gravid kvinne med det formål å få informasjon om fosterets genetiske egenskaper eller for å påvise eller utelukke sykdom eller utviklings-avvik hos fosteret.

Ultralydundersøkelser i den alminnelige svangerskapsomsorgen anses ikke som foster-diagnostikk i henhold til første ledd, og omfattes derfor ikke av denne loven med unntak av § 4-5.

Boks 14.4 Assistert befruktning

Antall par som behandles med assistert befruktning øker i Norge og mellom tre og fire prosent av alle barn som fødes i Norge hvert år er blitt til ved assistert befruktning utført i Norge. Tilbudet har også blitt utvidet til å gjelde flere og med flere metoder. Samti-dig reiser stadig flere norske kvinner og par til utlandet for behandling, noen ganger med metoder som er ulovlige i Norge, som surro-gati og seleksjon av kjønn. Før det ble tillatt med eggdonasjon i Norge reiste flere kvinner til andre land for å få lagret ubefruktede egg eller få behandling med eggdonasjon. (Romundstad, 2019).

Bioteknologiloven § 4, femte ledd regulerer opp-lysning om kjønn før utgangen av tolvte svan-gerskapsuke og slår fast at opplysning om foste-

Boks 14.5 Flerlinger ved assistert befruktning

Flerlingfødsler har vært en hovedgrunn til økt sykkelighet og dødelighet hos barn som er født etter assistert befruktning. Et positivt utviklingstrekk i Norge er at antall fødsler med tvillinger eller trillinger er halvert (tidli-gere opp mot 25 prosent). Årsaken til dette er at praksis med å sette inn flere embryo er endret. Det er store forskjeller mellom lan-dene når det gjelder antall embryoer som set-tes inn ved hver behandling, og dermed er det stor variasjon i antall tvilling- eller trillingføds-ler. Det er en tydelig trend at det overføres færre embryoer ved hver behandling.

Det stilles bestemte krav til par som ønsker assistert befruktning, og avgjørelse om behandling med assistert befruktning skal bygge på medisinske og psykososiale vur-deringer av paret. Hensynet til det kommende barnet står helt sentralt. Det er behandlende lege ved virksomheten som utfører assistert befruktning, som avgjør om paret skal få til-bud om behandling. Legen kan innhente infor-masjon som er nødvendig for å foreta en hel-hetsvurdering av paret. (Romundstad 2019) (Helsedirektoratet).

Boks 14.6 Preimplantasjonstesting (PGT)

Hvis det er kjent risiko for å få et barn med alvorlig arvelig sykdom, kan preimplantasjonstesting (PGT) være et alternativ til fosterdiagnostikk. PGT brukes for å undersøke genetiske egenskaper hos et befruktet egg. De regionale helseforetakene er godkjent virksomhet for å utføre testen. Tidligere kunne bare PGT gjennomføres etter tillatelse fra PGT-nemnda. Studier har undersøkt årsaker til at par velger PGT framfor fosterdiagnostikk, eventuelt med abort som en mulighet. Årsakene er i hovedsak at paret ikke ønsker abort, at paret tidligere har opplevd abort av foster med alvorlig arvelig sykdom, eller at paret trenger assistert befruktning for å bli gravide. Parene så på PGT som et bedre og mindre psykisk stressende alternativ enn fosterdiagnostikk med eventuell etterfølgende abort av et affisert foster. Ulempene med PGT var først og fremst den lave suksessraten og den fysiske belastningen ved IVF/ICSI behandlingen (Helsedirektoratet, 2011). Det har vært en utvikling i bruk av PGT og hvilke indikasjoner som er indikasjon for tilbud om dette i Norge.

rets kjønn før utgangen av tolvte svangerskapsuke, som fremkommer ved fosterdiagnostikk eller annen undersøkelse av fosteret, bare kan gis dersom kvinnen er bærer av alvorlig kjønnsbundet sykdom.

Fosterdiagnostiske undersøkelser som omfattes av bioteknologiloven, er omfattet av en rekke krav i loven. Det er krav til godkjenning av undersøkelser (bioteknologiloven § 4, andre ledd), skriftlig samtykke fra den som skal undersøkes (bioteknologiloven § 4, tredje ledd) og krav til informasjon og genetisk veiledning (bioteknologiloven § 4, fjerde ledd). Videre er det forbud mot farskapstesting på fosterstadiet, med mindre svangerskapet er resultat av visse straffbare forhold omtalt i straffeloven (straffeloven § 4, sjette ledd).

I noen tilfeller kan det være aktuelt å teste mor eller far for bærertilstander eller gjøre prediktive eller presymptomatiske genetiske undersøkelser av mor eller far som ledd i den fosterdiagnostiske utredningen. Da vil også bioteknologilovens

regler om genetiske undersøkelser av fødte (bioteknologiloven, kapittel 5) komme til anvendelse.

Genetiske undersøkelser av fødte, som er omfattet av kapittel 5 i bioteknologiloven, skal bare anvendes til medisinske formål med diagnostiske eller behandlingsmessige siktemål. Loven stiller en rekke krav og begrensninger i bruk av genetiske undersøkelser og opplysninger. Det skal gis skriftlig samtykke (bioteknologiloven § 5, fjerde ledd), og genetisk veiledning i forkant av undersøkelsen (bioteknologiloven § 5, femte ledd). Det er forbud mot bruk av genetiske opplysninger utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som hovedregel er det pasienten selv som beslutter om andre kan få opplysninger om arvelig sykdom i familien som er fremkommet etter undersøkelsene (bioteknologiloven § 5, niende ledd).

Undersøkelser på bakgrunn av klinisk indikasjon og rutineundersøkelsen i andre trimester (17. til 19. svangerskapsuke) reguleres ikke av bioteknologiloven.

14.11 Holdninger til bruk av fosterdiagnostikk

Større muligheter for diagnostikk har ført til mer oppmerksomhet og kunnskap om mulighet for fosterundersøkelser og flere gravide som forventer og ønsker undersøkelser i svangerskapet. En artikkel fra 2020 som tok for seg holdningene til fosterdiagnostikk blant norske gravide, viste at 78,4 prosent mente at fosterdiagnostikk burde være et offentlig tilbud til alle (Sitras et al., 2020). Samtidig har fosterdiagnostikk alltid vært omdiskutert fordi det for en del kvinner fører til et valg om å ta abort eller fortsette svangerskapet (Sitras et al., 2020). Debatten om fosterdiagnostikk henger tett sammen med abortdebatten.

Før innføring av tidlig ultralyd til alle og NIPT til kvinner over 35 år har en stor andel av gravide tatt ultralydundersøkelse privat i ellefte til 13. svangerskapsuke. I en spørreundersøkelse som ble utført ved Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus i 2019, fant man at 86 prosent av gravide hadde betalt privat for tidlig ultralyd og 27,5 prosent hadde tatt non-invasiv prenatal test (NIPT) i utlandet. Av deltakerne mente 76 prosent at fosterdiagnostikk burde bli et offentlig tilbud til alle gravide.¹

¹ Oslo universitetssykehus Er du gravid? Nå kan du velge tidlig fosterdiagnostikk – Oslo universitetssykehus (oslo-universitetssykehus.no)

14.12 Etiske spørsmål ved fosterdiagnostikk

Bruk av fosterdiagnostikk i Norge har vært omdiskutert helt siden det ble mulig å gjøre stadig mer presise undersøkelser og diagnostikk av fosteret på 1980-tallet. For de fleste tilstander som oppdages i svangerskapet, er det begrensede eller ingen behandlingsmuligheter før etter fødselen. Når det gjøres funn ved fosterdiagnostiske undersøkelser, vil valget som kvinnen står overfor, derfor ofte dreie seg om å fortsette eller avbryte svangerskapet. Diskusjonen om økt bruk av fosterdiagnostikk og innføring av flere rutinemessige undersøkelser av foster hos alle gravide i Norge henger derfor sammen med abortdiskusjoner i samfunnet. Samtidig reiser fosterdiagnostikken også andre spørsmål. Diskusjoner om fosterdiagnostikk tar opp spørsmål om kvinnens selvbestemmelse og retten til å vite, mot vern av fosteret og samfunnets interesse i å opprettholde et inkluderende og ikke-diskriminerende samfunn. Funn i fosterdiagnostikken setter også vordende foreldre eller foreldre i krevende etiske dilemmaer ved å gi mulighet for å avslutte et svangerskap som i utgangspunktet var ønsket (Hofmann et al., 2021).

Befolkningens kjennskap til og holdninger til bioteknologi i medisinsk sammenheng har også endret seg med den medisinsk-teknologiske utviklingen. Internett og sosiale medier gjør at kunnskap og markedsføring av diagnostiske tilbud og behandlingstilbud spres raskt. Som følge av dette utvikles og endres også lovgiving både i Norge og i andre land.

14.12.1 Sentrale argumenter og posisjoner i diskusjoner om fosterdiagnostikk

Anne Mari Røsting Strand har i sin doktorgradsavhandling analysert argumenter og ulike posisjoner i den offentlige diskusjonen om fosterdiagnostikk i Norge (Strand 2016). Hun identifiserer tre grupper av argumenter om fosterdiagnostikk og analyserer også det såkalte «sorteringssamfunn»-perspektivet på fosterdiagnostikken.

Fosterdiagnostikk kan ses på som et middel til å forebygge sykdom. Da er risiko et sentralt moment. Den andre måten å se fosterdiagnostikken på dreier seg mindre om å forebygge sykdom og mer om å forebygge fremtidig lidelse. Det fremtidige barnet og/eller familien er her den viktigste parten i saken, og omsorg og barmhjertighet er sentrale verdier til grunn for argumentasjonen. Slike argumenter er riktignok vanskelig å benytte for prenatal testing for trisomi 21 (Downs

syndrom), da denne tilstanden ikke er forbundet med sikker lidelse og alvorlig sykdom i fremtiden.

Når det gjelder trisomi 13 og 18 er prognosen atskillig mer alvorlig for mange med disse diagnosene. Samtidig vil risiko for fremtidig lidelse fortsatt brukes av noen også når det gjelder tilstander hos foster med større usikkerhet rundt prognose for det fremtidige barnet. Den tredje gruppen av argumenter handler om autonomi og beskrives som «paradigmet om selvbestemmelse». Her plasseres prenatal testing og risikohåndtering som del av en diskurs om rettigheter. Dette paradigmet bygger på at så lenge gravides behov for tilstrekkelig og tilpasset informasjon er ivaretatt, er prenatal testing for alle den beste måten å sikre autonomi i svangerskapet. Paradigmet er basert på prinsippet om individuell autonomi og har mye til felles med konseptet om *informert samtykke* som basis for autonomi og selvbestemmelse, der målet er at nøytral og tilpasset informasjon skal sikre autonomi og selvbestemmelse. Denne gruppen av argumenter har vært den viktigste for å etablere prenatal risiko-testing for alle gravide i det offentlige tilbudet i svangerskapsomsorgen (Strand 2016).

Når det gjelder konseptet «sorteringssamfunnet», er dette et kjent uttrykk i diskusjoner i Norge om fosterdiagnostikk. Her vektlegges den negative signaleffekten ved prenatal testing som gir negative og uønskede følger, som at tilbudet om prenatal testing er med på å signalisere at mennesker som lever med ulike tilstander, er mindre verdt, og en nedvurdering av disse og deres familier. Det er først og fremst det valget som gjøres tilgjengelig og tilbys fra myndighetene, som er det problematiske sett fra dette perspektivet, ikke det individuelle valget som gjøres av den enkelte (Solberg 2008; Strand 2016).

I etisk analyse av diskusjonene påpeker Strand blant annet at valg og handlinger alltid er situerte, altså plassert innen en bestemt sammenheng. Valg og handlinger tas ikke i et vakuum. Samfunnet må ta ansvar for tilbudet som gis til de gravide, og ikke fraskrive seg ansvar ved å henvise til at det er tatt et autonomt valg basert på nøytral informasjon. Tilbudet er i seg selv ikke nøytralt, men forutsetter og begrenser handlinger og handlingsalternativer.

Handlinger og tilbud er også relasjonelle. Den gravides valg har alltid et relasjonelt aspekt og er i seg selv relasjonelt. Argumenter om autonomi basert på informert samtykke gjort av et fritt og uavhengig individ kan, sett fra relasjonelt perspektiv, bli trukket i tvil som argumentasjon basert på falske premisser om menneskers uavhengighet.

Konteksten som valget tas innenfor, inneholder både eksplisitte og implisitte normative forventninger og føringer (Strand 2016).

14.12.2 Å lete etter avvik

Idealet om et samfunn der det er plass til alle, står sterkt i Norge. Uavhengig av om man blir født med funksjonsnedsettelse eller alvorlig sykdom, skal man ikke ekskluderes eller diskrimineres. Enkelte personer som lever med en tilstand som gir tilgang til abort etter fosterdiagnostikk, har uttalt at de opplever tilbudet av fosterdiagnostikk og abort som krenkende.

Det er stor oppslutning om offentlige helsetjenester i Norge og høy grad av tillit til anbefalinger og tilbud man får i det offentlige. I svangerskapsomsorgen møter 98 prosent opp til ultralyd i 18. til 19. svangerskapsuke. Det antas at det vil være stor oppslutning om tilbud om tidlig ultralyd. De fleste norske borgere vil oppfatte et tilbud fra det offentlige som en anbefaling fra helsetjenesten som de bør ta imot. Det er en risiko for at noen gravide kan oppfatte rutineundersøkelsene som en forventning om at de skal ta abort, hvis det oppdages medisinske tilstander hos fosteret. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012). På den annen side er tidlig ultralyd i dag regulert som fosterdiagnostikk. Det betyr utvidede krav til informasjon og til skriftlig samtykke. Svært få andre helsetjenester krever skriftlige samtykke, og sånn sett er dette med på å markere at fosterdiagnostikk nettopp er et tilbud som man ikke bør tenke på som rutine.

En svensk utredning om etiske problemstillinger knyttet til fosterdiagnostikk og abort legger til grunn at det ikke kan være en rettighet å føde et barn uten funksjonsnedsettelse eller sykdom. Fosterdiagnostikk skal ikke ha som funksjon å bestemme «kvaliteten» på fosteret, hvor det ligger implisitt en forventning om at fostre som ikke oppfyller visse «kvalitetskrav», bør aborteres. Men det kan heller ikke være en plikt å bære fram et barn med alvorlige medisinske tilstander, sa man i rapporten (SOU 1989).

14.12.3 Rett til informasjon

En viktig samfunnsverdi og grunnleggende menneskerettighet er at hvert menneske i størst mulig grad skal få avgjøre selv hvordan man vil leve. Med utgangspunkt i den gravides selvbestemmelse er det viktig at kvinnen selv må kunne velge det hun mener er best for seg og sin familie når det gjelder reproduksjon. For noen vil det bety at

kvinnen skal få vite så mye som mulig om fosteret hvis hun ønsker det, og at det ikke er samfunnet, men kvinnen selv som bestemmer hvor mye hun vil vite. Dersom alle gravide får tilbud om en bestemt test i det offentlige, vil enkelte mene at det er etisk problematisk hvis ikke kvinnen har rett til å handle på bakgrunn av den informasjonen hun har mottatt, og avgjøre om hun skal fortsette svangerskapet eller ikke. Å ha omsorg for et barn med en alvorlig funksjonsnedsettelse vil påvirke livet til kvinnen og familien i betydelig grad.

Da Stortinget behandlet endringer i bioteknologiloven i 2020, stod prinsippet om selvbestemmelse, kunnskap og autonomi for den gravide frem som sentrale argumenter for de som stemte for utvidet rett til informasjon og undersøkelse av fosteret for alle gravide.

At mange gravide ønsker å vite mest mulig, og selv skal ha rett til å velge, taler for et tilbud om fosterdiagnostikk til gravide. Å ta hensyn til hvilke følger valgmulighetene kan ha for gravide er også viktig i denne debatten. Å velge bort fostre med visse tilstander vil føre til at det blir færre med den aktuelle tilstanden i samfunnet. Å tilrettelegge for slike tilbud kan oppfattes som et signal om at mennesker med ulike tilstander er uønsket i samfunnet. Summen av de individuelle valgene som kvinner gjør, kan også bidra til slike holdninger. Noen vil mene at det offentliges tilbud om testing kan komme i konflikt med prinsippet om likeverd og mangfoldssamfunnet.

14.12.4 Fosterdiagnostikk i fremtiden

En rekke andre tilstander eller risiko for andre tilstander enn de tre trisomiene kan påvises med NIPT, men NIPT er ikke godkjent for denne bruken i Norge. Når presisjonen i testene forbedres, når nye tester kommer til, og hvis det kommer nye muligheter for behandling, kan det trolig i fremtiden bli aktuelt å vurdere utvidelser av tilbudet om fosterdiagnostikk også i Norge. Private tilbydere i andre land tilbyr allerede slike utvidede tester, og markedsfører seg også mot norske kvinner.

Utvidede muligheter for behandling og diagnostikk med genetiske undersøkelser av arvematerialet, helgenomsekvensering av fosterets DNA og muligheter for diagnostikk og behandling på tvers av landegrensene vil føre til fortsatte diskusjoner om hvilket tilbud om fosterdiagnostikk man skal ha i Norge og hvordan de ulike metodene skal brukes (Hofmann et al., 2021).

14.13 Svangerskapsavbrudd etter fosterdiagnostikk

Det har vært en økning i bruk av NIPT blant gravide fra 2021 til 2022 som følge av at tilbud om NIPT til gravide er endret. Alle gravide får tilbud om tidlig ultralyd, og de over 35 år får også tilbud om NIPT i den offentlige svangerskapsomsorgen. Samtidig kan alle gravide ta NIPT i det private dersom de ønsker dette. Ved mistanke om sykdom eller medisinske tilstander hos fosteret, henvises kvinnen til et regionalt senter for fosterdiagnostikk for videre utredning. Blant kvinner som valgte å avbryte svangerskapet etter utgangen av tolvte svangerskapsuke hadde 30 prosent fått utført en NIPT i 2022, mot 8 prosent i 2021 (Thomsen et. al. 2023).

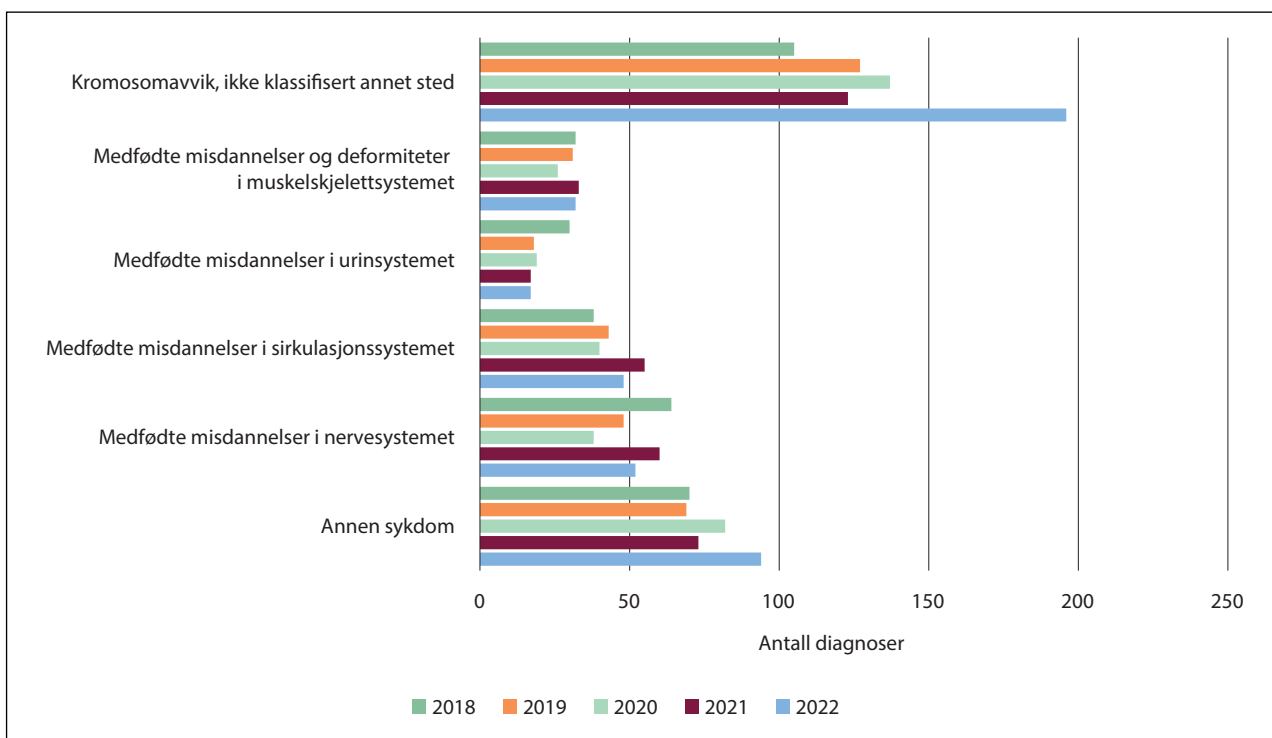
I første del av den siste ti-årsperioden endte rundt ti prosent av svangerskap med mistenkt eller påvist sykdom eller tilstander, i abort. Det har vært en gradvis økning, og i 2022 endte 14 prosent av svangerskap der det var påvist sykdom eller tilstander hos fosteret med abort. I mange svangerskap der det blir påvist sykdom eller tilstander er det flere ulike diagnoser og tilstander hos fosteret. Statistikken her er basert på påvist og mistenkt sykdom og tilstander hos fostre etter utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Andelen dødsfall blant nyfødte er generelt er lav i Norge. Antallet dødsfall har sunket de siste ti årene. Dette gjelder også for barn som har en funksjonsnedsettelse eller sykdom ved fødsel. I 2022 døde 11 barn som var født med sykdom eller funksjonsnedsettelse i løpet av første leveuke, mot 24 dødsfall i første leveuke i 2013.

Av alle svangerskap der det ble påvist hjerte-feil endte 15 prosent med abort i 2013 etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Det har vært en gradvis økning og i 2021 og 2022 endte rundt 19,5 prosent av svangerskap med påvist hjerte-feil med abort (Tallene for hjerte-feil inkluderer ikke tilstandene patent dukтус arteriosus, pulmonalarteriestenose hvis barnet er født for tidlig, eller persisterende venstre vena cava superior (Kilde: Medisinsk fødselsregister).

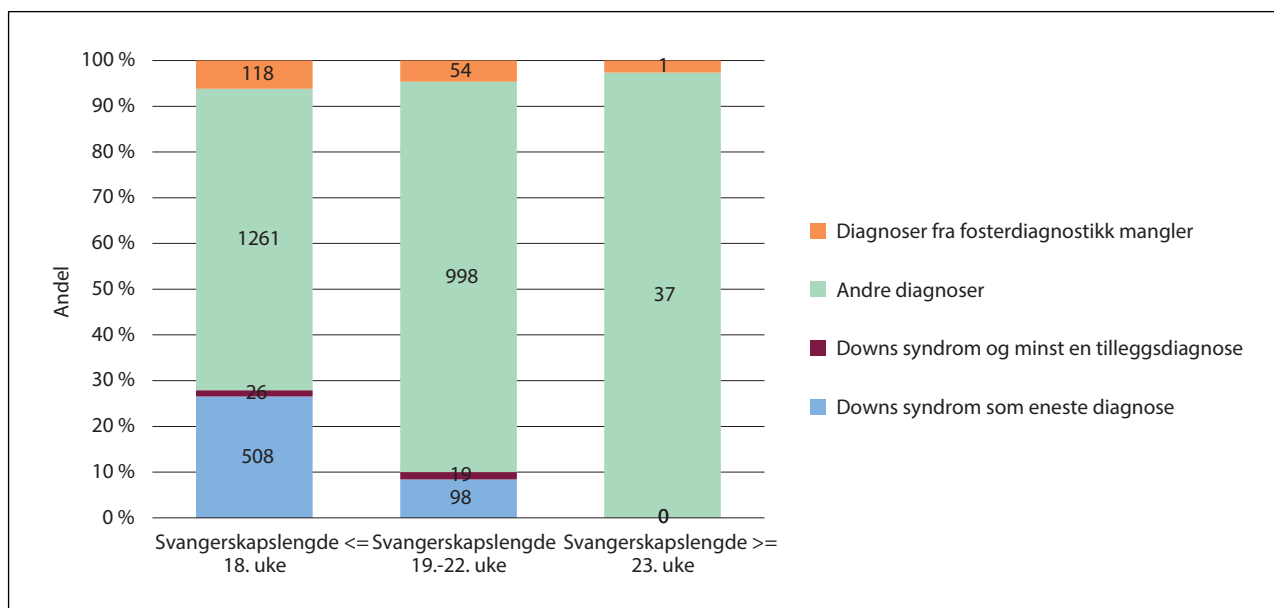
14.13.1 Svangerskap og svangerskapsavbrudd med påvist kromosomavvik

Andelen svangerskap der det blir påvist kromosomavvik hos fosteret har økt de siste årene fra 0,38 prosent av alle svangerskap i 2013 til 0,52 prosent i 2022. Andelen svangerskap der det blir påvist trisomi 21 hos fosteret (Downs syndrom) økte også i samme tidsrom, fra 0,21 prosent i 2013 til 0,33 prosent i 2022. Økningen i andelen fostre



Figur 14.5 Diagnoser stilt ved hjelp av fosterdiagnostikk for nemndbehandlede aborter 2018–2022

Medisinsk fødselsregister har ikke informasjon om svangerskap som blir avbrutt før utgangen av 12. svangerskapsuke.
Kilde: Medisinsk fødselsregister



Figur 14.6 Nemndbehandlede aborter § 2, tredje ledd bokstav c andel Downs syndrom og andre diagnoser ved ulike svangerskapslengder 2013–2022

Kilde: Medisinsk fødselsregister

med trisomier er vist å henge sammen med stigende gjennomsnittsalder hos gravide. Utviklingen av fosterdiagnostikk, inkludert NIPT, gjør at det er lettere å stille trisomidiagnosen tidligere i svangerskapet, og oftere enn før er diagnosen kjent før fødselen. I 2022 ble det gjennomført abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke i 77 prosent av alle svangerskap der det var påvist kromosomavvik hos fosteret. I 2021 ble det foretatt abort i 61 prosent av svangerskapene der det var påvist kromosomavvik hos fosteret. Tilsvarende utvikling ses i svangerskap der fosteret har trisomi 21 (Downs syndrom). I svangerskap der det ble påvist Downs syndrom hos fosteret steg andelen aborter fra 54 prosent av svangerskapene i 2021 til 73 prosent i 2022 (Thomsen 2023).

Svangerskapsavbrudd etter påvist trisomi 21 (Downs syndrom) og andre diagnoser

Hvordan vil innføring av NIPT til alle over 35 år påvirke antall svangerskapsavbrudd grunnet trisomi 21? I en litteraturstudie fra 2017 der man så på hvordan innføring av NIPT påvirket antall svangerskapsavbrudd grunnet risiko for trisomi 21, fant man ingen økning i antall aborter (Hill, 2017). Tall fra Danmark, hvor alle gravide har hatt tilbud om fosterdiagnostikk siden 2004, viser imidlertid at andelen levendefødte barn med

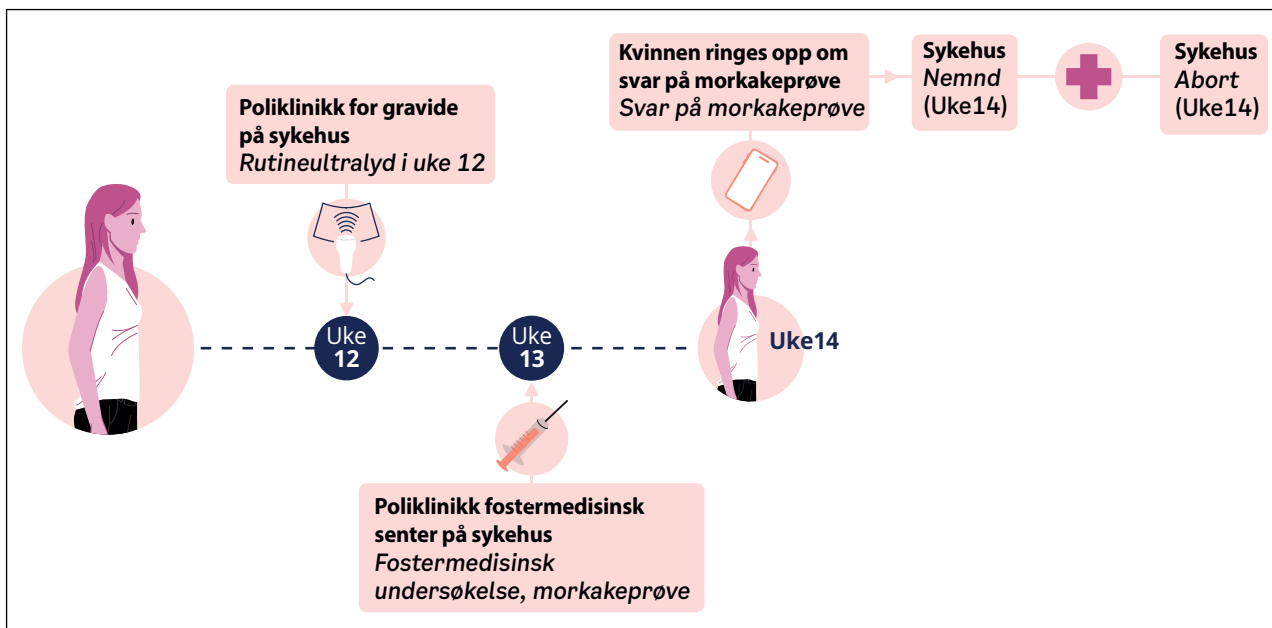
trisomi 21 har gått ned fra 9,4 per 10 000 i 2004 til 2,9 i 2019 (Stangnes, 2021).

Nemndbehandlede svangerskapsavbrudd med vedtaksgrunn § 2 tredje ledd bokstav c (tilstander hos fosteret) registreres i Medisinsk fødselsregister. I perioden 2013 til 2022 utgjorde sakene der Downs syndrom var eneste diagnose en mindre andel av svangerskapene der det ble gjennomført abort etter nemndsinnvilgelse (figur 14.6).

14.14 Forløp ved fosterdiagnostikk og abort

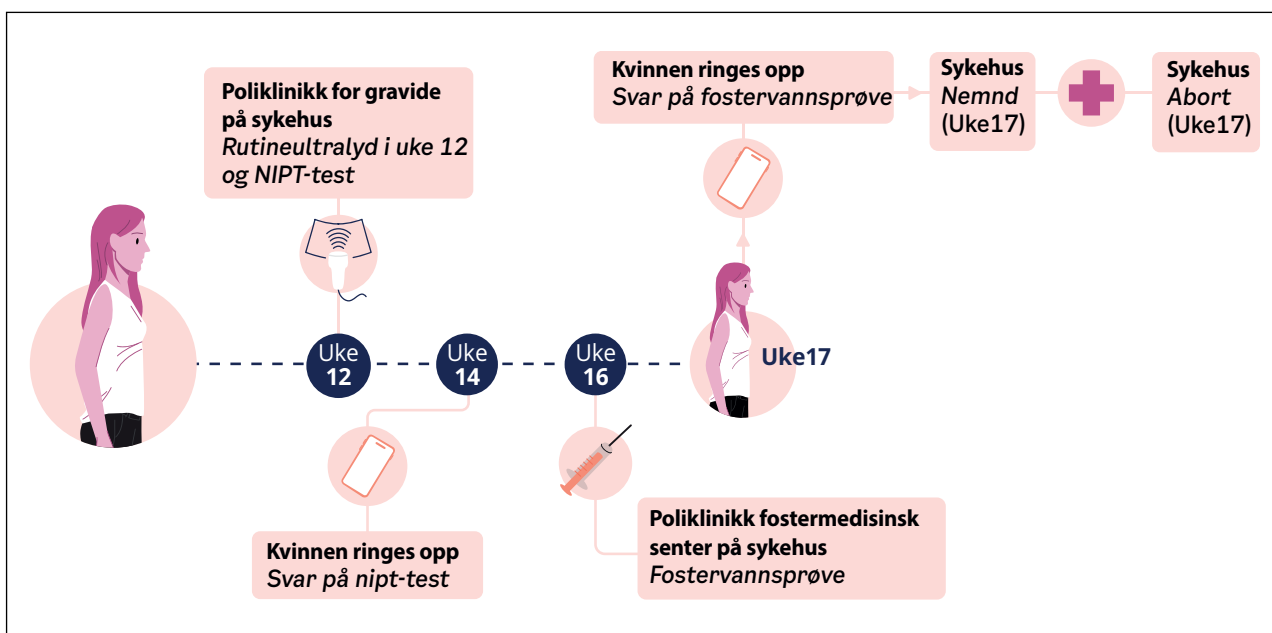
Hvor lang tid forløpet tar vil variere og avhenger av flere faktorer, som hvilke funn som gjøres, hvilke oppfølgende undersøkelser som gjøres, prøvesvartid og andre faktorer.

Under er tre illustrasjoner av hvordan et forløp kan være når det oppdages avvik eller gjøres funn på ulike tidspunkt i svangerskapet, videre utredning og abort. Dette er ikke standardiserte pasientforløp, men illustrasjoner på hvordan forløpene kan være. Når det gjelder forløp der det oppdages tilstander eller sykdom hos fosteret ved rutineultral lyd i uke 18, vil påfølgende utredning ofte ta noe tid slik at nemndbehandling og abort først kan skje i uke 20 (se figur 14.9).



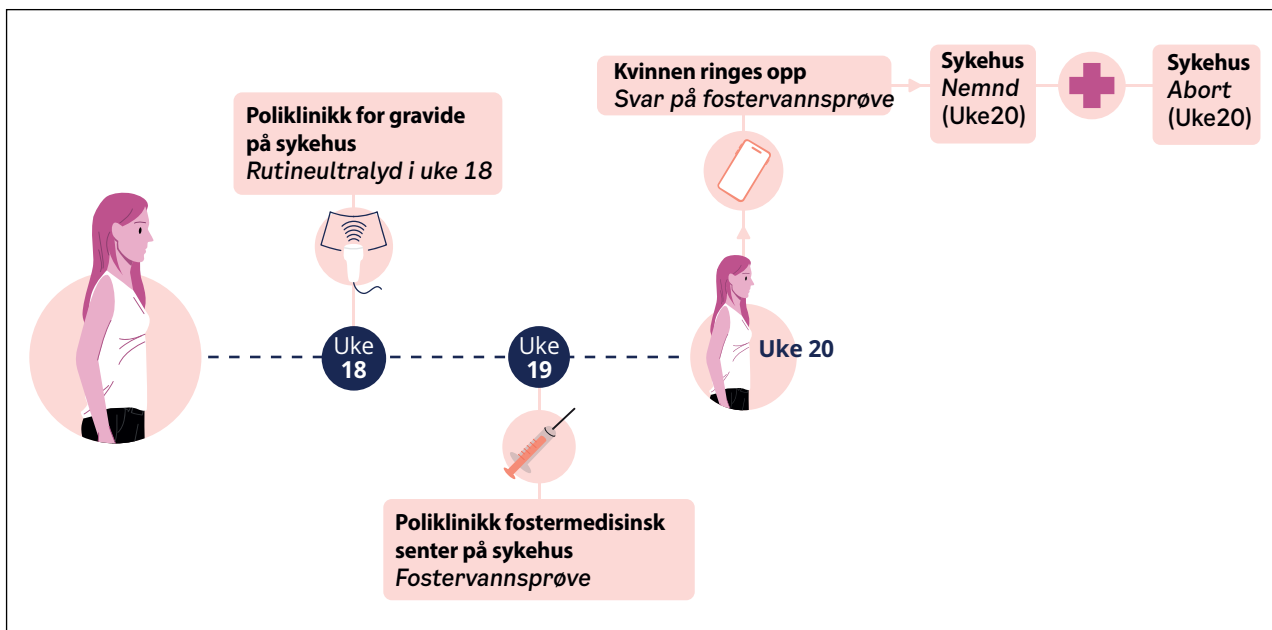
Figur 14.7 Forløp ved tidlig ultralyd uke 12, funn og abort

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS



Figur 14.8 Forløp ved tidlig ultralyd og NIPT i uke 12, funn, positiv NIPT og abort

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS



Figur 14.9 Forløp ved ultralyd uke 18, funn, fosterdiagnostikk og abort

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS

Kapittel 15

Behandling av fostre og ekstremt premature

15.1 Behandling av fostre etter fosterdiagnostikk

For de fleste avvik og alvorlige tilstander vil behandling først skje etter fødsel, men for noen tilstander vil det kunne være aktuelt å intervensjon i fosterlivet etter funn. Eksempler på dette er medfødt mellomgulvsbrokk og ryggmargbrokk. Ved medfødt mellomgulvsbrokk er det stor forskjell på prognosen avhengig av alvorlighetsgrad. Ved de mest alvorlige tilfellene er det stor dødelighet, og i denne gruppen kan man ved intervensjon i svangerskapet bedre overlevelsen fra 15 prosent til 40 prosent (Leuven). For foster med ryggmargbrokk er det bedre prognose hvis defekten blir operert i løpet av svangerskapet, ved at sjansen for at barnet vil kunne gå selvstendig økes fra 24 prosent til 45 prosent (CHOP). Disse inngrepene utføres ikke i Norge, men man kan henvises for denne typen behandling i utlandet.

Noen fostre kan av forskjellige årsaker ha væske i brysthulen, dette forårsaker underutvikling av lungene. Her kan man legge inn et dren i brysthulen slik at lungene får plass til å utvikle seg. Fostre kan også bli blodfattige enten på grunn av blodtypeuforlikelighet eller infeksjoner, og disse fostrene kan få blodoverføringer i løpet av svangerskapet. Disse inngrepene utføres ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs hospital i Trondheim (Salvesen, 2023).

Noen tilstander er viktig å oppdage før fødsel for å bedre prognosen til den nyfødte. Dette gjelder i hovedsak tilstander som trenger kirurgisk behandling kort tid etter fødselen. I Norge er all hjertekirurgi hos nyfødte sentralisert til Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Dette betyr at kvinner som er gravide med fostre som har alvorlige hjertefeil, må føde der. Når det gjelder annen nyfødtkirurgi, på for eksempel bukveggdefekter, medfødt mellomgulvsbrokk og nyreavvik, er det sentralisert til de barnekirurgiske avdelingene ved Oslo universitetssykehus og ved St. Olavs hospital. For noen tilstander er det ikke bare føde-

sted som betyr noe for prognosen, men også forløsningsmetoden. Et eksempel på dette er fostre med ryggmargbrokk som bør forløses med keisersnitt på sykehus med nevrokirurgisk kompetanse.

15.2 Levedyktighet som begrep

Som omtalt i kap. 5.3 om etikk er levedyktighet et svært utfordrende begrep når man diskuterer behandling av de mest premature barna og grenseoppgangen mot sene aborter. I abortloven er ikke levedyktighet nærmere definert, men loven slår fast at dersom det «er grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis» (jf. abortloven § 2 siste ledd).

Den første utfordringen er at ordet levedyktighet kan bety to ting: Man kan snakke om at et foster ikke er levedyktig fordi det har et alvorlig avvik som ikke er forenlig med liv. Fosteret er og vil aldri bli levedyktig. I en annen betydning kan vi si at et foster ikke er levedyktig fordi svangerskapet ikke har kommet langt nok, og fosteret dermed ikke er modent nok til å kunne klare seg utenfor kvinnens kropp. Disse to betydningene av levedyktighet er viktig å skille fra hverandre.

Det er den siste betydningen av levedyktighet som er relevant for diskusjonene om en absolutt abortgrense. Levedyktighet i betydningen når et foster kan overleve utenfor kvinnens kropp, er et utfordrende spørsmål å besvare. I 2012 skrev flere jordmødre ved Oslo universitetssykehus til klinisk etikkkomité ved OUS og til Helsedirektoratet at de mente sentral klagenemnd for abortsaker hadde innvilget abort på fostre disse jordmødrene mente var levedyktige etter 22. svangerskapsuke. Dette førte til en prosess der levedyktighetsbegrepet ble presisert, og abortforskriften endret. Helsedirektoratet kom i 2012 med en presisering av at begrepet levedyktighet i abortloven § 2 siste ledd er å forstå som at grensen for sene svangerskapsavbrudd går ved 22 fullgatte uker. I tillegg nedsatte Helsedirektoratet en uavhengig fag-

lig ekspertgruppe på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som skulle gjennomgå regelverk og praksis knyttet til senaborter (i denne sammenhengen definert som aborter etter utgangen av 18. svangerskapsuke).

Ekspertgruppen anbefalte i sin rapport fra 2013 at abortforskriften revideres og at det bør fremgå av forskriften at et foster vanligvis anses som levedyktig etter 21 uker + 6 dager (når fostret er 22 fullgatte svangerskapsuker). Ekspertgruppen uttalte om levedyktighet at «et 22 uker gammelt foster vil kunne være så utviklet at det vil være i stand til å overleve dersom det ble født og fikk optimal behandling» (Helsedirektoratet, 2013; Helsedirektoratet, 2019).

Begrepet levedyktighet er først og fremst aktualisert som grense og begrep i en abortsammenheng. Når det gjelder premature barn, opererer man ikke med en slik absolutt grense. I den grad det benyttes grenser i praksis, er disse veiledende tidsgrenser som må sees i sammenheng med det enkelte barnets modenhet ved fødsel. Særlig gjelder det hvordan lungene er utviklet.

Barn født rundt tidspunkt der man medisinsk sett igangsetter aktiv behandling, og ikke bare palliativ behandling, vil ikke kunne overleve uten massiv teknologisk innsats. Et barn født i uke 23 vil ha en mulighet til å overleve ved *optimal behandling* og *maksimal* medisinsk-teknologisk innsats. Kritikere har imidlertid påpekt at det ikke hersker medisinsk-etisk enighet om at maksimal innsats alltid er optimalt i en slik situasjon (Ursin & Syltern, 2023). Det gjøres alltid konkrete medisinske vurderinger i samråd med barnets foreldre ved de ekstremt premature fødslene om det kan og skal igangsettes aktiv behandling.

I land der man aktivt behandler barn fra uke 22 ses en overlevelseshastighet på noe over 30 prosent i denne gruppen. Det enkelte fosters levedyktighet er imidlertid i stor grad avhengig av hvilken teknologi og helsehjelp som er tilgjengelig på det tidspunkt og det sted hvor fødselen skjer. Teknologiske, sosioøkonomiske, geografiske og kulturelle forhold internt i et land kan også innvirke på tilgang til ressurser og dermed barnets levedyktighet ved fødselen. Følgelig vil levedyktighetsgrense eller tidspunkt ut fra en slik forståelse av levedyktighetsbegrepet både endre seg i takt med medisinsk og teknologisk utvikling og variere mellom ulike steder på samme tid. Det er diskutert om levedyktighet, som en teknologidrevet realisering av uavhengighet, ikke nødvendigvis bør ha en avgjørende betydning i en vurdering om abort skal være tillatt eller ikke (Ursin, 2023).

15.3 Behandling og behandlingsmuligheter av ekstremt premature

Behandlingen av ekstremt for tidlig fødte (premature) barn har gjennomgått en stor utvikling de siste 25 årene. I 1998 ble det avholdt en konsensuskonferanse i Norge der man konkluderte med at beslutningen om å behandle barn fra svangerskapsuke 24 og 25 måtte vurderes individuelt basert på vitalitet og ut fra den enkelte leges skjønn. Fra uke 26 skulle man tilby aktiv behandling. Behandling i svangerskapsuke 23 ble den gang oppfattet som eksperimentell behandling (Forskningsrådet, 1999). Denne nedre «grensen» har gradvis endret seg. I dag er det konsensus mellom fødselsleger og nyfødtleger i det norske fagmiljøet at man kan tilby behandling av premature barn fra svangerskapsuke 23. Det skal alltid først være en grundig diskusjon med foreldrene, og deres ønsker skal vektlegges før avgjørelse om å starte behandling treffes (Michelsen, 2022).

Overlevelsen til ekstremt premature barn født i Norge er god. For 4-års perioden 2019-2022 var overlevelsen for barn født i uke 23, 24 og 25 henholdsvis 65 prosent, 73 prosent og 85 prosent (Rønnestad, 2023). Imidlertid er forekomsten av komplikasjoner som tarmbetennelse som krever kirurgi, og alvorlige hjerneblødninger relativt høy hos de mest umodne barna (Rønnestad, 2023). På lang sikt er det også en betydelig overhyppighet av kognitive vansker, adferdsforstyrrelse og motoriske avvik som cerebral parese (Mactier H, 2020). En studie fra Sverige viste at det til tross for økt overlevelse for de ekstremt premature født før uke 24 i perioden 2007–2018 så var det vedvarende høy forekomst av nevrologiske sykdommer og andre sykdommer blant de som overlevde (Morsing et al., 2022). Uke 23 og dels uke 24 oppfattes derfor av noen som en «gråson» der det kan være argumenter både for og imot å starte behandling, og hvor foreldremedvirkning i beslutninger rundt livreddende behandling er avgjørende (Morsing et al., 2022).

Internasjonalt er det vedvarende diskusjoner om hvor nedre grense for å starte behandling av premature barn skal ligge. I mange land (for eksempel Sverige, USA, Japan, England, Tsjekia og Australia) tilbys i dag behandling til barn allerede fra svangerskapsuke 22. De som tilbyr denne behandlingen argumenterer med at deres resultater er så gode at man mener det er etisk og medisinsk forsvarlig å starte behandling av disse ekstremt premature barna, med angitte rater for overlevelse på over 30 prosent (Sindelar et al., 2022). Det er imidlertid også land i Europa (for

eksempel Belgia og Nederland) som har en nedre grense på 24 uker før oppstart aktiv behandling, med den argumentasjon at de mest umodne barna før uke 24 har en dårlig prognose både på kort og lengre sikt. Til slutt er det flere land som har en «nedre grense» på 23 uker som i Norge, for eksempel Danmark, Island, Tyskland, Sveits, Østerrike, Irland (Feidal-Nilsen, 2022).

15.4 Fremtidens behandlingsmuligheter

15.4.1 Kunstig livmor

Noen ganger er en ekstremt for tidlig fødsel uunngåelig. Dette er barn som har en dårlig prognose både når det gjelder overlevelse og sykkelighet videre i livet. For disse fostrene hadde en kunstig livmor vært en mulighet. Det er gjort mye forskning på dette feltet, og dyrestudier med lam har vist lovende resultater (Partridge et al., 2017).

Men dette er ikke et tilbud for mennesker ennå, og mye forskning gjenstår. Her er det også store etiske utfordringer. (De Bie et al., 2023).

Realiseringen av en kunstig livmor vil kunne påvirke debatter om abort og levedyktighetsgrense, men det behøver ikke å gjøre det. Kort forklart handler det om at levedyktighetsgrensen for noen er etisk relevant fordi, og bare fordi, den handler om tidspunktet et barn kan overleve uavhengig av mor, mens for andre handler den vel så mye om hvor mye modnet fosteret er.

Selv om det allerede i dag diskuteres en fremtid hvor et helt svangerskap kan foregå i en kunstig livmor – såkalt ektogenese – så er dette per i dag å anse som science fiction. En kunstig livmor vil i overskuelig fremtid kun være utviklet med tanke på ekstremt for tidlig fødte. Skulle ektogenese en gang bli en teknologisk realitet, vil det representere en såpass radikal endring av våre reproduktive betingelser at både abortlover og andre lover trolig må skrives om.

Kapittel 16

Fosterantallsreduksjon

16.1 Hva er fosterantallsreduksjon

Fosterantallsreduksjon er en prosedyre i et svangerskap med to eller flere fostre, der man avslutter utviklingen av et eller flere fostre mens et eller flere fostre lever videre. Selve inngrepet kalles føtucid. Føtucid utføres ved at man injiserer kaliumklorid i fosterets hjerte. Hjertet slutter da raskt å slå, og fosteret dør. Det døde fosteret blir værende i livmoren ut svangerskapet, men skrumper inn. Det døde fosteret produserer ikke fostervann, og det vil ikke lenger være fostervann rundt det. Ved fosterantallsreduksjon er formålet at svangerskapet med det/de gjenværende fostrene skal fortsette, og at de helst skal fødes så nær termin som mulig.

Fosterantallsreduksjoner deles inn i to grupper:

1. Selektive fosterantallsreduksjoner: reduksjon av antall fostre der inngrepet tar sikte på å avslutte utviklingen av et foster med en medisinsk tilstand.
2. Uselektive fosterantallsreduksjoner: reduksjon av antall fostre uten spesifikk preferanse knyttet til hvilket foster man skal avslutte utviklingen av.

Fosterantallsreduksjon kan gjøres i Norge hvis fostrene ikke deler morkake, men har hver sin. Toeggede tvillinger har alltid hver sin morkake og hver sine fosterhinner. Når det gjelder eneggede tvillinger har 60–70 prosent felles morkake, resten har hver sin morkake. I Norge utgjør toeggede tvillinger ca. 70 prosent av alle tvillingsvangerskap, mens eneggede utgjør ca. 30 prosent (Norsk gynekologisk forening, 2023).

Når flerlinger deler morkake, er det blodkar som forbinder fostrene via morkaken. Ved injeksjon av kaliumklorid i ett fosterhjerne vil dette komme inn i sirkulasjonen til de andre fostrene, og alle fostrene vil dø. Det er derfor ikke mulig å gjennomføre fosterantallsreduksjon på tvillinger eller trillinger som deler morkake. I en del andre tilfeller og situasjoner er det heller ikke mulig å

gjennomføre inngrepet av grunner relatert til kvinnen eller fostrene, det kan for eksempel være livmorens størrelse og plassering av morkaker og hinner.

De første selektive fosterantallsreduksjonene ble utført i Sverige i 1978 (Aberg et al., 1978). Ultralyddiagnostikken var da kommet så langt at det var mulig å diagnostisere alvorlige medisinske tilstander hos fostre, utføre morkakeprøver, ta fostervannsprøver og gjennomføre føtucid.

16.2 Fertilitetsbehandling og fosterantallsreduksjon

I 1978 ble det første prøverørsbarnet født i USA, og i tiden etterpå steg antallet flerlingsvangerskap. Ved å føre flere befruktete egg (embryo) tilbake i livmoren var sjansen for graviditet større, men også sjansen for flerlinger økte. I USA økte fødselsraten av tvillinger med nesten 80 prosent fra 1980 til 2009 og fødselsraten av trillinger med 400 prosent fra 1980 til 1998. I 1987 ble den første fosterantallsreduksjonen gjort etter fertilitetsbehandling i USA (Evans et al., 1988; Evans et al., 1999; Evans et al., 2014).

Etter hvert har fryseteknologi og økt kunnskap om følgene av innsetting av ett eller flere embryo ført til at praksis med å innsette flere embryo er endret (Kamath et al., 2020; ESHRE, 2013; ESHRE, 2023). Det er internasjonale anbefalinger at man i utgangspunktet skal sette inn ett embryo, men dette følges i varierende grad opp rundt i de ulike landene og ved ulike klinikker. Årsaker til at det settes inne mer enn ett embryo kan både være medisinske og økonomiske. Det er anbefalt at kvinnen skal være informert om risikoen for flerlingsvangerskap og de medisinske konsekvensene av dette hvis man setter inn mer enn ett embryo.

I Norge ble det første barnet født etter assistert befruktning i 1984. I begynnelsen var praksis innsettelse av flere embryo for å øke «suksessraten», men de siste ti årene har man gått bort fra

denne praksisen og innsetter nå ved de fleste behandlingene ett embryo. Dette reduserer risiko for flerlinger og dermed risikoen for fostre og mor, som følger med flerlingsvangerskap (Romundstad, 2019).

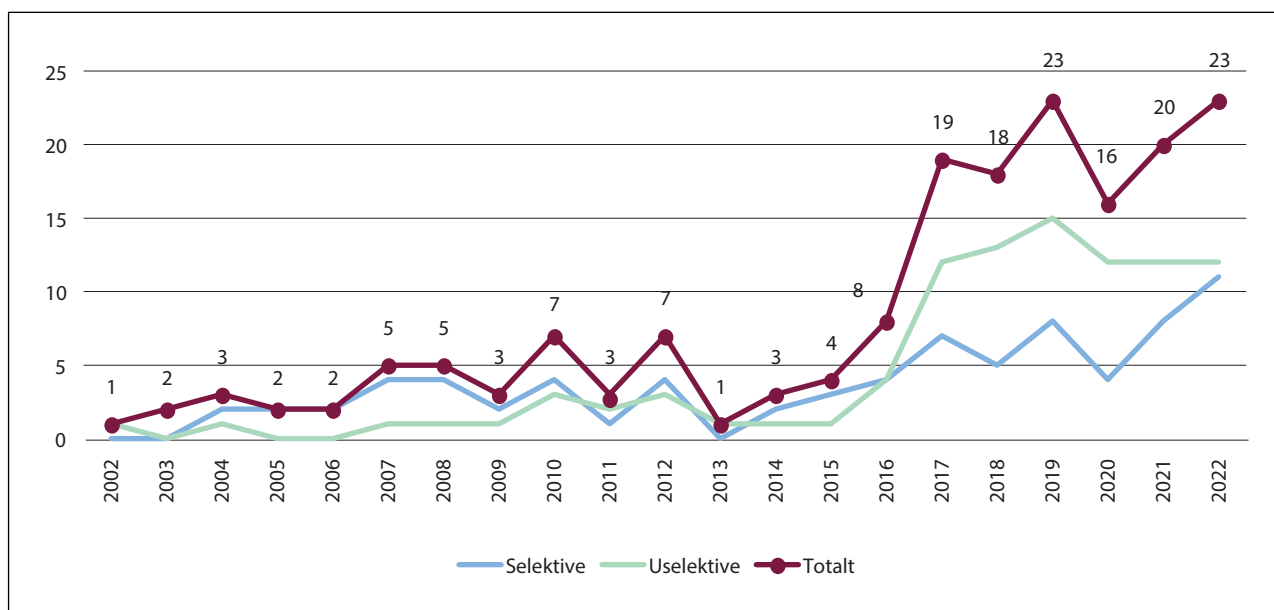
Fortsatt vil kvinner som gjennomgår fertilitetsbehandling, ha en økt risiko for flerlinger. Det er flere metoder for fertilitetsbehandling, prøverørsbehandling (IVF) eller hormonstimulering for å gi eggløsning. Ved hormonstimulering for å få eggløsning gis det et medikament for å oppnå graviditet. Det er da økt risiko for at det blir flere eggløsninger i samme syklus, noe som kan resulterer i flerlinger. Derfor må disse kvinnene undersøkes med ultralyd for å se at ikke flere egg modnes samtidig. I Norge blir det i 10–20 prosent av behandlingene med assistert befruktning satt tilbake to embryo (Helsedirektoratet, 2023a).

Blant de som fikk innvilget uselektiv fosterantallsreduksjon i Norge fra 2016 til og med 2018, hadde 56 prosent vært til en eller annen form for fertilitetsbehandling som resulterte i graviditet. To år etter innføring av nemndsbehandling for fosterantallsreduksjoner i 2019 var 52 prosent av kvinnene som fikk uselektiv fosterantallsreduksjon, blitt gravide etter fertilitetsbehandling. I den samme toårsperioden var 50 prosent av de som fikk utført fosterantallsreduksjon, førstegangsfødende (Helsedirektoratet og Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin).

16.3 Fosterantallsreduksjon i Norge

De første fosterantallsreduksjonene ble gjennomført i Norge i 2002. I perioden fra 2002 til 2015 ble det utført 26 fosterantallsreduksjoner ved Oslo universitetssykehus og 21 ved St. Olavs hospital. Fra 2016 til 2022, har det blitt utført 128 fosterantallsreduksjoner i Norge, en ved Oslo universitetssykehus (i 2016) og resten ved St. Olavs hospital. I 2016 besluttet Helsedirektoratet at alle fosterantallsreduksjoner skulle utføres ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs hospital.

Det finnes bare statistikk om innvilget og gjennomførte fosterantallsreduksjoner, ikke om antall avslåtte fosterantallsreduksjoner, siden det ikke føres statistikk over grunnlag for nemndbegjæringer som blir avslått. Basert på erfaring ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin er det imidlertid svært få (Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin). Det finnes ikke oppsummerte rapporter eller forskning på resultater etter fosterantallsreduksjon i Norge, for eksempel når det gjelder forekomst av spontanabort, intrauterin fosterdød og/eller for tidlig fødsel etter inngrepet. Medisinsk fødselsregister forbereder endring i rapporteringene som kan bidra til å få mer opplysninger og data på lengre sikt.



Figur 16.1 Fosterantallsreduksjoner i Norge 2002–2022

Kilder: St. Olavs hospital HF og Oslo universitetssykehus HF

Tabell 16.1 Antall fosterantallsreduksjoner nasjonalt 2002–2022

År	Selektive	Uselektive	Totalt
2002	0	1	1
2003	0	0	2
2004	2	1	3
2005	2	0	2
2006	2	0	2
2007	4	1	5
2008	4	1	5
2009	2	1	3
2010	4	3	7
2011	1	2	3
2012	4	3	7
2013	0	1	1
2014	2	1	3
2015	3	1	4
2016	4	4	8
2017	7	12	19
2018	5	13	18
2019	8	15	23
2020	4	12	16
2021	8	12	20
2022	11	12	23

Tabell 16.2 Fosterantallsreduksjoner 2016–2022

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Selektive	2	7	5	8	4	8	11	46
Firlinger	2	1	0	1	0	0	0	4
Trillinger	2	6	5	5	8	5	3	34
Tvillinger	1	5	8	9	4	7	9	43
Sum	7	19	18	23	16	20	23	127

Alle tvillinger, trillinger og firlinger i denne tabellen er antallsreduksjoner med friske fostre.
Kilde: Nasjonal behandlingstjeneste for invasiv fostermedisin, St. Olavs hospital HF

16.4 Pasientforløp ved fosterantallsreduksjon

Gravide som søker om selektiv fosterantallsreduksjon (ved medisinske tilstander hos et foster), kommer til undersøkelse og utvidet diagnostikk ved et fostermedisinsk senter og får veiledning der. Alle begjæringer om fosterantallsreduksjoner behandles etter abortloven i abortnemnd, og det benyttes samme skjema for søknad som ved andre aborter. Begjæringen om abort behandles enten av abortnemnda ved sykehuset der den fostermedisinske utredningen gjøres, eller av abortnemnda på nærmeste sykehus. Kvinnen får også tilbud om en videokonsultasjon med lege fra den nasjonale behandlingstjenesten i Trondheim. Etter innvilgelse i nemnd utføres inngrepet ved den nasjonale behandlingstjenesten. Inngrepet utføres så raskt som mulig etter innvilgelsen i nemnden.

Gravide som søker om usektiv fosterantallsreduksjon, uten annen medisinsk indikasjon, blir undersøkt enten ved sitt lokalsykehus eller henvist til nærmeste fostermedisinske avdeling. Begjæring om fosterantallsreduksjon behandles i den lokale abortnemnden. Det blir tilbudt en videokonsultasjon med lege fra den nasjonale behandlingstjenesten ved St. Olavs hospital i Trondheim før kvinnen reiser til Trondheim for å få inngrepet utført. Inngrepet blir som oftest utført i svangerskapsuke 12 til 14.

16.5 Risiko og komplikasjoner

Det er vist at det er lavest komplikasjonsrate ved fosterantallsreduksjon hvis inngrepet utføres mellom uke 12 og 14. De fleste uselektive fosterantallsreduksjonene utføres i dette tidsrommet. Selektive fosterantallsreduksjoner, der det er oppdaget tilstander hos fosteret, utføres oftere senere i svangerskapet da diagnostikk tar tid og en del diagnoser ikke stilles før etter funn ved ultralydundersøkelsen i andre trimester av svangerskapet. I de uselektive fosterantallsreduksjonene er det den som utfører inngrepet som bestemmer hvilket foster som får injisert kaliumklorid ut fra hvilket foster som ligger lettest tilgjengelig. Det er da minst risiko for komplikasjoner.

16.5.1 Om risikoberegning og risikovurderinger

Fosterantallsreduksjon er en prosedyre som er forbundet med risiko for det gjenværende fosteret

i form av spontanabort, intrauterin fosterdød¹ og for tidlig fødsel (van de Mheen et al., 2014; van de Mheen et al., 2016; van de Mheen et al., 2015; Kristensen et al., 2023). Vurdering av medisinsk risiko og informasjon og kommunikasjon om dette temaet krever medisinsk ekspertise.

I svangerskap med flere fostre er det økt risiko for ulike tilstander og sykdommer hos fostrene og komplikasjoner i løpet av svangerskapet og fødselen sammenliknet med svangerskap med ett foster. Studier viser at i svangerskap med tre eller flere fostre vil risikoen for spontanabort, for tidlig fødsel og lav fødselsvekt reduseres etter fosterantallsreduksjon. Samtidig innebærer selve inngrepet alltid en viss risiko, først og fremst for gjenværende foster (NFOG, 2020; Evans et al., 1999; NFOG, 2023).

Alle kvinner som kommer til fosterantallsreduksjon, har vært igjennom en ultralydundersøkelse. Hovedformålet med undersøkelsen er å undersøke om fostrene har hver sin morkake som er en av forutsetningene for at inngrepet er mulig. De kvinnene som har indikasjon for fosterdiagnostikk, enten på grunn av alder eller tidligere sykehistorie, får utført dette før nemndbehandling. De som begjærer fosterantallsreduksjon på bakgrunn av et foster med fosteravvik, har vært til utredning ved et fostermedisinsk senter. Informasjon om risiko ved inngrepet blir gitt ved videokonsultasjon med lege ved den nasjonale behandlingstjenesten ved St. Olavs hospital i Trondheim. Ofte skjer dette etter at abortnemnd har behandlet kvinnens søknad om fosterantallsreduksjon. Fra 2016 til lovendringen i 2019 ble alle kvinnene først undersøkt ved den nasjonale behandlingstjenesten, og hun fikk informasjon om risiko. Inngrepet ble utført en til to uker senere.

16.5.2 Medisinske indikasjoner for fosterantallsreduksjon

Risikoen for uønskede hendelser øker med antall fostre. Svangerskap med tre eller flere fostre representerer en betydelig forhøyet risiko for uønskede komplikasjoner for fostrene og for kvinnen, i svangerskapet og under fødsel, sammenliknet med svangerskap med ett eller to fostre (Ekström, 2023).

Dette er basert på kunnskap fra flere studier om reduksjon i risiko for tidlig fødsel, fosterdød og alvorlige komplikasjoner i svangerskapet ved reduksjon fra tre eller flere fostre (Kristensen et al., 2023; van de Mheen et al., 2015; van de Mheen

¹ At fosteret dør inne i livmoren.

et al., 2016; van de Mheen et al., 2014). Ved tre eller flere fostre er det derfor i dag enighet i fagmiljøene om at det kan være medisinsk indikasjon for fosterantallsreduksjon (Sebghati & Khalil, 2021). Dersom et av flere fostre har en sykdom eller en medisinsk tilstand, kan dette medføre økt risiko for de gjenværende fostrene. Også i slike tilfeller kan det være medisinske indikasjoner for fosterantallsreduksjon (van de Mheen et al., 2015; van de Mheen et al., 2016; van de Mheen et al., 2014; Kristensen et al., 2023).

16.5.2.1 *Tvillinger*

Tvillingsvangerskap representerer økt risiko for tidlig fødsel og fosterdød og senere nevrologisk utviklingsforstyrrelse som cerebral parese, sammenliknet med single svangerskap (Hack, 2008; Lorenz, 2012; Pharoah, 2006). Selv om det er økt risiko, er sjansen for at det skjer liten på grunn av den lave utgangsriskoen. Fra store epidemiologiske studier er det vist at risikoen er markant høyere for alle slike komplikasjoner ved tvillingsvangerskap der fostrene deler morkake (monochorionale) enn i svangerskap der fostrene har hver sin morkake (dichorionale). Det er også betydelig økt risiko for kromosomavvik og strukturelle avvik for fostrene ved tvillingsvangerskap sammenliknet med svangerskap med ett foster, men igjen klart hyppigst i svangerskap der fostrene deler morkake (Evans et al., 1999). Sammenliknet med trillinger og flere er risikoen allikevel betydelig lavere ved tvillingsvangerskap, og spesielt lavere i de svangerskap der fostrene ikke har felles morkake (NFOG, 2023). 50 prosent av alle tvillinger fødes før uke 37 og 10 prosent før uke 32. (Hack, 2008; Lorenz, 2012; Pharoah, 2006; Gupta, 2015).

Det er gjort flere kohortstudier om utfall ved tvillingsvangerskap med og uten reduksjon og svangerskap med ett foster. Det er sett på svangerskapslengde og på uønskede hendelser som fosterdød, for tidlig fødsel, vekt ved fødsel og komplikasjoner for mor og foster.

En nederlandsk kohortstudie undersøkte svangerskapsutfall for kvinner med tvillingsvangerskap der det ble gjennomført reduksjon av ett foster (van de Mheen et al., 2015).

Denne studien viste at å redusere fra to til én gir økt risiko for spontanabort og for tidlig fødsel (van de Mheen et al., 2015; van de Mheen et al., 2016). I gruppen som reduserte fra to til én, opplevde 11,9 prosent spontanabort/fosterdød, og i gruppen som ikke reduserte var andelen 3 prosent. I gruppen som hadde redusert fra to til én,

var andelen som endte med å ikke føde et levende barn 14,4 prosent. Dette er betydelig høyere enn i gruppen som ikke gjennomgikk reduksjon, der 0,7 prosent opplevde at fosteret døde før fødsel. For kvinnene som gjennomførte reduksjon og som ikke opplevde fosterdød og spontanabort, ble svangerskapslengden og fødselsvekten hos barnet økt. Konklusjonen i studien er at reduksjon fra tvillinger til ett foster ikke anbefales, hvis hensikten er å redusere risikoen for uønskede medisinske utfall og fosterdød. Foreldre som vurderer fosterantallsreduksjon fra tvilling til én, bør få rådgiving om risikoen for alvorlige komplikasjoner for gjenværende foster og mulighet for for tidlig fødsel (van de Mheen et al., 2015).

En dansk retrospektiv kohortstudie har sett på utfall og svangerskapslengde ved tvillingsvangerskap sammenliknet med single svangerskap, tvillingsvangerskap og tvillingsvangerskap der det var gjennomført fosterantallsreduksjon (Kristensen et al., 2023). Forekomsten av spontanabort før uke 24 eller intrauterin fosterdød etter uke 24 av det gjenværende fosteret var på 1,4 prosent hvis reduksjon/føticid ble gjort før uke 14 og på 6,1 prosent hvis reduksjon/føticid ble gjort etter uke 14. Til sammenligning var risiko for spontannabort eller intrauterin fosterdød i tvillingsvangerskap med to morkaker der det ikke ble gjort reduksjon på 1,7 prosent. Forekomsten av prematur fødsel før uke 28 av det gjenværende foster var på 0 prosent hvis reduksjon/føticid ble gjort før uke 14 og på 4,3 prosent hvis reduksjon/føticid ble gjort etter uke 14. Til sammenligning var risiko for prematur fødsel før uke 28 i tvillingsvangerskap med to morkaker der det ikke ble gjort reduksjon, på 1,9 prosent. Forekomsten av alle premature fødsler (før uke 37) av det gjenværende foster var på 6,9 prosent hvis reduksjon/føticid ble gjort før uke 14 og på 19,4 prosent hvis reduksjon/føticid ble gjort etter uke 14. Til sammenligning var forekomsten av alle premature fødsler (før uke 37) i tvillingsvangerskap med to morkaker der det ikke ble gjort reduksjon på 39,1 prosent (Kristensen et al., 2023).

Når det gjelder trillinger er det i Danmark ikke lov å redusere til ett foster hvis alle de tre fostrene er friske. I denne gruppen er det 14,3 prosent sjans for senabort eller fosterdød av gjenlevende foster. I gruppen der det er redusert fra tre fostre til to, er tallet 9 prosent. I gruppen trillinger som ikke gjennomgår fosterantallsreduksjon, er risikoen (for senabort eller fosterdød) 28,4 prosent (Kristensen et al., 2023). Det er noen begrensninger i dataene i studien, blant annet mangler det data på om komplikasjonene følger av selve inn-

grevet eller har andre årsaker. Siden fosteret hvor livet skal avsluttes, ikke alltid ligger lettest til, er det også mulig at det bidrar til økt komplikasjonsrate ved disse fosterantallsreduksjonene.

Risikovurderinger som er gjort i utenlandske studier, kan ikke uten videre overføres til norske forhold. Men studiene gir indikasjoner om en viss risiko for det gjenværende fosteret, også for tvillinger. Denne risikoen synes klart å variere avhengig av tidspunktet for inngrepet, med økende risiko etter svangerskapsuke 14.

Den dokumenterte risikoen ved reduksjon av tvillinger må ses opp mot risikoen i utgangspunktet i det enkelte svangerskapet. I Danmark er det ikke tillatt med reduksjon på en frisk tvilling uten medisinsk indikasjon. I den danske kohorten der det er foretatt reduksjon, har det derfor vært en medisinsk risiko som har gjort at kvinnene har fått tilbud etter en medisinsk vurdering. Siden fosteret hvor livet skal avsluttes ikke alltid ligger lettest til, er det også mulig at det bidrar til økt komplikasjonsrate ved fosterantallsreduksjon av tvillinger i den danske studien.

For noen kvinner vil det å gå gjennom et svangerskap med flerlinger gi en økt risiko for alvorlige komplikasjoner hos henne. Dette vil være tilfelle hvor hun i et tidligere svangerskap for eksempel har hatt alvorlig svangerskapsforgiftning (NGF, 2023). Tidligere svangerskapsforgiftning og flerlingesvangerskap er to selvstendige risikofaktorer for at hun igjen vil kunne få et nytt tilfelle av alvorlig svangerskapsforgiftning. Kvinner som tidligere har hatt en ekstremt for tidlig fødsel har økt risiko for at dette kan skje i neste svangerskap også, og her vil risikoen med et flerlingesvangerskap gi en enda høyere risiko for for tidlig fødsel (NGF, 2023).

16.5.3 Fosterantallsreduksjon av sosiale årsaker – risiko og komplikasjoner

Som omtalt kan det ved tre eller flere fostre foreligge medisinsk indikasjon for fosterantallsreduksjon, men mor/paret må informeres om at indikasjonen ikke er absolutt. Fosterantallsreduksjon uten medisinsk indikasjon vil derfor alltid gjelde *tvillinger*, ikke *trillinger* eller flere.

Fosterantallsreduksjon ved trillinger eller flere fostre har vært mindre omdiskutert enn fosterantallsreduksjon ved tvillinger uten medisinsk indikasjon (van de Mheen et al., 2016). Det har blant annet bakgrunn i at det ikke er vist den samme medisinske gevinsten for gjenværende foster og/eller mor ved reduksjon fra to tvillinger til én uten medisinsk indikasjon, som ved reduksjon fra tre

eller flere fostre. Samtidig er det en økt risiko for gjenværende foster for skade eller fosterdød ved for tidlig fødsel og spontanabort etter reduksjon fra to til ett foster (van de Mheen et al., 2016). Fosterantallsreduksjon ved tvillinger uten medisinsk indikasjon er derfor også beskrevet som «special case» i en uttalelse fra det etiske utvalget til den amerikanske foreningen for gynekologer og fødselsleger i 2017.

Studiene fra Danmark og Nederland gir kunnskap om risiko ved reduksjon fra tvillinger til én der de inkluderte har ulik indikasjon for inngrepet. Den danske studien (Kristensen et al., 2023) er gjort på gravide med medisinsk indikasjon for reduksjon, og i den nederlandske studien var 11 av 120 uselektive, så disse dataene gjelder stort sett bare selektive fosterantallsreduksjoner.

16.6 Etiske spørsmål ved fosterantallsreduksjon

Fosterantallsreduksjon innebærer å avslutte livet til et foster og har derfor iboende de samme etiske problemstillingene som abort, knyttet til fosterets eventuelle rett til liv. Men når det gjelder fosterantallsreduksjon, står også hensynet til gjenværende foster/fremtidig barn sentralt i og med den gravides ønske om å beholde ett eller flere fostre.

Ved en abort avsluttes svangerskapet og fosteret eller fostrene dør. Målet med aborten er at det ikke skal fødes barn. Ved fosterantallsreduksjon er det et mål å ivareta ett eller flere fostre, fortsette svangerskapet og føde ett eller flere barn. Ved fosterantallsreduksjon ønsker kvinnen å fortsette graviditeten, svangerskapet skal ikke avsluttes, men antall fostre reduseres. Kvinnens ønske er å få et eller flere barn, og det er helt sentralt for kvinnen at det gjenværende, fremtidige barnet ivaretas og hensyntas. I etiske diskusjoner om abort fremstilles det ofte som at det er en interessekonflikt mellom kvinnen og fosteret, på bakgrunn av at kvinnen ønsker abort. Når det gjelder fosterantallsreduksjon, har kvinnen et ønske om å få barn. Dette utgjør en viktig forskjell mellom abort og fosterantallsreduksjon. Hensynet til det kommende barnet vil også være viktig i den etiske vurderingen.

Samtidig er det også likhetstrekk mellom abort og fosterantallsreduksjon ved at man i begge tilfeller ønsker å forhindre det som kan oppleves som en betydelig utfordring eller belastning i ens fremtidige liv. Det kan være alvorlig sykdom hos et av fostrene eller flerlingsvanger-

skap med tre eller flere fostre som utgjør risiko for de fremtidige barna. For enkelte kan det også oppleves svært krevende å skulle bli foreldre til flere barn på en gang.

Når det gjelder fosteret eller fostrene som man skal avslutte utviklingen av, vil de etiske problemstillingene knyttet til fosterets moralske verdi være de samme som for abort, og disse drøftes nærmere i kap. 5 om etikk. Samtidig er det spesielt for en medisinsk begrunnet fosterantallsreduksjon at man gjør et inngrep som aktivt avslutter livet til ett eller flere fostre for å redusere risiko for skade for gjenværende fostre. Det etiske svaret for en slik intervensjon hviler i så fall på et premiss om at den etiske verdien av prognoseforbedringen for gjenværende fostre, og utsiktene til å kunne overleve fødsel og leve opp uten alvorlige komplikasjoner og skader, er større enn det etiske tapet ved at ett eller flere foster i en tidlig fase måtte avslutte livet.

I argumentasjon og diskusjoner om fosterantallsreduksjon er et tilbakevendende tema at inngrepet kan representere risiko for alvorlig skade eller død for det gjenværende fosteret. Dette har blitt kalt *skadeargumentet* (Dahl et al., 2019). Dahl sammenlikner abort og fosterantallsreduksjon av friske fostre og spør seg om det er moralsk relevante forskjeller på abort og fosterantallsreduksjon av friske fostre. I artikkelen gjennomgår forfatterne det de vurderer å være de sentrale etiske argumentene mot fosterantallsreduksjon.

Forfatterne mener at *skadeargumentet* i utgangspunktet er et relevant argument mot fosterantallsreduksjon. De andre argumentene de gjennomgår og kritiserer, er skråplansargumentet, intensjonsargumentet, sorgargumentet og psykologiske langtidseffekter og sorteringsargumentet. Artikkelen konkluderer med at det ikke er moralsk relevante forskjeller på abort og fosterreduksjon av friske fostre (Dahl et al., 2019). Når det gjelder skadeargumentet, legges det hovedsakelig til grunn medisinsk forskning på reduksjon av antall fostre tidlig i svangerskapet fra tre eller flere med medisinsk indikasjon, for å vurdere om det er sannsynliggjort at det er risiko for skade på gjenværende foster. Utvalget mener derfor at konklusjonen om at skadeargumentet er svakt, ikke tar høyde for de mange ulike situasjonene man kan stå overfor ved fosterantallsreduksjon.

Vurdering av skade og risiko er mer komplisert ved fosterantallsreduksjon enn ved abort. Ved abort vil en avveie skade, belastning og risiko for kvinnen på den ene siden og hensynet til fosteret som hun ønsker abortert, på den andre siden. Ved fosterantallsreduksjon er de samme hensynene

viktige, men i tillegg kommer hensynet til fosteret/fostrene som skal leve videre. Sagt på en annen måte: Ved fosterantallsreduksjon kan det hevdes å oppstå en etisk forpliktelse om å forhindre at det fremtidige barnet eller barna som er ønsket til verden, skal unngå å bli skadet som følge av fosterantallsreduksjonen.

Hvordan man vurderer risiko, vil være ulikt og situasjonsbestemt. Hva er høy risiko, og hva er lav risiko? Hva er akseptabel risiko? I vurdering av om gjenværende foster potensielt utsettes for en høy risiko ved inngrepet avveies potensiell gevinst med inngrepet opp mot potensiell skade. Det er i tillegg ingen langtidsoppfølging av barn som fødes etter uselektiv fosterreduksjon, noe som gjør at man ikke vet om dette kan ha uheldige helseeffekter på lang sikt.

16.6.1 Selektive fosterantallsreduksjoner

Ved de selektive fosterantallsreduksjonene vil spørsmålet om fosterantallsreduksjon reises etter at man oppdager en medisinsk tilstand hos en av flerlingene. Ved å avslutte utviklingen av et foster med et fosteravvik kan prognosen forbedres for gjenværende foster eller fostre. Ved noen fosteravvik er det økt risiko for for tidlig fødsel, og denne risikoen vil bli redusert hvis man avslutter livet til fosteret som har en medisinsk tilstand.

16.6.2 Uselektive fosterantallsreduksjoner

Uselektive fosterantallsreduksjoner utføres i flerlingesvangerskap der det ikke er sykdom eller medisinske tilstander hos noen av fostrene. Kvinnen ønsker å få redusert antallet fostre, og det er ikke forhold hos ett enkelt foster som tilsier at fosterantallsreduksjon anbefales av medisinske grunner.

Fosterantallsreduksjoner som gjøres i svangerskap med trillinger eller flere fostre gjøres på medisinsk indikasjon, siden man gir gjenværende foster bedre prognose. Fosterantallsreduksjon ved tvillinger uten medisinsk indikasjon vil være på grunn av andre forhold, som kvinnens livssituasjon eller sosiale forhold, og har vært oppfattet som mere etisk omstridt (Committee Opinion No. 719, 2017).

I alle tilfeller og uavhengig av juridisk regulering av fosterantallsreduksjon vil det gjøres en medisinsk vurdering for å avklare om det er mulig å gjennomføre inngrepet. Legen vil, som ellers ved vurdering av medisinske inngrep, fortelle kvinnen om risiko ved inngrepet, inkludert om risiko for gjenværende foster.

Spørsmålet er om kvinnen allikevel selv skal kunne ta et valg om fosterantallsreduksjon, etter informasjon om risiko, uavhengig av hva den risikoen innebærer. Skal kvinnen kunne nektes inngrepet av medisinske grunner? I så fall når, og av hvilke grunner, og ved hvilken risiko skal kvinnen nektes inngrepet? For eksempel vil noen kunne mene at fordi gjenværende foster blir utsatt for risiko, er det etisk problematisk med reduksjon i tvillingsvangerskap når prosedyren ikke har en sterk begrunnelse. Hva som er en sterk begrunnelse, vil det igjen være ulike syn på.

Hensynet bak å fraråde eller å nekte kvinnen inngrepet er hensyn til gjenværende foster og samtidig hensyn til kvinnens ønske om å fortsette svangerskapet og føde et barn som ikke utsettes for urimelig belastning og skade grunnet inngrepet. Et premiss for å nekte kvinnen dette kan være at man legger til grunn at det ikke er mulig å gi god nok informasjon som er tilpasset, slik at enhver kvinne vil være i stand til å ta valget og vurdere risikoen og forsvarligheten knyttet til inngrepet.

16.6.3 Fosterantallsreduksjon som medisinsk behandling eller som en rettighet

Hvis fosterantallsreduksjon reguleres på samme måte som abort, vil fosterantallsreduksjon være et inngrep kvinnen har rett til og selv beslutter, frem til grensen for selvbestemmelse for abort i loven. Dette til forskjell fra annen medisinsk behandling, der pasienten tilbys behandling etter at det er gjort en medisinsk vurdering. Pasienten har bare rett til behandling dersom vedkommende har behov/indikasjon for det, og det er en individuell vurdering, som gjøres av legen, om en skal få et behandlingstilbud eller ikke. Det legges til grunn at helsetjenester som tilbys i Norge er forsvarlige, og helsetjenesten har ansvar for at tjenestene som tilbys, er forsvarlige. Det gjøres forsvarlighetsvurderinger både på gruppenivå (ved innføring av metoder) og individnivå (i det enkelte pasienttilfelle).

De fleste medisinske intervensjoner kan medføre en viss risiko, men intervensjonen gjøres av hensyn til helsen til pasienten, og det aksepteres derfor en viss risiko ved intervensjonen. Aksept for risiko vil øke med antatt økende helsegevinst ved intervensjonen, sammenliknet med ingen intervensjon eller alternativ intervensjon.

Et etisk spørsmål er om selvbestemmelse mht. fosterantallsreduksjon også innebærer at ansvar

for å vurdere og beslutte forsvarlighet av behandlingen og resultat og risiko overlates til kvinnen, og om kvinnen reelt sett kan settes i stand til, gjennom informasjon, å vurdere risiko og følger av valget selv.

16.6.4 Informerte valg

Autonomi og selvbestemmelse er sentralt i medisinsk etikk og helselovgivning. For å kunne utøve selvbestemmelse, ta informerte valg og ivareta egen integritet er det avgjørende med god og tilpasset informasjon slik at man får forståelse og kunnskap. Uten dette er det ikke mulig med informerte valg, og det blir ikke en reell selvbestemmelse.

I vurdering av fosterantallsreduksjon står risikovurderinger og valg sentralt. Forskning på kommunikasjon og risikoinformasjon viser at pasienter vurderer og oppfatter risikoinformasjon svært ulikt. I lege-pasient-konsultasjoner er det også forskjell i ansvar, kunnskap, makt og roller.

Risiko ved inngrepet for kvinnen og for gjenværende foster er en medisinsk problemstilling som må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Når det gjelder abort vil risikoen for kvinnen være svært lav, og det gjøres derfor ikke særskilte medisinske vurderinger av om en kvinne kan ta abort av medisinske grunner (hos henne) eller ikke. For fosterantallsreduksjon bør det gjøres andre og mer omfattende risikovurderinger.

For kvinnen som skal velge fosterantallsreduksjon, vil informasjon være svært viktig. Det er viktig at kvinnen forstår hvilke muligheter hun står overfor (ACOG, 2017).

16.6.5 Nemndsmedlemmers holdninger til fosterantallsreduksjon

Abortutvalget har i spørreundersøkelsen blant medlemmer av landets nemnder spurt om holdninger til fosterantallsreduksjon. Se resultater fra undersøkelsen i vedlegg 3. Av de som besvarte undersøkelsen svarer 40 prosent at de er helt eller delvis enig i at dagens regler om fosterantallsreduksjon bør beholdes. 54 prosent er helt eller delvis enig i at kvinnen skal bestemme selv om hun skal få fosterantallsreduksjon frem til uke 12 og 33 prosent er helt eller delvis enig i at fosterantallsreduksjon bare skal gjøres etter medisinsk indikasjon. 16 prosent svarer at de verken er enig eller uenig i dette.

Kapittel 17

Forebygging av abort

17.1 Politiske mål og tiltak for forebygging av abort

Antall aborter har vært fallende over tid, særlig blant kvinner i yngre aldersgrupper har andel aborter sunket (Løkland et al., 2023). Det er sammensatte årsaker til dette, men forskere antar at bedre tilgang til prevensjon for unge, og da spesielt langtidsvirkende prevensjon, har bidratt til lavere aborttall (Borgan, 2021; Klausen, 2016).

Det er et tydelig tverrpolitisk mål å redusere uønskede graviditeter og antall aborter.

Et viktig tiltak har vært å sikre god kunnskap og kompetanse om seksuell helse og bedre tilgang til prevensjon og helsetjenester. Frivillige aktører, organisasjoner og offentlige tjenester har bidratt i utvikling av undervisningsopplegg, digitale informasjonstjenester og andre lavterskeltilbud.

Sentrale tiltak i handlingsplaner og strategier knyttet til seksuell helse og reduksjon av uønskede graviditeter og aborter er: subsidiert hormonell prevensjon, forskrivningsrett for hormonell prevensjon for jordmødre og helsesykepleiere, gratis kondomer, gratis opplysningstelefon om seksualitet, styrking av studenthelsetjenesten og flere helsestasjoner for ungdom. Tiltakene skal bidra til å nå mål om bedre seksuell helse, inkludert reduksjon av uønskede graviditeter og reduksjon av antallet aborter.

Et særlig viktig tiltak har vært å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Denne tjenesten når ut til nesten alle barn og unge og deres familier og kan bidra til økt helsekompetanse, tidlig avdekking, forebygging, behandling og oppfølging. Alle kommuner skal ha et gratis helsestasjonstilbud for ungdom opp til 20 år. Flere kommuner har på eget initiativ utvidet aldersgrensen i helsestasjon for ungdom til unge voksne for å ivareta ungdom som studerer eller jobber i andre kommuner enn der fastlegen deres holder til.

Et annet viktig tiltak har vært å åpne for at helsesykepleiere og jordmødre kan forskrive hormonell prevensjon. Fra 1. januar 2016 har helsesyke-

pleiere og jordmødre kunnet forskrive prevensjonsmetodene p-stav og spiral i tillegg til p-piller, uavhengig av tjenestested. Fra 1. januar 2022 er det ingen aldersbegrensning i deres forskrivningsrett for prevensjon. Det innebærer at helsesykepleiere og jordmødre med relevant kompetanse kan rekvirere alle typer prevensjonsmidler, også til unge under 16 år (StimuLab, 2021).

Den øvre aldersgrensen for å subsidiere hormonell prevensjon til unge gjennom folketrygden har også gradvis blitt utvidet. I dag får alle unge mellom 16 og 22 år helt eller delvis dekket hormonell prevensjon gjennom bidragsordningen.

Helsedirektoratet har over flere år forvaltet en ordning for gratis kondomer. Det er mulig å bestille gratis kondomer via helsenorge.no, og det deles ut gratis kondomer via skolehelsetjenesten, helsestasjon for ungdom, studenthelsetjenesten, klinikker og organisasjoner. Det deles årlig ut mer enn åtte millioner kondomer.

17.1.1 Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall aborter

Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) har som mål å redusere antallet uønskede graviditeter og aborter. Tiltakene i handlingsplanen skal bidra til:

- å styrke befolkningens helsekompetanse og muligheter til å ivareta egen seksuell og reproduktiv helse på en god måte
- at aborttallene er en tredjedel lavere i 2024 sammenlignet med 2014, og at aborttallene fortsatt holdes på et lavest mulig nivå

Målet skal nås gjennom å sikre bedre informasjon og veiledning om prevensjon. Informasjonen om prevensjon skal bedres både gjennom å styrke den generelle seksualundervisningen i skolen, målrettet informasjon til utsatte grupper og bedre skriftlig og digital informasjon og veiledning. I tillegg vil regjeringen bedre tilgangen til prevensjon, særlig langtidsvirkende prevensjon, for

unge. Regjeringen vil iverksette målrettede tiltak for økt bruk av prevensjon blant kvinner med gjentatte aborter, og kvinner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Regjeringen vil også styrke tilgjengeligheten til helsestasjons- og skolehelse-tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

17.2 Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)

Strategien Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017–2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) viser retningen for arbeidet for god seksuell helse i befolkningen. Strategien er forlenget, og det er planlagt å lansere en ny helhetlig og tverrsektoriell strategi for seksuell helse fra 2024 (Helsedirektoratet, 2023).

Innsatsen som beskrives i strategien omfatter både forebyggende og helsefremmende arbeid, opplæring/utdanning, behandling, oppfølging av sykdom og kunnskapsutvikling.

Strategien har to konkrete tiltak for å forebygge uønskede svangerskap og abort. Regjeringen vil styrke helsesykepleiers og jordmors rolle i prevensjonsveiledning og administrering av prevensjon til kvinner og videreføre ordningen med subsidiert hormonell prevensjon til kvinner mellom 16 og 19 år.

Strategien omtaler hvilke konsekvenser sosial ulikhet har for seksuell helse, prevensjonsbruk og uønsket graviditet. Forskning fra Danmark viser at ungdom med lavere sosioøkonomisk bakgrunn har flere seksuelle partnere, høyere forekomst av seksuelt overførbare infeksjoner og flere aborter. Spørsmålet er forsøkt belyst gjennom den norske Ungdata-undersøkelsen som gjennomføres årlig. Tall fra denne undersøkelsen gir imidlertid ikke holdepunkter for å fastslå at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og antall seksualpartnere, prevensjonsbruk, uønsket graviditet og hvor vidt man har vært utsatt for seksuell trakassering.

Strategien vektlegger betydningen av veilednings- og oppfølgingstilbud før, under og etter abort. Kvinner reagerer ulikt på det å gjennomgå en planlagt abort. Strategien viser til at få kvinner sliter med psykiske ettervirkninger etter abort i første tredel av svangerskapet. Strategien påpeker viktigheten av at både lavterskeltilbud og helsetjenester som kommer i kontakt med kvinner før, under eller etter en abort, er oppmerksomme på spekteret av reaksjoner den enkelte kvinne kan ha, og at det tilbys ettersamtaler, dersom kvinnen ønsker dette.

17.3 Familiepolitikk og velferdsordninger

Samfunnets velferdsordninger og familiepolitikk kan ha innvirkning på kvinners ønske om å få barn, inkludert på hvilket tidspunkt i livet og under hvilke omstendigheter man ønsker å få barn. Dette er et område der vi mangler kunnskap og forskning. Utvalget foreslår ingen konkrete tiltak utover å anbefale at sammenhengen mellom velferdsordninger, familiepolitikk og abort er et område det bør forskes mer på.

Som vist i kap. 10 om abortloven, er målet med dagens abortlov å beskytte det ufødte liv og sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst, skape en ansvarsbevisst holdning til spørsmål om seksuell reproduksjon og bidra til at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig.

Uønsket svangerskap og kvinners fruktbarhetsatferd er to sider av samme sak. Samfunnet har en interesse i at norske kvinner skal få barn, men også i at de skal få barn når de ønsker det. Kvinners abortvalg skjer i en sosial kontekst og er relatert til kvinnens livssituasjon (Skjeldestad, 2003). Dette kan for eksempel være sivilstatus, forholdet til barnets far, utdannings- eller yrkessituasjon, økonomiske forhold, hvorvidt man har barn fra før og ønsker ett til, kvinnens alder og kvinnens og barnets helse (Skjeldestad, Bakken, Inger Johanne, 2003).

NOU 2017: 6 ser blant annet på familiepolitikens betydning for fruktbarheten. Om dette sies:

Familiepolitikken er en del av en bredere velferdspolitik. Begrepet familiepolitikk, i betydningen av et sett av økonomiske virkemidler som eksplisitt skal støtte opp under barnefamilier, er av nyere dato.

Familiepolitikk er et bredt felt, med mange ulike virkemidler. Man kan si at de sentrale dimensjonene handler om penger, tjenester og tid til å utøve foreldreskapet. I den økonomiske støtten til barnefamilier inngår vanligvis kontantytelser, skattelettelser, subsidier og tjenester som understøtter foreldres arbeid med å oppfostre barn.

Det er en omfattende demografisk forskning som studerer sammenhenger mellom fruktbarhet og familiepolitikk. Oversiktsstudier viser at statistiske korrelasjoner mellom politikk og fruktbarhetsatferd ikke er entydige. Små positive effekter er funnet i noen studier, andre finner ingen statistisk signifikante sammenhenger. Det er snakk om komplekse prosesser og dermed store teoretiske og

metodiske utfordringer. Det er vanskelig å identifisere hva som er årsak og virkning, og det blir påpekt at det man sannsynligvis observerer, er effekter av hele politikksystemer. Slik sett er det best å forstå det nasjonale fruktbarhetsnivået som et systemutfall av brede egenskaper ved samfunnet, som for eksempel graden av barnevennlighet, heller enn eksistensen av diverse enkeltytelser.

Også norsk og nordisk forskning har pekt på vanskeligheter med å påvise slike sammenhenger. Resultatene fra den samlede norske og nordiske forskningen tolkes etter hvert dit hen at familiepolitikk har hatt positiv betydning («Committee Opinion No. 719 Summary: Multifetal Pregnancy Reduction,» 2017).

Totalt 57 studier ble valgt ut i en systematisk gjennomgang av forskning som evaluerer effekten av ulike politiske tiltak på fruktbarheten i Europa, USA, Canada og Australia (Bergsvik, 2020).

Denne studien er også omtalt i rapporten Fallende fruktbarhet i Norge (FHI, 2020) med oppsummering av eksisterende forskning og en intervjundersøkelse blant norske kvinner og menn viste at fruktbarheten kanskje kan økes – hvis det skulle være ønske om det – ved å redusere kostnadene forbundet med å ha barn (Hart, 2020).

Vi vet med andre ord en del om sammenhengen mellom velferdsordninger, familiepolitikk og fruktbarhet. Det kan være nærliggende å tenke at lignende sammenhenger viser seg opp mot abortvalg, men dette er høyst uklart og usikkert. Hvis det er en sammenheng, vet man ikke hvor stor eller liten den er sammenliknet med andre faktorer som påvirker kvinner til å ta et valg om abort. Det finnes lite forskning, både internasjonalt, i Norden og i Norge på dette. Noe forskning kan tyde på at dagens økonomiske støtteordninger fører til færre barnefødsler blant kvinner med lønnsinntekt og flere aborter blant kvinner uten lønnsinntekt (Eskild, 2016).

Utvalget vil kort beskrive statlige velferdsordninger.

17.3.1 Støtte til familier etter fødsel og til omsorg for barn

Ytelser og tjenester til barnefamilier kan ha betydning for kvinner og pars reproduktive valg og atferd. Det er foreldrene som har ansvar for barns materielle trygghet. Offentlige overføringer til barnefamilier i form av ytelser og tjenester bidrar til å støtte opp om foreldrenes forsørgeransvar. Ytelser som barnetrygd og foreldrepenger bidrar til å styrke barnefamiliers økonomiske situasjon,

mens tjenester som barnehage og skolefritidsordning er med på å muliggjøre at begge foreldre kan være i arbeid, og på den måten sikre familiens økonomiske grunnlag. I tillegg til ytelser og tjenester rettet mot barnefamilier kommer egne skatteordninger for familier med barn.

NOU 2017: 6 viste at de statlige overføringene til barnefamilier i kroner og øre hadde økt betydelig i perioden fra 1993 til 2015. Totale overføringer til barnefamilier var i 1993 på i underkant av 36 milliarder 2015-kroner. I 2015 var beløpet mer enn dobbelt så stort, på noe over 78 milliarder kroner. Målt som andel av bruttonasjonalproduktet hadde overføringer til barnefamilier vært tilnærmet uforandret i perioden.

Offentlige tiltak og ordninger knyttet til fødsel og foreldreskap kan ha særlig betydning for gravide og par i en vanskelig livssituasjon i valget om å avbryte eller fortsette et svangerskap. Abortutvalget viser til forslaget i NOU 2017: 6 om en ny foreldrepengeordning som innebærer at alle foreldre får rett til foreldrepenger, og at engangsstønadene avvikles og erstattes av løpende foreldrepenger på et minstenivå på 2 G.

17.3.2 Hjelp og støtte til funksjonshemmede barn og familier til barn med funksjonsnedsettelse

NOU 2023: 13 beskriver situasjonen til familier som venter barn med funksjonsnedsettelse og foreldre som har barn med funksjonsnedsettelse. Likestillings- og mangfoldstutvalget har sett på informasjonen som gis til gravide og par rundt i etterkant av at det er påvist medisinske tilstander hos fosteret, i forbindelse med valget om å avbryte eller fortsette svangerskapet. Likestillings- og mangfoldsutvalget mener informasjon som gis er utilstrekkelig og unødig negativ i den medisinske beskrivelsen av tilstandene og hvordan livet med tilstandene arter seg, se pkt. 6.3 i utvalgets NOU.

Når det gjelder offentlige ytelser og tjenester til barn med funksjonsnedsettelse og deres familier viste en undersøkelse fra Riksrevisjonen i 2021 at det var alvorlig svikt i helse- og omsorgstjenestene til barn og unge med funksjonsnedsettelse. Riksrevisjonen fant at det var store forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn. Det var samtidig store variasjoner mellom kommunene i bruken av avlastning og i tildelingen av andre tjenester til funksjonshindrede barn. Familiene måtte selv ta et stort ansvar selv for å få hjelp og koordinere tjenestene.

God veiledning av gravide og par som venter barn med en funksjonsnedsettelse, og hjelp og støtte til barn med funksjonsnedsettelser og deres familier kan påvirke den enkeltes valg rundt

abort. Utvalget vil understreke viktigheten av å følge opp forslag i NOU 2023: 13, også med tanke på å gi gravide og par reell reproduktiv frihet i valget om å fortsette eller avbryte et svangerskap.

Kapittel 18

Abortregisteret og medisinsk fødselsregister

18.1 Abortregisteret

Abortregisteret har statistikk over begjæringer, innvilgede begjæringer i nemnd og utførte svangerskapsavbrudd i Norge siden 1979. Statistisk sentralbyrå (SSB) hadde ansvaret for abortstatistikken i perioden 1977–2005. SSB startet Abortregisteret i 1977, dokumentasjon for årgangene 1977–1978 mangler. Fra og med 2006 er Folkehelseinstituttet ansvarlig for statistikken, og fra og med 2008 databehandling av Abortregisteret. Nærmere regler om abortregisteret følger av abortregisterforskriften.

Alle aborter skal meldes elektronisk til Abortregisteret. Ved konsultasjon på sykehuset før abort, registreres opplysninger som skal inngå i rapportering til Abortregisteret. Rapport sendes elektronisk etter avsluttet behandling (Løkeland et al., 2022).

Abortregisteret inneholder aidentifisert informasjon om aborter i Norge. Det er ingen direkte personidentifiserbare opplysninger, og registeret kan derfor ikke kobles mot andre registre. Mulighetene for å benytte registeret til overvåking og forskning er derfor svært begrenset.

Formålet med Abortregisteret er å samle inn og behandle opplysninger tilknyttet begjæringer om svangerskapsavbrudd for å gi grunnlag for utarbeidelse av statistikk om praktisering av abortloven, bidra til å evaluere tiltak mot uønskede svangerskap og svangerskapsavbrudd og bidra til god ressursutnyttelse og kvalitet i behandlingen av kvinners reproduktive helse. Opplysninger i Abortregisteret kan foruten til formål som nevnt i første ledd, behandles og brukes til styring, planlegging og kvalitetssikring av helse- og omsorgstjenesten og helseforvaltning, utarbeidelse av statistikk og forskning, jf. abortregisterforskriften § 1-3.

Abortregisteret inneholder aidentifisert informasjon om aborter i Norge. Det er ingen direkte personidentifiserbare opplysninger, og registeret kan derfor ikke kobles mot andre registre.

Abortregisterforskriften § 1-7 angir nærmere hvilke opplysninger som kan samles inn og oppbevares i registeret. Registeret inneholder opplysninger om bostedskommune, sivilstatus, arbeid/skolegang, institusjon/sykehus, dato for begjæring, journalopptaksdato, tilbud om prevensjonsveiledning og rådgivning etter abortloven, krysset av for at det er gitt informasjon om inngrepets art og virkning, hvem begjæring er fremsatt av (etter abortloven § 4), medisinske opplysninger: tidligere svangerskap, svangerskapets lengde, tidligere sykdommer, sykdomshistorie, prevensjonsbruk, opplysninger om nemndsbehandling, opplysninger om fosterdiagnostikk, opplysninger om behandling/inngrep (kirurgisk/medikamentell), tidligere svangerskap, svangerskapets lengde, tidligere sykdom, prevensjonsbruk, opplysninger om nemndsbehandling, fosterdiagnostikk og inngrep/behandling. Når det gjelder nemndsbehandling, registreres det rettslige grunnlaget for vedtaket (§ 2 tredje ledd, bokstav a,b,c,d,e, eller § 2a).

18.2 Medisinsk fødselsregister

Medisinsk fødselsregisterforskriften pålegger helsepersonell å melde inn opplysninger knyttet til svangerskap og fødsler. Blant opplysninger som skal meldes inn til registeret, er opplysninger om relevante funn ved prenatal diagnostikk, jf. forskriftens § 1-7 første ledd punkt 3.4.

Abortregisteret er et aidentifisert register. I de tilfellene nemnda innvilger den provoserte aborten grunnet tilstander hos fosteret (abortloven § 2 tredje ledd bokstav c kan kvinnens direkte personidentifiserende opplysninger registreres i Medisinsk fødselsregister, men kvinnen kan reservere seg mot registrering av opplysninger om dette. Ellers skal alle andre nemndsbehandlede provoserte aborter registreres aidentifisert i Medisinsk fødselsregister.

I dag meldes begrensede opplysninger til registret om fosterantallsreduksjoner. Dette gjør at man har begrenset kunnskap og mulighet til å

følge med på effekt og følger av behandlingen, for eksempel på videre utvikling av gjenværende foster.

18.3 Beskyttelse av personvernet ved abort

Det er en egen bestemmelse om taushetsplikt i abortloven. I henhold til abortloven § 11 skal enhver som deltar i behandling av saker etter loven, bevare taushet om det vedkommende har fått kjennskap til. Abortloven gir ikke adgang til unntak fra denne taushetsplikten, heller ikke for kvalitetssikringsformål. Klagenemnda har tolket denne bestemmelsen slik at de ikke kan gi abortnemndene, som har hatt saker i førsteinstans, innsyn i klagenemndenes vedtak og begrunnelser.

Opplysninger om aborten som gjelder den medisinske behandlingen/helsehjelpen, inngår i journal for kvinnen og helseopplysninger som samles inn om pasienter. Vedtak, vedtaksgrunn og opplysninger som ikke er direkte nødvendige for helsehjelpen til kvinnen, skal ikke inngå i journal. Nemndenes vedtak og nemndsprotokoll, inkludert alle sakspapirer for nemndsbehandling, oppbevares separat fra journal.

Abortregisterforskriften ble vedtatt i 2007. Før dette hadde ikke registreringen av opplysninger om abort hjemmel i forskrift. I høringsnotat om abortregisterforskriften foreslo Helse- og omsorgsdepartementet å etablere registeret over aborter som et pseudonymt register, det vil si et register der helseopplysninger der identitet er kryptert eller skjult på annet vis, men likevel individualisert slik at det lar seg gjøre å følge hver person uten at identiteten røpes. Formålet med dette var å sikre et bedre grunnlag for forskning og kvalitetssikring av tiltak for å forebygge uønskede svangerskap og abort, enn ved det tidligere aidentifiserte registeret. Departementet viste til at statistikken fra det aidentifiserte registeret var mangelfull i omfang og kvalitet, og ga et for dårlig grunnlag for forskning om kvinners reproduktive helse og effekt av forebyggende tiltak.

Forslaget om et pseudonymt register ble i høringsrunder imøtegått av blant annet Datatilsynet, som i sin høringsuttalelse skrev at

I Norge råder prinsippet om rett til selvbestemt abort innenfor visse rammer. Kvinner går ofte igjennom en vanskelig periode både forut for og etter at en abort er gjennomført. Vissheten om at det vil skje en obligatorisk registrering av personopplysninger i et sentralt register i til-

knytning til gjennomføringen av et slikt inngrep, sammenholdt med den mulighet dette gir til å finne frem tilbake til den enkelte kvinnes identitet, vil kunne føre til at det oppleves enda vanskeligere å ta valget om å gjennomføre et slikt inngrep. Dette kan trolig for enkelte oppleves som en svekkelse av muligheten til selvbestemt abort.

På bakgrunn av høringsrunden ble det bestemt at abortregisteret kun skulle inneholde aidentifiserte opplysninger, det vil si helseopplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson, og hvor identitet bare kan tilbakeføres ved sammenstilling med de samme opplysninger som tidligere er fjernet.

18.4 Folkehelseinstituttets innspill til Abortutvalget om registrene

Abortutvalget har i brev av 18. april 2023 bedt Folkehelseinstituttet om å gjøre en vurdering av dagens registre, status, utfordringer og anbefalinger for fremtiden. Abortutvalget ba spesielt om svar på hva som er formål med registrene i dag, hvilke mål man bør ha for registrene, hvordan registrene er organisert, hvilke rettslige og organisatoriske rammer man har for registrene, om dagens regulering og organisering er hensiktsmessig for å oppnå formålene med registrene og hvilke endringer, juridisk og/eller organisatorisk.

Svaret fra Folkehelseinstituttet gir en gjennomgang av registrering av provoserte aborter i Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister når det gjelder status, utfordringer og anbefalinger for fremtidens registre. Innspillet ligger i vedlegg 5.

Folkehelseinstituttet påpeker at opplysninger om de fleste helserelaterte temaer i Norge registreres i nasjonale helseregistre med personnummer. Dette gjør at helseregistrene kan benyttes til kunnskapsinnhenting, overvåking av befolkningens helse, forskning, kvalitetssikring og evaluering av tjenestene, styring, planlegging og utarbeiding av statistikk. Folkehelseinstituttet mener at det er nødvendig å kunne legge til rette for like god forskning og kunnskapsproduksjon knyttet til provoserte aborter og kvinnehelse generelt, som det er omkring andre tema. NOU 2023: 5 (Miscarriage Probability Chart, 2023) og betydningen av kjønn for helse viser til at kvinners helse har lav status, og at det mangler kunnskap om kvinners helse og helseutfordringer i Norge.

Provosert abort er en medisinsk prosedyre som er preget av etiske og politiske diskusjoner i Norge og i resten av verden. Av den grunn mener Folkehelseinstituttet det er både nyttig og nødvendig å over tid kunne fremskaffe statistikk både nasjonalt og internasjonalt for å dokumentere forekomsten av provosert abort. Det er viktig med kunnskap om når i svangerskapet abortene skjer og annen kunnskap som kan benyttes til å forbedre tilbudet, og sikre at alle kvinner som tar abort får et like godt tilbud.

Instituttet peker på at eventuelle endringer i abortloven vil medføre behov for endringer i abortforskriften § 19, abortregisterforskriften og medisinsk fødselsregisterforskriften for at registrene ikke skal stå uten hjemmel til å registrere opplysninger om provoserte aborter. Folkehelseinstituttet mener at den pågående revisjonen av abortloven gir anledning til å legge til rette for en bedre registrering av provoserte aborter, og anbefaler direkte personidentifiserbar registrering for alle provoserte aborter, uavhengig av svangerskapsuke. Registreringen bør skje i register med

formål tilsvarende de formålene Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister har i dag, men det bør legges til rette for en mer rasjonell samhandling mellom registrene enn hva dagens juridiske rammeverk tillater.

Folkehelseinstituttet mener en slik registrering vil heve kvaliteten på data og sørge for bedre overvåking og forskning og overvåking av kvinners helse gjennom hele svangerskapet. Mulighet for forskning og overvåking av forekomst av og årsakssammenhenger knyttet medfødde misdanninger vil også bedres.

Data om provoserte aborter er sensitive personopplysninger i likhet med andre helseopplysninger som behandles i de sentrale helseregistrene. Derfor skal de behandles på en sikker måte, slik opplysninger i de sentrale helseregistrene blir i dag. Folkehelseinstituttet mener at den personvernrisikoen knyttet til registrering i et helseregister i dag, er lav ettersom registrering og behandling av opplysninger i de sentrale helseregistrene og i kvalitetsregistrene er underlagt et strengt og detaljert regelverk.

Kapittel 19

Abort i andre land

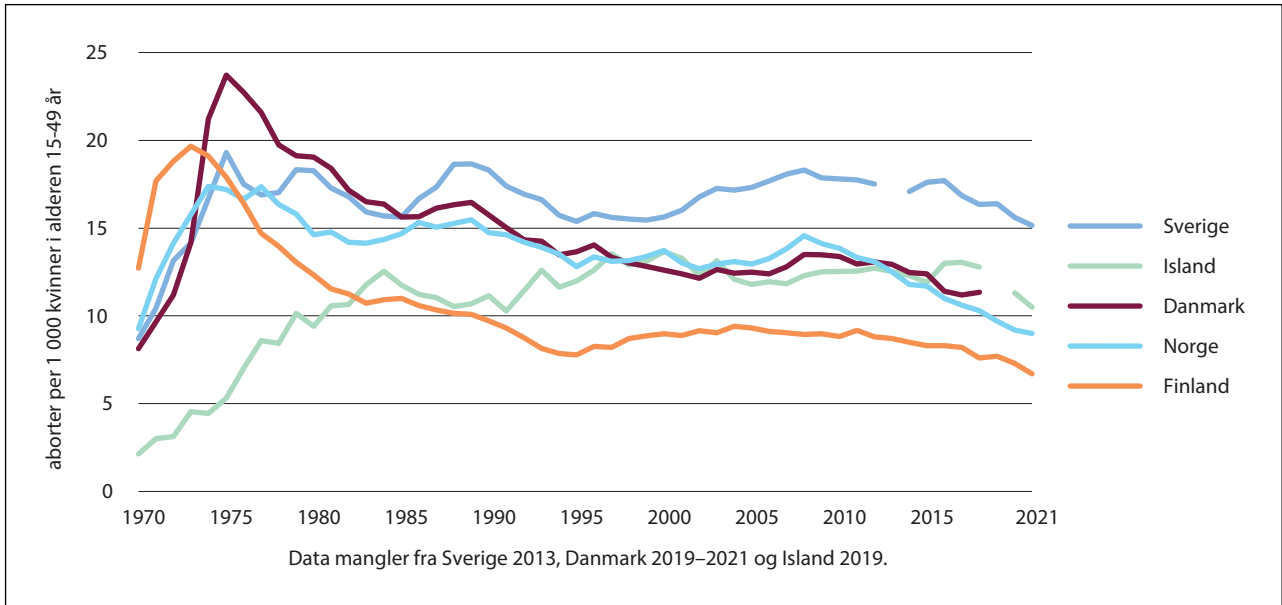
19.1 Abort i Norden

Av de nordiske landene var det Danmark som først fikk en abortlov med selvbestemt abort. Fra 1973 kunne danske kvinner ta selvbestemt abort før utgangen av tolvte svangerskapsuke. Sverige fulgte etter i 1974 med selvbestemt abort for kvinner frem til utgangen av 18. svangerskapsuke. I Finland har det ikke vært selvbestemt abort før i 2023. Island har fra 2019 hatt selvbestemt abort frem til utgangen av 22. svangerskapsuke. Den tidligere Islandske loven fra 1975 åpnet ikke for selvbestemt abort. I nordisk sammenheng er det bare Island som har vedtatt ny abortlov siden 1970-tallet. De andre landene har gjort større eller mindre endringer i eksisterende lover.

Vilkårene for innvilgelse av abort etter tidspunktet for selvbestemmelse likner hverandre i Norge, Danmark og Finland. Det er i hovedsak vilkår knyttet til kvinnens fysiske og mentale helse, medisinske tilstander eller sykdom hos fosteret, sosiale årsaker og kvinnens livssituasjon, eller hvis

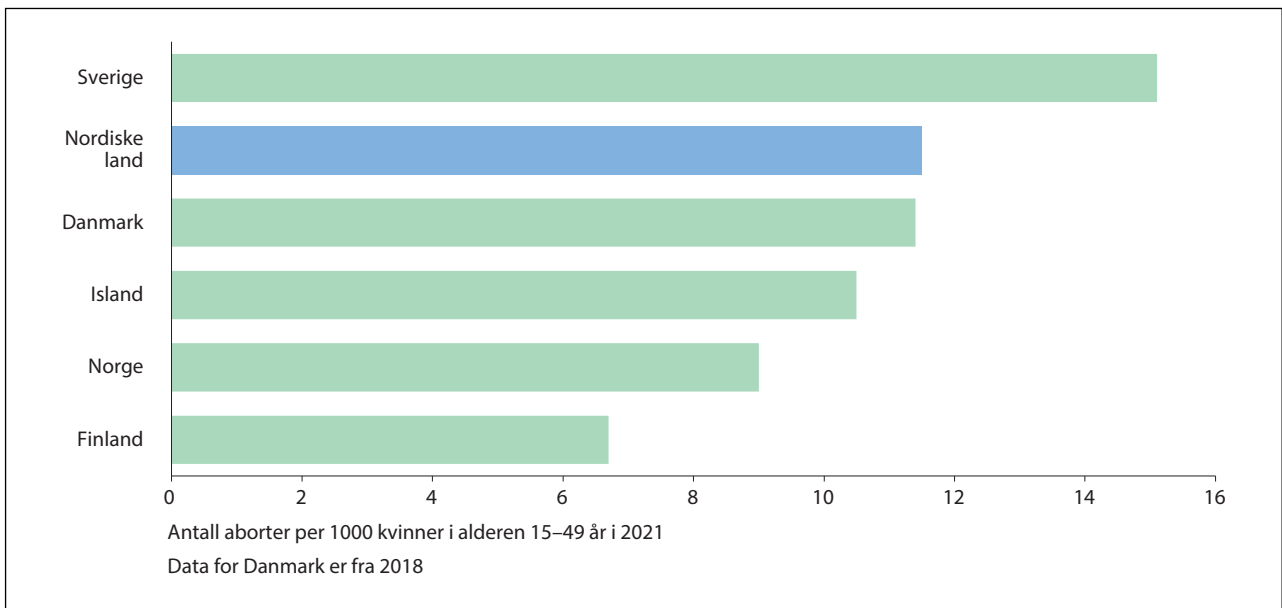
graviditeten er et resultat av straffbare forhold som voldtekt og overgrep. I Sverige er ikke vilkårene nærmere angitt i loven, men det er de samme vurderingstemaene som Rettsliga rådet vektlegger ved behandling av søknader om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke, som vilkårene i de andre landene.

Abortraten i alle de nordiske landene har gått ned det siste tiåret. Finland har lavest abortrate av de nordiske landene. Island vedtok ny abortlov i 2019 med selvbestemt abort frem til 22. svangerskapsuke. Den nye lovgivningen har ikke ført til noen økning i antall aborter på Island. I 2021 var abortraten i Finland 6,7 per 1000 kvinne i fertil alder, Sverige 15,1 per 1000, Norge 9 per 1000, Island 10,5 per 1000 og Danmark 11,4 per 1000 kvinne (figur 19.2). I Finland og Sverige er det ett nasjonalt forvaltningsorgan som består av flere fagpersoner og ansatte i forvaltningen som innvilger abort etter grensen for selvbestemmelse. I Danmark er det fem regionale råd som fatter vedtak om abort, og en ankenemnd for abortsaker.



Figur 19.1 Antall aborter per 1 000 kvinner i alderen 15–49 år i Norden 1970 til 2021

Kilde: THL Finland, Finlands offisiella statistik, Mika Gissler, Anna Heino, Statistikkrapport 2023



Figur 19.2 Antall aborter per 1 000 kvinner i alderen 15–49 år i Norden i 2021

Kilde: THL Finland, Finlands offisiella statistik, Mika Gissler, Anna Heino, Statistikkrapport 2023

	Danmark	Norge	Finland
Lov	Sundhedsloven Afsnit VII Svangerskabsafbrytelse og fosterreduktion	Abortloven (Lov-1975-06-13-50)	Abortloven (24.3.1970/239)
Siste større lovendring	1973	1978	2022 (selvbestemmelse til uke 12)
Grense for selvbestemt abort	Utgangen av 12. svangerskapsuke	Utgangen av 12. svangerskapsuke	Utgangen av 12. svangerskapsuke
Abort etter tidspunkt for selvbestemmelse	Etter utgangen av 12. svangerskapsuke skal søknad om abort behandles av et av fem regionale «abortsamråd». Abortsamrådene består av to leger og en jurist. Avslag kan ankes til nasjonal ankenemnd	Etter utgangen av 12. svangerskapsuke skal søknad om abort behandles av en nemnd med to leger. Det er 23 nemnder ved landets sykehus	Etter utgangene av 12. svangerskapsuke skal søknad om abort behandles i Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården/Valvira
Øvre grense for abort	Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan svangerskapet bare avbrytes ved svært alvorlig sykdom hos fosteret eller dersom fosteret ikke er levedyktig eller ved fare for kvinnens liv	Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan svangerskapet bare avbrytes dersom fosteret ikke er levedyktig eller ved fare for kvinnens liv	Etter utgangen av 20. svangerskapsuke kan svangerskapet avbrytes ved svært alvorlig sykdom hos fosteret frem til utgangen av 24. svangerskapsuke. Etter dette kan svangerskap bare avbrytes ved fare for kvinnes liv.

Figur 19.3 Abort og abortregulering i de nordiske landene

Kilder: Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen, Det Islandske helsedepartementet og justisdepartementet, Valvira

	Sverige	Island
Lov	Abortloven (12.6.1974/595)	Lov om svangerskapsavbrudd nr. 43/2019
Siste større lovendring	1974	2019
Grense for selvbestemt abort	Utgangen av 18. svangerskapsuke	Utgangen av 22. svangerskapsuke
Abort etter tidspunkt for selvbestemmelse	Etter utgangen av 18. svangerskapsuke skal søknad om abort behandles av Rettsliga rådet ved Socialstyrelsen. Rettsliga rådet består av jurist (leder), psykiater, sosionom, gynekolog, en representant fra Socialstyrelsen og representant fra Riksdagen	Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kreves bekreftelse fra to leger om at fosteret ikke er levedyktig, dersom svangerskapet skal avbrytes
Øvre grense for abort	Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan svangerskapet bare avbrytes dersom fosteret ikke er levedyktig eller ved fare for kvinnens liv	Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan svangerskapet bare avbrytes dersom fosteret ikke er levedyktig eller ved fare for kvinnens liv

Figur 19.4 Abort og abortregulering i de nordiske landene forts.

19.2 Regulering av abort i Danmark

Selvbestemmelse

I Danmark har gravide fra 1973 hatt rett til svangerskapsavbrudd etter eget ønske innen utgangen av tolvte svangerskapsuke, jf. sundhedsloven § 92. Den gravide skal ha fått tilbud om veiledning før beslutningen om abort tas.

Gravide under 18 år kan ikke selv søke om abort. Søknad må fremsettes av foreldre eller foresatte. Ved særlige grunner kan abort gjennomføres for de under 18 år uten foreldres samtykke til søknad.

Det regionale «samrådet» kan tillate svangerskapsavbrudd etter anmodning fra verge, dersom den gravide, på grunn av sinnssykdom, utviklingshemming, alvorlig svekket helse eller annen grunn, er ute av stand til å forstå betydning

gen av inngrepet. Dette gjelder både før og etter tolvte svangerskapsuke.

Vilkår og håndheving

Ifølge sundhedsloven §93 kan abort skje «uden særlig tilladelse» gjennom hele svangerskapet, hvis inngrepet er nødvendig for at avverge fare for den gravides liv eller «for en alvorlig forringelse af dennes legemlige eller sjælelige helbred», og denne fare «er udelukkende eller ganske overvejende lægefagligt begrundet».

I tillegg kan det, etter søknad, gis tillatelse til abort fra utgangen av tolvte svangerskapsuke til fosteret antas å være levedyktig på følgende vilkår, jf. sundhedsloven § 94 første ledd:

- svangerskap, fødsel eller omsorg kan føre til fare for forverring for kvinnens helse
- graviditet er resultat av straffbare forhold

- c. det er stor fare for at barnet kan få en alvorlig lidelse (forstås som funksjonsnedsettelse)
- d. den gravide, på grunn av lidelse/sykdom eller utviklingshemming ikke kan ta hånd om barnet
- e. den gravide på grunn av alder eller umodenhet ikke kan ta hånd om barnet
- f. sosiale forhold som gjør at svangerskap, fødsel eller omsorg medfører en urimelig belastning

Etter dette (til fødsel) kan svangerskapsavbrudd gjennomføres dersom det er fare for at barnet på grunn av arvelige anlegg, skade eller sykdom i fostertilstanden vil få en fysisk eller psykisk lidelse (§ 95 stk. 3), og dette, med avgjørende vekt, taler for abort.

Som i Norge er den største andelen av abortene etter tidspunkt for selvbestemmelse innvilget med grunnlag i tilstander eller sykdom hos fosteret. I perioden 2021–2022 var nesten 70 prosent av de innvilgede abortene innvilget på dette grunnlaget. Om lag 30 prosent var innvilget på grunnlag av sosiale forhold (figur 19.5).

De regionale samrådene

I Danmark behandles alle søknader om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke av et av fem regionale samråd for abort. De fem samrådene er oppnevnt av Sundhedsstyrelsen, og består av to leger og en jurist. Legene er en gynekolog og en psykiater. Juristen er ansatt ved regionen.

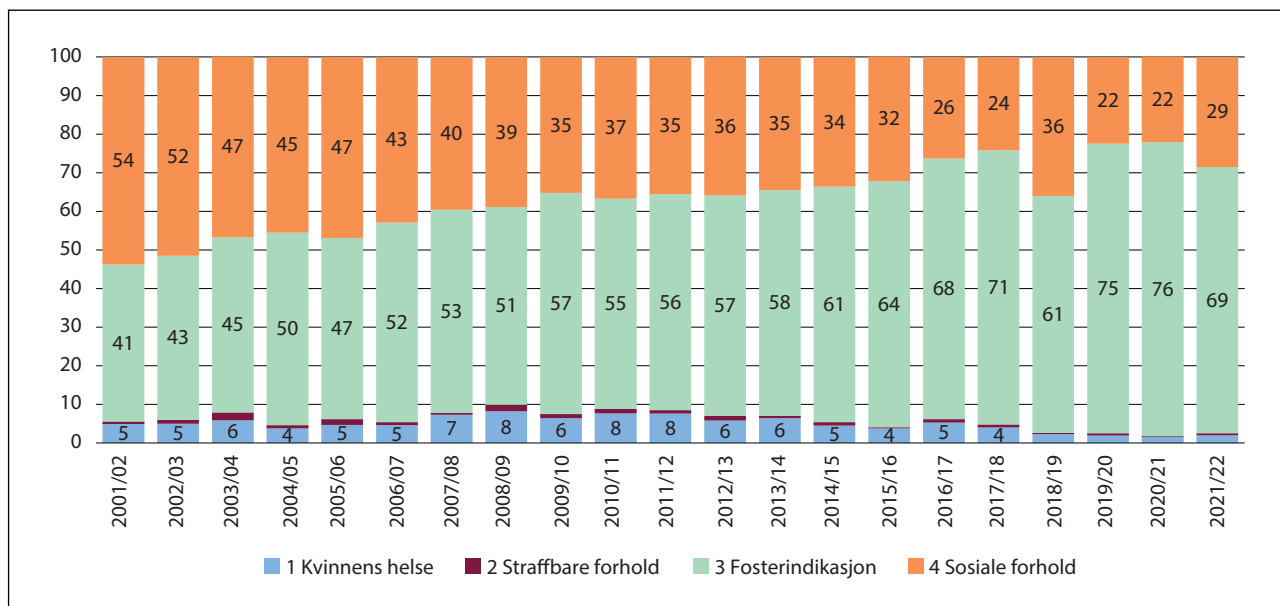
Etter helselovens § 97, stk. 2, kan søkerne klage avgjørelsene fra samrådene inn for den sentrale ankenemnda, som fungerer som klage- og tilsynsmyndighet for samrådene. Ankenemnda består av tre medlemmer, leder er jurist med dommerkompetanse og de to andre medlemmene har samme kompetanse som ved samrådene.

Samrådene oversender årlig en del av sine vedtak til ankenemnda. Som kontrollmyndighet gjennomgår ankenemnda sakene og sender oppsummerte rapporter tilbake til samrådene med sin vurdering av samrådenes praksis. Ankenemnda holder også årlige konferanser hvor alle samrådsmedlemmene i de fem regionale samrådene deltar, og hvor det gis generelle retningslinjer for praksis. Ankenemnda skal sørge for at de regionale samrådene følger en enhetlig praksis så langt det er mulig, og utgir oppsummerende årsmeldinger basert på egen praksis og tilsyn.

Ankenemndas oppgaver skal sikre en enhetlig praksis over hele landet. Regionale forskjeller i praksis anses for problematiske ut fra generelle forvaltningsrettslige likhetsprinsipper.

Forskning om abortsamrådenes praksis

I 2021 ble det publisert resultater fra et forskningsprosjekt som undersøkte praksis i abortsamrådene og ankenemnda. Artikkelen «Abortsamrådenes hemmelige liv: Praksisanalyse af en Black Box forvaltning» (Petersen & Herrmann, 2021) fra 2021 er basert på det første



Figur 19.5 Svangerskapsavbrudd i andre trimester i Danmark 2001–2022

Grunner til innvilgelse av aborter med svangerskapslengde etter 12. svangerskapsuke i Danmark i perioden 2001–2022 (n=14 099)

Kilde: (Sundhedsstyrelsen 2023)

forskningsprosjektet som er gjort av abortsamrådenes praksis i Danmark.

Forskningen viser at samrådene og ankenemnden legger stor vekt på svangerskapets lengde i vurderingen av om abort kan tillates frem til utgangen av 22. svangerskapsuke, da det legges til grunn at fostret er levedyktig. Mellom uke 12 og uke 22 praktiseres det en gradvis skjerpelse av kravene til begrunnelse for abort. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke tillates abort bare unntaksvis når søknaden er begrunnet i sosiale forhold. Abort på fostermedisinsk indikasjon tillates normalt frem til utgangen av 22. svangerskapsuke, og unntaksvis etter uke 22 ved funksjonsnedsettelse som er uforenelige med liv eller svært alvorlige. Samrådene og ankenemndens praksis har bare delvis støtte i selve lovteksten. Skjerpelsen knyttet til abort på grunn av sosiale forhold etter utgangen av 18. svangerskapsuke fremgår ikke av loven.

Ved søknad om abort på grunn av sosiale forhold skal søknaden inneholde en sosialrapport, som utformes av en regionalt ansatt med sosialfaglig kompetanse (sosialrådgiver/sosionom). Rapporten skal gi en objektiv vurdering av søkers situasjon. Den gravides vurdering av egen situasjon blir ikke tillagt vekt.

Forskningsprosjektets gjennomgang av saker fra samrådene viser at det er stor variasjon mellom samrådene når det gjelder praksis knyttet til tillatelse til abort på sosiale vilkår, og at saksbehandlingen ikke er i tråd med prinsippet om at like tilfeller skal behandles likt. Forskerne mener at systemet heller ikke sikrer transparens og forutberegnelighet, siden samrådenes praksis verken fremgår av loven, veiledning til loven eller av forarbeidene.

Forskningsprosjektet har også undersøkt praksis for innvilgelse av abort på fostermedisinsk indikasjon. Forskernes gjennomgang viser at samrådene og ankenemnda har utviklet en automatisert praksis for en rekke diagnoser (Petersen & Herrmann, 2021).

Redegjørelse fra Det Etske Råd i Danmark

I september 2023 publiserte Det Etske Råd i Danmark en rapport med anbefalinger om fremtidig regulering av adgangen til abort i Danmark. Innledningsvis viser rådet til at det danske samfunnet, verdier og holdninger har endret seg mye siden den danske abortloven ble vedtatt i 1973. Rådet mener at samfunnsutviklingen kaller på en gjennomgang av den danske abortlovgivningen (Det etske råd, 2023).

Rådet, som består av 17 rådsmedlemmer, gir hovedsakelig tre anbefalinger om endringer i den danske sundhedslovens afsnit VII om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion.

Et flertall på ni medlemmer i rådet anbefaler å endre grensen for selvbestemt abort fra dagens grense (utgangen av tolvte svangerskapsuke) til utgangen av 18. svangerskapsuke. Flertallet i rådet begrunner dette med et ønske om å styrke kvinners selvbestemmelse. Gravide bør ha mulighet til å fatte selvstendige beslutninger på bakgrunn av informasjon fra fosterdiagnostiske undersøkelser i uke 11 og 14. Flertallet viser til at det ikke er grunn til å tro at en endring av grensen vil føre til flere sene aborter, eller flere aborter på grunn av fosterets kjønn (kjønnsseleksjon). De mener at selvbestemmelse til utgangen av 18. svangerskapsuke vil gi en betydelig margin til levedyktighet, og at flytting av grensen for selvbestemmelse vil gi mer likestilte muligheter for abort uavhengig av personlige ressurser hos den enkelte som søker abort.

Et mindretall på fire rådsmedlemmer anbefaler at grensen for selvbestemmelse flyttes til utgangen av 15. svangerskapsuke med samme begrunnelse som over. Et mindretall på fire rådsmedlemmer anbefaler at dagens grense for selvbestemmelse ved utgangen av tolvte svangerskapsuke opprettholdes. Dette forslaget begrunnes hovedsakelig med fosterets verdi og et ønske om å motvirke et sorteringssamfunn. Hele rådet anbefaler videre å opprettholde at abort kan innvilges på bestemte vilkår etter grensen for selvbestemmelse, og at abortsamrådene videreføres. Rådet anbefaler imidlertid en grundig evaluering av abortsamrådenes virksomhet og saksbehandling, blant annet med tanke på rettssikkerhet og lovforståelse, og abortsamrådenes sammensetning og organisering. I tillegg anbefaler rådet en evaluering av om lovens vilkår er tilstrekkelig konkrete og i tråd med politiske mål.

Hele rådet anbefaler at gravide fra 15 til 17 år selv bør kunne beslutte om de vil ha en abort eller ikke, og selv beslutte om foreldre eller foresatte skal informeres eller involveres.

Ut over de konkrete anbefalingene over gjør rådet i tillegg oppmerksom på to punkter de har kommet over i sitt arbeid, som de oppfordrer ansvarlig myndigheter til å se på. Det første er registreringen av aborterte fostre som har vist tegn til liv etter abort (ca. 15 prosent), som i dag registreres som dødfødt barn. Det andre er programmet for tilbud om fosterdiagnostikk til gravide. Rådet anbefaler at dette bør gjennomgås med tanke på å forebygge et sorteringssamfunn (Det etske råd, 2023).

Rapport fra Sundhedsstyrelsen om helsemessige aspekter forbundet med å endre grensen for selvbestemmelse

I september 2023 publiserte den danske Sundhedsstyrelsen rapporten «Sundhedsfaglige aspekter forbundet med at ændre abortgrænsen». Rapporten vurderer helsemessige aspekter ved å heve grensen for selvbestemmelse til for eksempel uke 16 eller 20, og av å gi gravide mellom 15 til 17 kompetanse til å anmode eller søke om abort, uten samtykke fra foreldrene (Sundhedsstyrelsen, 2023).

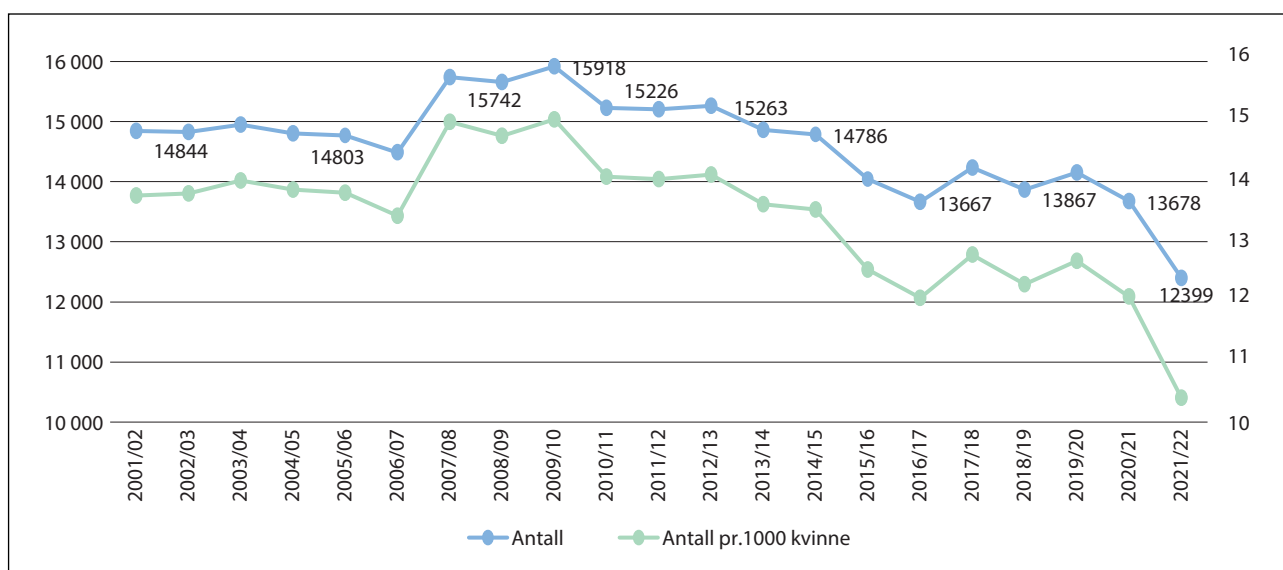
Rapporten gjennomgår lovgivning om abort, prosess og praksis i helsetjenesten og ved søknad om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke i Danmark. På bakgrunn av denne gjennomgangen og erfaringer fra andre sammenliknbare land mener Sundhedsstyrelsen at utviklingen i Danmark i retning av færre og tidligere aborter vil fortsette uavhengig av om grensen for selvbestemmelse utvides. Sundhedsstyrelsen viser til at de fleste får innvilget abort etter behandling i abortsamrådene, og mener derfor at konsekvensene av økt selvbestemmelse bare vil bety en endring i hvem som har kompetanse til å fatte beslutning om abort og ikke en endring i aborttallene. Sundhedsstyrelsen mener videre at økt selvbestemmelse kan medføre at aborter gjennomføres tidligere fordi man unngår tidkrevende saksbe-

handling, og at enkelte gravide som følge av mindre tidspress kan velge å beholde barnet.

Sundhedsstyrelsen mener videre at det ikke foreligger relevante grunner til at gravide mellom 15 og 17 år ikke selv skal få kompetanse til å anmode eller søke om abort. Styrelsen viser til de regler som generelt gjelder for barns kompetanse til å samtykke til helsehjelp (Sundhedsstyrelsen, 2023).

Aborttall i Danmark

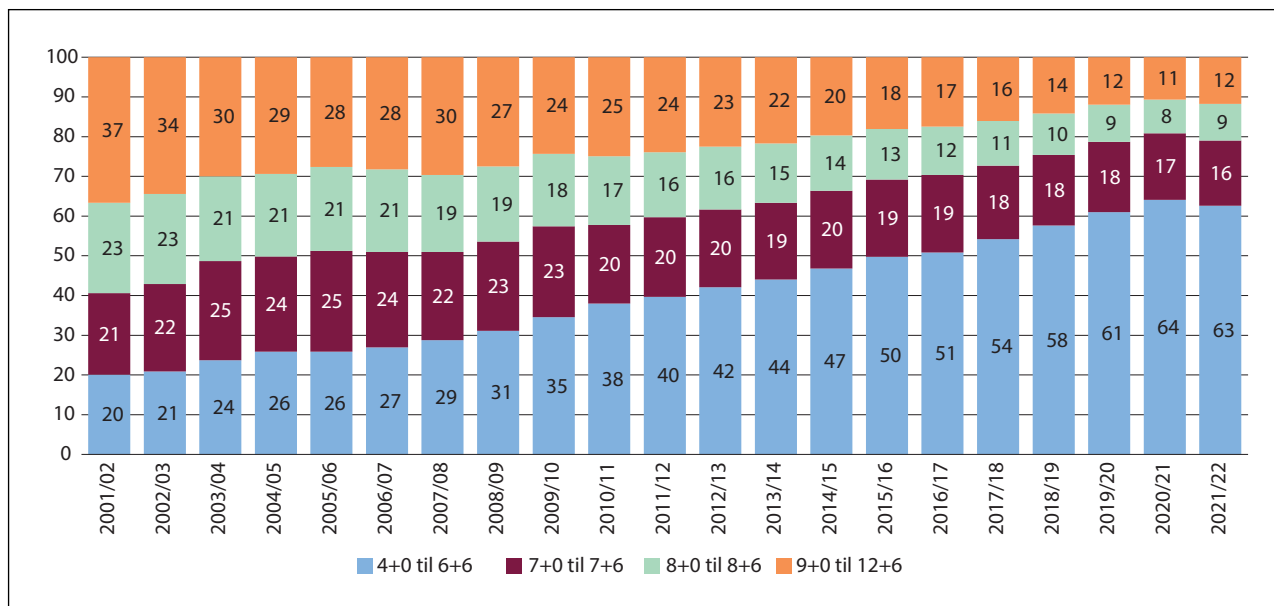
I perioden 1. juli 2021–30. juni 2022 ble det utført i alt 12999 provoserte aborter. 95 prosent ble gjennomført før utgangen av tolvte svangerskapsuke. I 2022 mottok abortsamrådene rundt 850 begjæringer om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke og rundt 50 av disse fikk avslag. 600 aborter ble gjennomført etter utgangen av tolvte svangerskapsuke i 2022. Medikamentell abort utgjorde 83 prosent av abortene før tolvte svangerskapsuke i 2021–2022 og i 2021 ble 86 prosent av alle aborter utført medikamentelt. Antall aborter og abortrate (antall aborter per 1000 kvinner) har gått ned i løpet av de siste tolv årene i Danmark, i likhet med i Norge (TiGrAb, 2022). De fleste aborter gjennomføres tidlig i svangerskapet. 63 prosent av alle aborter gjennomføres i femte til syvende svangerskapsuke, og 16 prosent i åttende svangerskapsuke.



Figur 19.6 Svangerskapsavbrudd i Danmark 2001–2022, antall per år og abortrate per år

Den blå linjen (venstre akse) viser totalt antall aborter. Den grønne linjen viser tallet per 1000 kvinner i alderen 15-49 år. (TiGrAb, 2022)

Kilder: Sundhedsstyrelsen, esundhed.dk, og Tigrab årsrapport



Figur 19.7 Selvbestemte aborter i Danmark 2001 til 2022 etter svangerskapslengde

Kilde: Sundhedsstyrelsen

19.3 Regulering av abort i Sverige

Selvbestemmelse

I Sverige har kvinner fra 1974 hatt rett til abort etter eget ønske innen utgangen av 18. svangerskapsuke (abortlagen 1 §) (Socialdepartementet 1974). Kvinnen skal tilbys veiledning innen aborten utføres. Informasjon om abort skal gis både muntlig og skriftlig kvinnen og når kvinnen har bestemt seg, skal aborten utføres snarest mulig.

Den svenske abortloven gjør ikke unntak fra retten til selvbestemmelse for enkelte kvinner eller grupper av kvinner basert på diagnose eller alder. Svenske myndigheter har gitt ut råd om blant annet utviklingshemming og foreldreskap, der omsorgstjenestene rådes til å gi personer med utviklingshemming aktiv støtte og veiledning om prevensjon, graviditet og foreldreskap, slik at

kvinnen selv kan ta gode beslutninger om seksualitet og reproduksjon (Judith, 2005).

Vilkår og håndheving

En kvinne som ønsker abort etter slutten av 18. svangerskapsuke må søke om tillatelse fra Socialstyrelsen. Søknaden behandles av Socialstyrelsens rettslige råd (Rättsliga rådet). Tillatelse til abort kan gis dersom det foreligger «særlige grunner», eller fosteret ikke antas å være levedyktig (abortlagen 3 §). Vurderingen knyttet til fosterets levedyktighet foretas av lege.

Med «særlige grunner» menes at det må foreligge særlige medisinske eller sosiale forhold som kan begrunne abort. Særlige grunner kan være fosteravvik eller psykososiale forhold hos den gravide som rusmisbruk, vold eller trusler om vold, funksjonsnedsettelse eller sosioøkonomiske forhold. Etter 22. svangerskapsuke innvilges søknad

Tabell 19.1 Grunnlag for aborter i Sverige i 2021 etter 18. svangerskapsuke

Indikasjon	Innvilgede tillatelser		Avslag
	antall	%	antall
Fosterskade/kromosomavvik	376	72,9	x
Sosiale grunner	134	26,0	36
Fysisk eller psykisk sykdom	6	1,2	x
Totalt	516	100	37

Kilde: Socialstyrelsen

bare hvis fosteret er ikke er vurdert til å være levedyktig.

Et svangerskap kan også avbrytes etter slutten av uke 18 dersom graviditeten, på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse hos kvinnen, utgjør en alvorlig fare for hennes liv eller helse (abortlagen 6 §). Abortbegrepet er her erstattet med begrepet «svangerskapsavbrudd». I disse tilfellene vil man om mulig redde fosterets liv selv om svangerskapet avbrytes.

Tillatelse til å avbryte svangerskap etter denne bestemmelsen gis også av Socialstyrelsens rettslige råd (Rättsliga rådet). Hvis det haster på grunn av fare for kvinnens liv og helse, kan imidlertid kompetent lege avbryte svangerskapet uten slik tillatelse.

Det rettslige rådet

Søknader om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke skal sendes Socialstyrelsen og besluttes av Det rettslige rådet. Det rettslige rådet består av tre nemnder. En av nemndene (abortnemnda) behandler saker om abort, sterilisering og assistert befruktning.

Det rettslige rådet er et faglig frittstående organ som er organisatorisk tilknyttet Socialstyrelsen. Det rettsliga rådets abortnemnd ledes av jurist med dommerkompetanse og har som øvrige medlemmer en psykiater, en sosialkurator, en gynekolog, en representant fra Socialstyrelsen, og en riksdagsledamot (representant fra Riksdagen).

gen). Hvis saken haster, kan vedtak fattes av leder og gynekolog.

Det er skriftlig saksgang basert på innsendt søknad. Kvinnens begrunnelse går frem av en rapport utarbeidet av sosialkurator ved sykehuset etter samtale med kvinnen.

Aborttall i Sverige

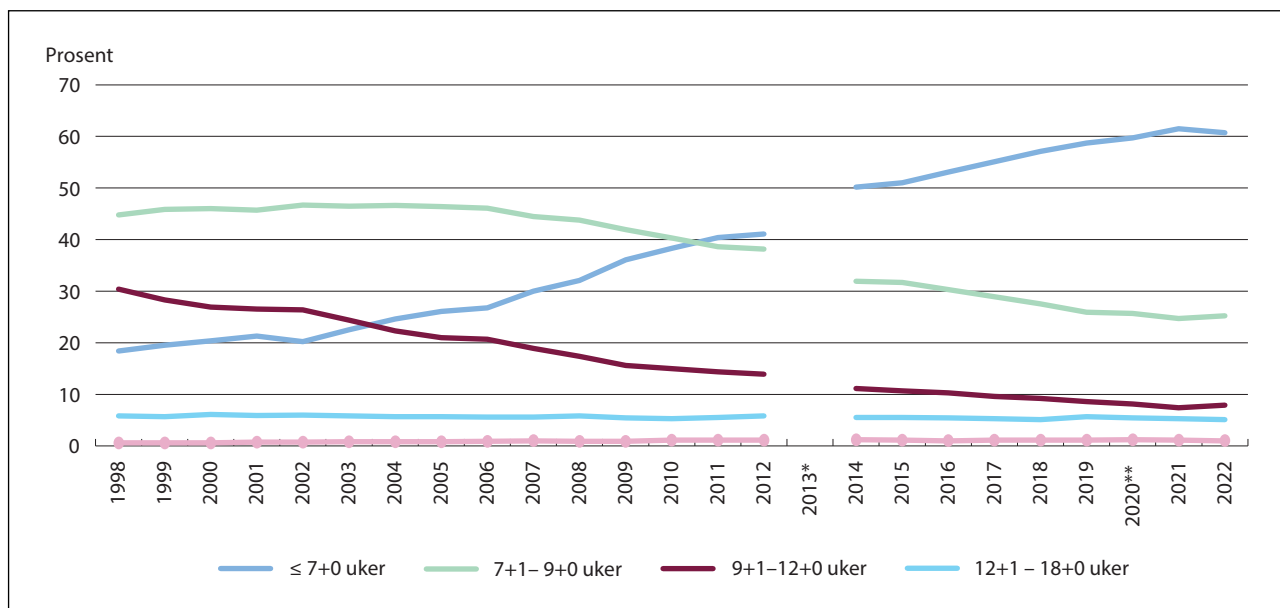
Det ble gjennomført 34 450 aborter i Sverige i 2022. Abortraten er 18 per 1 000 kvinner i alderen 15–44 år. 61 prosent av abortene ble gjennomført før svangerskapsuke sju. Når det gjelder metode ble 96 prosent av abortene gjennomført medikamentelt.

19.4 Regulering av abort i Finland

Selvbestemmelse

I Finland har gravide rett til selvbestemt abort frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke. Den gravide søker selv om abort, uavhengig av alder. Før lovendringen trådte i kraft 1. september 2023 var det to leger som besluttet om det kunne innvilges abort eller ikke.

2§ i den finske lov om avbrytelse av svangerskap bestemmer at «lagliga företrädare» kan søke om abort på vegne av en gravid kvinne som på grunn av «sinnessjukdom, psykisk efterblivenhet eller rubbad själsverksamhet» ikke selv er i stand til å søke. Det er i tillegg et krav om at vektige



Figur 19.8 Aborter i Sverige etter svangerskapslengde 1998–2022

Data mangler for 2013 pga. brudd i datasamlingen og opplysninger mangler om 2.8 prosent av abortene i 2020.

Kilde: Statistikk om aborter, Socialstyrelsen 2023

grunner tilsier at inngrepet skal utføres. Den finske lov om förmyndarverksamhet gir regler om oppnevning av «intressebevakare». Loven tilsvarende den norske vergemålsloven.

Vilkår og håndheving

Etter at den finske loven ble endret med virkning fra 1. september 2023 har kvinner i Finland rett til selvbestemt abort frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke. Endringen kom etter et borgerinitiativ som fra 2020 startet opp en kampanje for lovendring. Forslaget om lovendring som innebar selvbestemmelse til utgangen av tolvte svangerskapsuke fikk flertall i den finske riksdagen høsten 2022.

Tillatelses- og tilsynsetaten for sosial- og helsevern (Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården/Valvira) kan, etter søknad fra den gravide, gi tillatelse til svangerskapsavbrudd etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, når

1. fødsel og omsorg for barnet, tatt i betraktning kvinnens og hennes families levekår, samt andre forhold, ville være betydelig tyngende for henne
2. sykdom eller annen sammenlignbar årsak hos barnets foreldre eller en av dem begrenser deres evne til å ta vare på barnet alvorlig
3. gjort gravid under forhold som nevnt i 17 kap. § 22 eller kap. 20 § 1, 2, 5, 12, 13 eller 16 i straffeloven
4. det er grunn til å anta at barnet vil få en alvorlig sykdom eller alvorlig funksjonsnedsettelse
5. den gravide på det tidspunktet hun ble unnfanget etter å ha fylt førti, eller allerede hadde født fire barn
6. den gravide på det tidspunktet hun ble unnfanget ikke var sytten år gammel.

Dersom det søkes om svangerskapsavbrudd etter punkt 1–5, skal søknaden også angi og begrunne hvorfor svangerskapet ble oppdaget sent eller hvorfor svangerskapets avbrytelse er forsinket.

Før lovendringen i 2023 ble 91,2 prosent av alle aborter innvilget etter punkt 1 som gjelder sosiale vilkår. Størstedelen av disse sakene ble behandlet av to leger, og gjaldt aborter før utgangen av tolvte svangerskapsuke før det foreligger kunnskap om fosterets egenskaper. Før lovendring i 2023 behandlet Valvira alle søknader om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Dette gjaldt om lag ti prosent av abortsøknadene. Tabell 19.2 viser grunnlag for Valviras tillatelse til abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke i perioden 2019–2021.

Søknader om abort fra utgangen av tolvte svangerskapsuke behandles av Tillstånds- och tillsynsverket för social och hälsovården (Valvira) ved medicinalstyrelsen. Medicinalstyrelsen er en nemnd som er organisert innenfor Valvira. Styrelsen ledes av en ansatt hos Valvira og har i tillegg eksterne medlemmer. Saksprosessen er skriftlig, og møtene foregår digitalt. Statistikk over saker Valvira behandlet før lovendringen, søknader om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, viser at de aller fleste får innvilget abort. Det ble bare fattet avslag i fem til ti saker i året av rundt 750 søknader.

19.5 Regulering av abort på Island

Islandsk lov bestemmer at kvinner har rett til selvbestemt svangerskapsavbrudd innen utgangen av 22. svangerskapsuke, etter at ny abortlov ble vedtatt i 2019. Svangerskapsavbrudd skal skje så tidlig i svangerskapet som mulig, og helst innen utgangen av tolvte svangerskapsuke. Kvinner skal få tilbud om veiledning før abort.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke er svangerskapsavbrudd bare tillatt hvis det er fare for den gravides liv eller hvis fosteret antas å ikke være levedyktig.

Island hadde fra 1975 en abortlov som kun tillot abort på visse vilkår frem til utgangen av 16. svangerskapsuke (ikke selvbestemt abort), og

Tabell 19.2 Aborter i Finland etter utgangen av tolvte svangerskapsuke 2019–2021 (Saker behandlet og innvilget i Valvira)

	2019	2020	2021
Aborter (fosterskade)	398	395	395
Aborter (andre indikasjoner)	379	346	366
Aborter totalt	777	741	761
Tillatelse nektet	4	4	2

Kilde: Valvira

etter utgangen av 16. svangerskapsuke bare dersom kvinnens liv var i fare eller ved visse alvorlige tilstander hos fosteret (lov nr. 25/1975). Loven tillot abort til utgangen av 16. svangerskapsuke ved sosiale årsaker, medisinske årsaker og når graviditeten var følge av voldtekt eller andre straffbare handlinger.

Forarbeidene til den nye Islandske loven fra 2019 viser til at vilkårene for abort ikke reflekterer de utfordringene som gjør at kvinner ønsker og har behov for å avbryte et svangerskap i dag. Forarbeidene legger videre til grunn at kvinner kan oppleve skam og stress ved å måtte rettferdiggjøre ønsket om abort overfor offentlige myndigheter, særlig når ønsket er begrunnet i sosiale forhold. Proposisjonen foreslår derfor at avgjørelsen om abort tas av kvinnen selv frem til utgangen av 22. svangerskapsuke.

Den, i europeisk sammenheng, vide tidsrammen for kvinners rett til å ta beslutning om svangerskapsavbrudd begrunnes under henvisning til FNs verdenserklæring om menneskerettigheter, EMK, CRPD, Kvinnediskrimineringskonvensjonen og Konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin som fastslår at enhver har rett til liv, frihet og personsikkerhet. Et hovedmål for ny Islandsk lov om svangerskapsavbrudd er å sikre kvinners rett til fysisk autonomi og å gjøre selvstendige beslutninger om svangerskap, fødsel og reproduktiv helse.

Den Islandske loven fra 2019 gjør ikke unntak fra retten til selvbestemmelse for kvinner eller grupper av kvinner basert på diagnose eller alder. Lovens § 5 gir også jenter under myndighetsalder rett til å fatte beslutning om abort, uten samtykke fra foreldre eller verge.

Beslutning om abort etter grense for selvbestemmelse

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan abort bare skje dersom det er fare for kvinnens liv, eller dersom fosteret ikke er levedyktig. Hvis kvinnen ønsker abort etter utgangen av 22. svangerskapsuke på grunn av alvorlig sykdom hos fosteret som gjør at fosteret vil dø under svangerskapet eller kort tid etter fødsel skal fosterets tilstand og prognose bekreftes av to leger før abort kan gjennomføres.

Forarbeidene til den nye loven omtaler tidligere system for beslutninger om abort. For søknad om abort krevde loven tidligere erklæring fra to leger, eller en lege og en sosialarbeider dersom begrunnelsen var av rent sosial karakter. Forarbeidene viser til at dette ble sett på som et hinder for kvinner, og at loven reflekterte en mistillit til at

kvinner kunne ta gode beslutninger om abort. Et hovedmål med forslaget til ny lov var derfor å sikre større autonomi for kvinner i avgjørelser om reproduktiv helse og fødsel, og å overføre beslutningsmyndighet til kvinner frem til slutten av 22. svangerskapsuke.

19.6 Regulering av fosterantallsreduksjon i andre nordiske land

Den svenske Abortlagen regulerer ikke fosterantallsreduksjon. Fosterantallsreduksjon reguleres i Hälso- och sjukvårdslagen. Dette innebærer at bare inngrepet utføres dersom det foreligger medisinske indikasjoner. I praksis gjennomføres det både på sosial og medisinsk indikasjon (Dahl 2019).

I Danmark reguleres mulighetene for fosterantallsreduksjon av en egen bestemmelse i sundhedsloven § 95. Gravide kan ikke selv treffe beslutninger om fosterantallsreduksjon, heller ikke før tolvte svangerskapsuke. Det er kun tillatt med fosterantallsreduksjon på bestemte vilkår. Fosterantallsreduksjon kan tillates hvis inngrepet i vesentlig grad vil redusere risiko for den gravides helse eller fostrenes helse og levedyktighet. Dersom vilkårene er oppfylt er det tillatt å redusere antall fostre til to. Under normale omstendigheter er det ikke tillatt å redusere til ett foster.

Den finske abortloven regulerer ikke adgangen til fosterantallsreduksjon. Valvira fatter kun beslutninger om abort, det vil si om hele svangerskapet kan avbrytes. Beslutning om fosterantallsreduksjoner fattes etter medisinsk vurdering av sykehuset i samråd med den gravide.

På Island er fosterantallsreduksjon regulert i den islandske abortloven, med selvbestemt fosterantallsreduksjon frem til tidspunkt for selvbestemt svangerskapsavbrudd i uke 22.

19.7 Lovgivning om abort og utvikling i Europa og verden

Forskningsartikkelen «Abortion: legislation and statistics in Europe» har sett på lovgivning, statistikk og trender knyttet til abort i Europa, basert på tall innhentet av Europarådet (Fiala et al., 2022). Forskningen viser at den europeiske lovgivningen er heterogen. Abortratene varierer mellom ulike land. Lovgivning og graden av selvbestemmelse sammenfaller i liten grad med faktisk abortrate. Det er altså ikke slik at aborttallene er høyere i land der kvinner har stor grad av selvbe-

stemmelse. De nasjonale aborttallene gjenspeiler snarere tilgjengeligheten til aborttjenester, helsepersonells holdninger til abort, og kostnadene ved prosedyren.

I de fleste europeiske land tillater loven selvbestemt abort, eller på et så bredt grunnlag at det i praksis innvilges abort på forespørsel. Noen legale begrensninger i tilgangen til abort er likevel fortsatt på plass i de fleste land. Flere land pålegger gravide en obligatorisk ventetid fra søknaden om abort fremsettes til aborten gjennomføres. Ventetiden varierer fra mellom to og syv dager. I Storbritannia er abort bare lovlig hvis to leger samtykker. Alle europeiske land har en øvre svangerskapsgrense for når abort lovlig kan gjennomføres. Lovene i tolv europeiske land krever at gravide som søker abort gjennomgår obligatorisk rådgivning eller mottar obligatorisk informasjon (Fiala et al., 2022). Enkelte land som har selvbestemt abort krevet at gravide i alle tilfeller forklarer ønsket om abort før aborten kan gjennomføres.

De fleste europeiske land har liberalisert lovgivningen om abort i de senere årene. Polen er det eneste europeiske landet der adgangen til abort har blitt kraftig innskrenket. Adgangen til abort ble innskrenket etter kommunistregimets fall i 1990. I 1993 ble sosiale grunner fjernet som et vilkår for abort. Etter dette var abort bare mulig innen utgangen av tolvte svangerskapsuke ved fare for den gravides liv og helse som bekreftet av to leger, ved anmeldt voldtekt eller incest, og ved alvorlige medisinske tilstander hos fosteret som bekreftet av to leger. Helsepersonell har adgang til å reservere seg mot å utføre abort. Dette er i praksis et stort hinder for abort i Polen.

22. oktober 2020 fant den polske konstitusjonelle domstolen at abort av eugeniske grunner, på grunn av medisinske tilstander ved fostret, er grunnlovsstridig ettersom den diskriminerer de ufødte på grunn av hans/hennes helsetilstand, og krenker retten til liv for ethvert menneske, som beskyttet av artikkel 38 i den polske grunnloven. Domstolens tolkning ble lagt til grunn i polsk rett fra 27. januar 2021.

Antallet offisielle lovlige aborter i Polen falt fra 1076 i 2020 til 107 i 2021 og 161 i 2022. Det antas at et betydelig antall aborter, mellom 80.000 og 200.000 utføres illegalt hvert år, i Polen eller i andre land (Hirvonen, 2017).

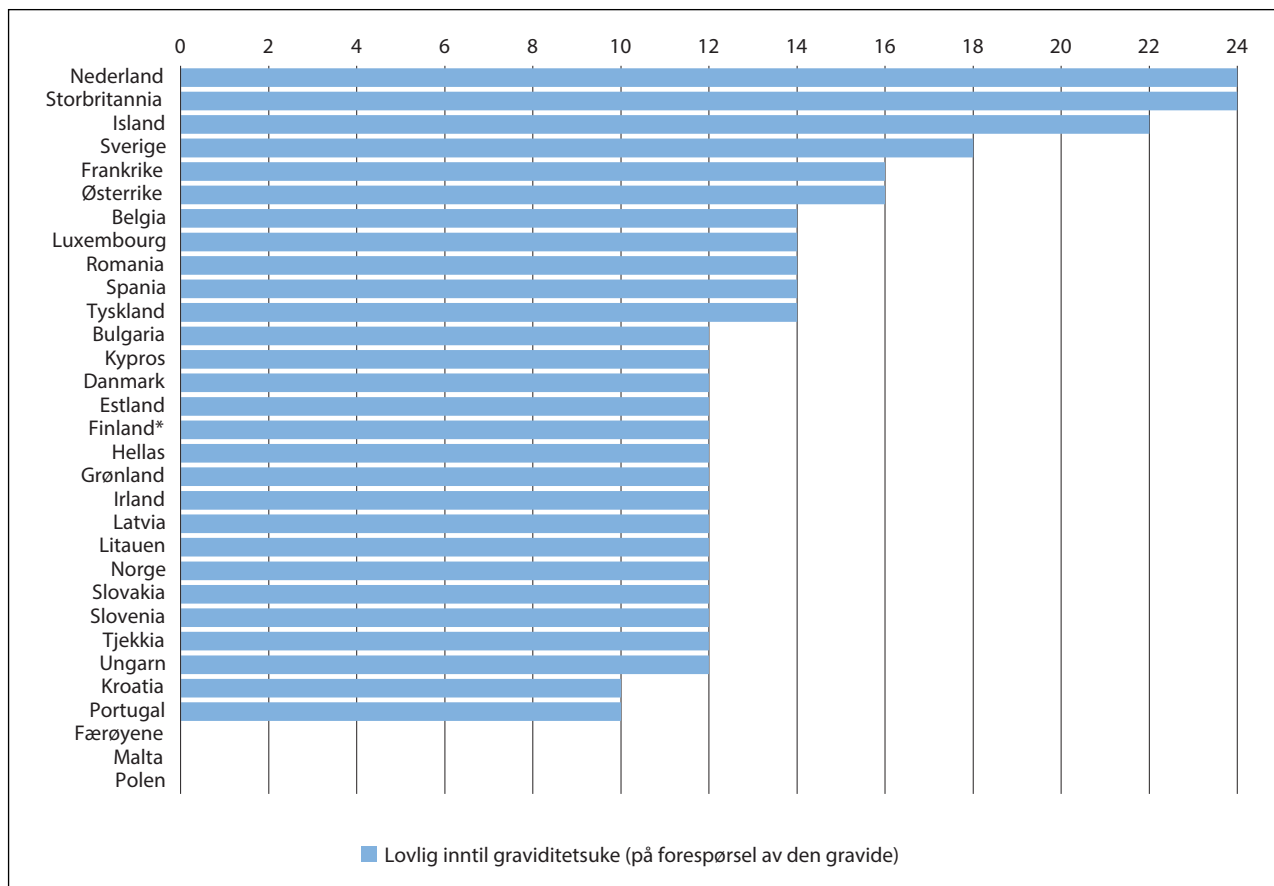
Flere europeiske land har liberalisert sin lovgivning om abort de siste tiår. Som omtalt over endret Finland sin abortlov i 2023, og innførte rett til selvbestemt abort frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke. Island vedtok ny abortlov i 2019, som åpner for selvbestemt abort til utgangen av 22. svangerskapsuke.

Irsk lov forbød abort frem til 2018. Det 8. tillegget til den irske grunnloven likestilte verdien av det ufødte liv med morens liv. Grunnlovstillegget ble opphevet gjennom det 36. tillegget til grunnloven, som banet vei for Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act av 2018. Loven tillater abort, uten ytterligere begrunnelse, til utgangen av tolvte svangerskapsuke. Loven åpner i tillegg for abort frem til fosteret er levedyktig når det er fare for kvinnens liv eller alvorlig helse-skade, og uansett svangerskapslengde ved akutt fare for kvinnens liv eller helse. Abort kan også gjennomføres, uavhengig av svangerskapets lengde, hvis det er sannsynlig at fosteret vil dø i livmoren, eller innen 28 dager etter fødsel.

Spania vedtok ny abortlov i 2010 som gir kvinner rett til selvbestemt abort til utgangen av 14. svangerskapsuke. Den øvre grensen for abort er utgangen av 22. svangerskapsuke. I Frankrike ble grensen for selvbestemt abort endret tolv uker etter befruktning til 14 uker etter befruktning (utgangen av 16. svangerskapsuke) i 2022. Samme år ga franske myndigheter økt adgang til medikamentell abort, og mulighet for å få utskrevet medikamentell abort via telemedisin til utgangen av 14. svangerskapsuke. Det pågår også diskusjoner om å grunnlovsfeste retten til abort.

Nederland, Belgia, Danmark, Finland og Sverige jobber per dags dato med en revisjon av gjeldende abortlover.

Når det gjelder verden for øvrig er abort lovlig i de fleste land, men ofte med restriksjoner. I 96 prosent av de 147 FN-medlemsstatene som rapporterte data til FN, er abort lovlig på noen eller alle grunnlag, inkludert for å redde en kvinnes liv, for å bevare en kvinnes helse, i tilfeller av voldtekt og ved alvorlige medisinske tilstander hos fosteret. Det kreves imidlertid en manns samtykke for at gifte kvinner skal få tilgang til tjenesten i 28 prosent av disse landene, og det kreves rettslig samtykke for mindreårige i 36 prosent. Videre kan kvinner bli siktet for ulovlig abort i 63 prosent av landene (UNFPA, 2022).



Figur 19.9 Abortgrenser i EU, Norge, Island, Færøyene og Grønland

Lovlig abort inntil utgangen av svangerskapsuke, på forespørsel fra den gravide.

Kilde: Sundeheidsstyrelsen 2023

19.7.1 Statistikk om abort i EU, Norge, Island, Sveits, Storbritannia

Antall aborter per år i de ulike landene har sammenheng med innbyggertall og antall kvinner i reproduktiv alder i de ulike landene. Når det gjelder abortrate, altså antall aborter per 1000 kvinne, varierer dette mellom landene man har data fra. Datakvaliteten vil variere og rapporteringsgraden er også varierende. Abortraten var høyest i Storbritannia (England og Wales) (19,2) deretter følger Sverige (18) og Frankrike (15,5). Av land der abort er tillatt var abortraten lavest i Tsjekia (2,7) og Tyskland (4,5). Sverige er et av landene som har tilrettelagt for at kvinner fra land der abort er forbudt eller med strenge restriksjoner kan komme til landet å ta abort. I hvilken grad dette påvirker abortraten er usikkert da det ikke føres statistikk over dette.

Av de landene man har data fra, er andel medikamentell abort høyest i Sverige og Finland, og lavest i Belgia og Tyskland.

19.7.2 Land der abort er tillatt på forespørsel fra kvinnen

I verden lever 661 millioner kvinner i reproduktiv alder i de 77 landene i verden der abort er tillatt på forespørsel fra kvinnen, med ulike vilkår og grenser for selvbestemmelse. De utgjør 35 prosent av alle kvinner i reproduktiv alder verden (reproductiverights.org, 2023), se figur 19.11.

19.7.3 Land der abort er totalforbudt

11 millioner kvinner i reproduktiv alder lever i de 22 landene i verden der abort er totalforbudt. De utgjør 6 prosent av alle kvinner i reproduktiv alder verden, se figur 19.12.

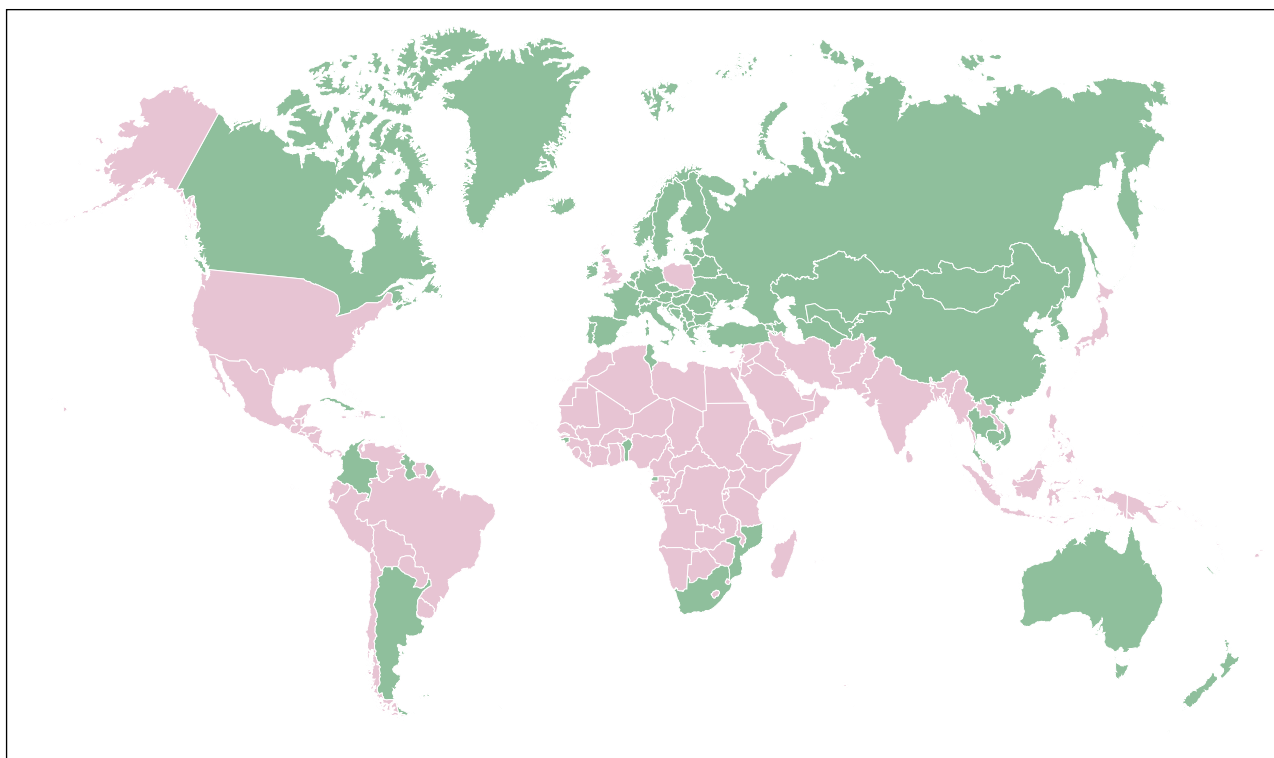
Land	Data fra år	Antall aborter per år	Antall aborter per 1000 kvinner (15-49 år)	Prosentandel med medisinsk abort ²
Belgia¹	2021	16 702	7,8	38 %
Kroatia	2021	2671	9,6	-
Tsjekkia	2021	15 492	2,7	-
Danmark	2021	15 473	11,4	78 %
Estland	2021	3 355	11,9	77 %
Finland	2021	7 634	6,7	97 %
Frankrike	2021	223 282	15,5	75 %
Tyskland	2021	94 596	4,5	32 %
Island³	2021	921	10,5	87 %
Italia	2021	63 653	5,3	48 %
Nederland¹	2021	31 049	8,7	34 %
Norge³	2022	11 967	9,8	96 %
Polen⁴	2021	1 074	0,1	-
Portugal	2021	12 159	6,1	65 %
Slovakia	2021	5 552	12,6	-
Slovenia	2021	2 926	6,9	84 %
Spania¹	2021	90 189	10,7	25 %
Sverige	2022	35 450	18	93 %
Sveits^{1,3}	2021	11 049	6,7	79 %
Storbritannia: England og Wales¹	2021	214 869	19,2	86 %

Figur 19.10 Statistikk over abort i EU, Norge, Island, Sveits, Storbritannia

1 Kvinner i alderen 15 til 44 år for abortrate; 2 Danske tall er fra 2018; 3 Ikke-EU-land; 4 Abort er ulovlig; - Manglende data eller ikke aktuelt.

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS

Kilder: reproductiverights.org, 2023, Abortregisteret



Figur 19.11 Oversikt over land der abort er tillatt på forespørsel fra kvinnen.

De grønne landene: Abort er tillatt på forespørsel fra kvinnen (med ulike grenser og vilkår)

De rosa landene: Abort er ikke tillatt på forespørsel fra kvinnen («Committee Opinion No. 719 Summary: Multifetal Pregnancy Reduction,» 2017)

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS

Kilde: reproductiverights.org, 2023. The World's Abortion Laws – Center for Reproductive Rights.

19.8 Politiske diskusjoner om abort i Europa og verden

Abort er gjenstand for høylytte politiske diskusjoner i Europa og verden.

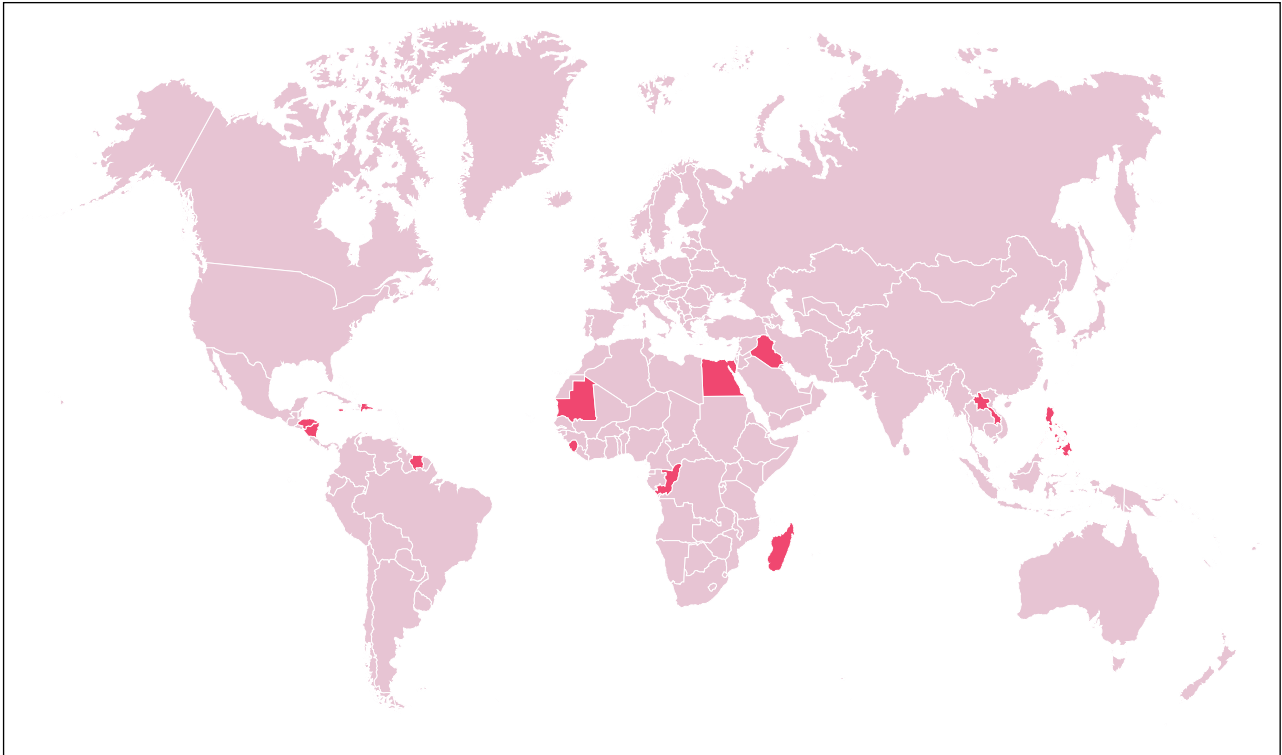
En nylig avgjørelse fra amerikansk høyesterett har aktualisert debatten om abort i store deler av verden. I USA har kvinner, fra 1973, hatt rett til selvbestemt abort til utgangen av 24. svangerskapsuke. Denne retten ble fastslått av amerikansk høyesterett i saken *Roe v. Wade* (*Roe v. Wade* 1973). I denne saken gikk en gravid kvinne til sak mot statsadvokaten i Dallas med påstand om at lovgivningen om abort i Texas var i strid med den amerikanske grunnloven. Amerikansk høyesterett vurderte om retten til selvbestemt abort var beskyttet av retten til privatliv, som innfortolkes i retten til frihet i grunnlovstillegg nr. 14. Domstolen uttalte at

This right of privacy, whether it be founded in the Fourteenth Amendment's concept of personal liberty and restrictions upon state action, as we feel it is, or, as the District Court determined, in the Ninth Amendment's reservation of

rights to the people, is broad enough to encompass a woman's decision whether or not to terminate her pregnancy. The detriment that the State would impose upon the pregnant woman by denying this choice altogether is apparent.

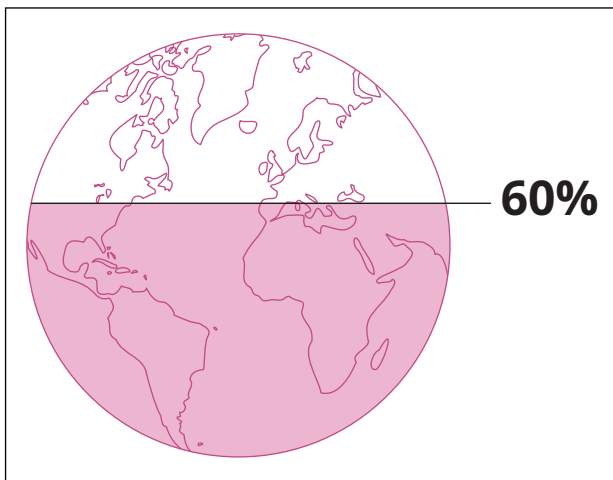
Samtidig anerkjenner høyesterett at statene kan ha en legitim interesse i å beskytte det ufødte liv, og dermed gripe inn i kvinners privatliv. Høyesterett mener at statenes legitime interesse inntreffer på tidspunktet der fosteret anses som levedyktig, anslått til uke 24 i 1973.

Høyesterettsdommen i *Roe v. Wade* ble tilsidesatt ved høyesteretts avgjørelse i *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* (2022). Denne avgjørelsen legger til grunn at det ikke er holdpunkter for at retten til frihet, herunder privatliv, i den amerikanske grunnloven omfatter kvinners frihet til selv å velge om hun vil fortsette eller avbryte et svangerskap. Høyesterett legger derfor til grunn at lovgivning om abort et spørsmål for lovgiver, og at delstatene står fritt til å regulere dette. Etter høyesteretts avgjørelse har flere av de



Figur 19.12 Oversikt over land med totalforbud mot abort (reproductiverights.org, 2023)

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS
Kilde: reproductiverights.org, 2023



Figur 19.13 Andel av verdens kvinner som har tilgang på abort (reproductiverights.org, 2023)

I verden har 60 prosent av alle kvinner i reproduktiv alder enten tilgang på abort på forespørsel, med varierende grenser for selvbestemmelse, eller de har bred tilgang på abort på sosiale og økonomiske vilkår. De øvrige 40 prosent av kvinner bor i land med restriktive abortlover.

Illustrasjon: Melkeveien designkontor AS
Kilde: reproductiverights.org, 2023

amerikanske delstatene vedtatt nye abortlover. De ulike delstatene har i dag svært ulik regulering av adgangen til abort, fra selvbestemt abort til utgan-

gen av 26. svangerskapsuke, til nærmest totalt abortforbud (United Nations Human Rights 2022).

Avgjørelsen fra amerikansk høyesterett i *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* vakte sterke reaksjoner i USA og internasjonalt. I resolusjon B9-0365/2022 fordømte Europaparlamentet tilbakeslagene i USA og Europa i kvinners rettigheter, og seksuelle og reproduktive rettigheter, og oppfordret statene til å påse at nasjonal lovgivning er i tråd med menneskerettighetene. Parlamentet foreslo videre å lovfeste retten til trygg og lovlig abort i EUs Charter of Fundamental Rights. FNs spesialrapportører om menneskerettigheter fordømte avgjørelsen fra amerikansk høyesterett i en felle uttalelse, og karakteriserte uttalelsen som sjokkerende og farlig (United Nations Human Rights 2022).

Også i Storbritannia har nylige rettssaker revitalisert diskusjoner om nasjonal abortlovgivning. Sommeren 2023 ble en 44 år gammel kvinne dømt til 28 måneders fengselsstraff for å ha gjennomført en ulovlig abort. Kvinnen gjennomførte en medikamentell abort hjemme, etter å ha fått legemidlene via telemedisin. Fosteret var mellom 32 og 34 uker da aborten ble gjennomført. Ved straffutmålingen viste den britiske domstolen til at kvinnen med vilje hadde villedet helsetjenesten

om svangerskapslengde. Som formidlende omstendigheter viste domstolen til at kvinnen, på tidspunktet for handlingen, befant seg i en svært vanskelig livssituasjon. I Storbritannia har saken ført til debatt om straffebudet i abortloven i lys av kjønnsdiskriminering, vold mot kvinner og manglende ivaretagelse av sosialt og økonomisk utsatte personer i det britiske samfunnet.

En annen britisk retts sak som har vakt debatt er saken *Crowter and Others v. Secretary of State for Health and Social Care* (2022). Spørsmålet i saken var om abortlovens bestemmelse om at abort kan tillates uavhengig av svangerskapets lengde ved alvorlige medisinske tilstander hos fostret var i strid med EMK art. 8 om retten til privatliv og art. 14 forbudet mot diskriminering. Saksoekerne påstod at lovbestemmelsen skapte negative stereotypier og fordommer mot personer med Downs syndrom, og at dette var i strid med deres rett til privatliv, psykiske autonomi og sosiale identitet. Domstolen konkluderte med at det ikke var tilstrekkelig grunnlag for å fastslå at loven krenker privatlivet til personer med Downs syndrom, ettersom loven er rettet mot fostre, ikke fødte personer og ikke gir direkte negative karakteristikk av fødte med Downs. Saken har allikevel ført

til en debatt om abortlovens bestemmelser om selektiv abort.

Politiske uttalelser fra Meloni-regjeringen i Italia, som tiltrådte i 2022, og mediesaker i Polen har ført til opphetede debatter om helsepersonells reservasjonsrett i saker om abort. I Italia gjør adgangen til samvittighetsfritak at det i praksis kan være svært vanskelig å få utført abort. På landsbasis har 68,4 prosent av gynekologer reservert seg mot å delta i gjennomføringen av abort. I noen regioner i Sør-Italia er tallet oppe i 80-90 prosent (Fox & Donato, 2019). I Polen ble det store demonstrasjoner etter mediens omtale av en sak som gjaldt en kvinne med utviklingshemming. Hun ble gravid etter at hun ble voldtatt av sin onkel. Forholdet ble anmeldt, og kvinnen kunne fremlegge anmeldelsen som grunnlag for å få innvilget abort. Overlege ved det lokale sykehuset nektet å gjennomføre aborten av samvittighetsgrunner, og kvinnen ble heller ikke tilbudt helsehjelp fra andre ved sykehuset. Hun fikk til slutt abort i Warszawa etter bistand fra en kvinneorganisasjon.

I Tyskland ble abortloven endret i 2022, slik at den ikke lenger kriminaliserer spredning av informasjon om abort.

Kapittel 20

Regler om abort på tvers av landegrensers

Spørsmål om tilgang til abort kan oppstå for utlendinger som oppholder seg i Norge. Dette kan både dreie seg om kvinner som uansett oppholder seg i Norge, og for kvinner som drar til Norge med ønske om å få utført abort i Norge. Det siste er først og fremst aktuelt om norsk abortlovgiving er mer liberal enn i omkringliggende land, som gjør at det er ønskelig å dra til Norge for å få gjennomført inngrep som ikke er tillatt i hjemlandet.

EØS-retten

Innen EØS-området reguleres retten til grensekryssende helsetjenester for det første av Europaparlaments- og rådsdirektiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene, (heretter pasientrettighetsdirektivet). Det følger av pasientrettighetsdirektivet at pasienter kan reise til andre land innen EU/EØS for å motta helsetjenester der. Videre vil pasienten ha rett til å få refundert utgiftene til helsehjelpen fra trygdetilknytningslandet dersom den aktuelle helsetjenesten er blant de ytelsene pasienten har krav på å få dekket i dette landet. Pasienter vil etter pasientrettighetsdirektivet kunne benytte både helprivate tjenesteytere og tjenesteytere som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten eller forsikringsordningen i det aktuelle behandlingslandet. Pasienten må betale for helsehjelpen, men vil i etterkant kunne kreve refusjon fra trygdetilknytningslandet. Refusjonen vil være begrenset oppad til hva det offentlige ville ha bekostet dersom helsehjelpen var mottatt i trygdetilknytningslandet.

Det følger av artikkel 4 nr. 3 at prinsippet om likebehandling med hensyn til nasjonalitet får anvendelse på pasienter fra andre EU/EØS-land. I fortalen til pasientrettighetsdirektivet (avsnitt 21) fremgår det at landene bør sikre at alle pasienter behandles rettfærdig på grunnlag av sine behov for helsetjenester og ikke på grunnlag av sin trygdetilknytning. Det pekes på at medlemsstatene bør respektere prinsippene om fri bevegelighet,

likebehandling uansett nasjonalitet. Det understrekes imidlertid videre at «(I)ngenting i direktivet bør imidlertid pålegge helsetjenesteytere å godta planlagt behandling av pasienter fra andre medlemsstater eller å prioritere disse på bekostning av andre pasienter, for eksempel ved å øke ventetiden på behandlingen for andre pasienter. Tilstrømning av pasienter kan føre til at etterspørselen overskrider kapasiteten en medlemsstat har med hensyn til en bestemt behandling. I slike unntakstilfeller bør medlemsstaten fortsatt ha mulighet til å avhjelpe situasjonen ut fra hensynet til folkehelsen, i samsvar med artikkel 52 og 62 i TEUV».

Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering av trygdeordninger (heretter trygdeforordningen) gir videre medlemmene rett til å helsetjenester som blir nødvendig under midlertidig opphold i et annet EØS-land enn trygdetilknytningslandet, jf. artikkel 19 nr. 1. Pasienten må i slike tilfeller benytte tjenesteytere som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten eller forsikringsordningen i behandlingslandet. Dersom pasienten legger frem europeisk helse-trygdkort, vil pasienten slippe å betale behandlingsutgifter utover en eventuell egenandel.

Retten til nødvendige helsetjenester omfatter de ytelsene som fra et medisinsk synspunkt måtte bli nødvendige under oppholdet, sett i forhold til ytelsens art og oppholdets varighet. Dette gjelder også helsetjenester utover øyeblikkelig hjelp. Bestemmelsen omfatter ikke planlagt behandling (dvs dersom pasienten reiser til landet for å få helsehjelp).

For å ha rett etter trygdeforordningen til planlagt helsehjelp i et annet EØS-land enn bostedlandet, må pasienten legge frem en forhåndstillatelse på særskilt blankett (E112/S2) utstedt av kompetent institusjon i trygdetilknytningslandet, jf. trygdeforordningen artikkel 20. Ved fremleggelse av nevnte forhåndstillatelseblankett vil pasienten slippe å betale behandlingsutgifter utover en eventuell egenandel.

Nasjonalt regelverk

Pasient- og brukerrettighetsloven bestemmer hvem som har rett til helse- og omsorgstjenester i Norge. Lovens § 1-2 første ledd fastsetter at loven «gjelder for alle som oppholder seg i riket». Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

Loven bygger altså ikke på statsborgerskap, men på et «oppholdsprinsipp». Dette kan imidlertid fravikes gjennom andre lovregler eller forskrift eller lovregler om finansiering. Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 2 bestemmer at retten til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 bare gjelder fullt ut for personer som har «lovlig opphold» i riket og som enten har fast opphold i riket, er medlem av folketrygden (typisk utenlandsstuderende) eller er omfattet av en gjensidighetsavtale med en annen stat, som EØS-avtalen.

Abort anses som øyeblikkelig eller helt nødvendig hjelp, som EØS borgere vil ha rett til under opphold i Norge etter Europaparlaments- og rådsforordning (EF) nr. 883/2004 om koordinering av trygdeordninger.

Retten omfatter som hovedregel ikke planlagt behandling. Det enkelte trygdeland kan innføre et krav om forhåndsgodkjenning fra trygdelandet for å ha rett til å motta helsehjelp i andre EØS-land. Norge har innført en slik godkjenningsordning. I slike tilfeller må pasienter som ønsker å reise til et annet EØS-land i den hensikt å motta (planlagt) behandling der, søke myndighetene i trygdelandet om slik forhåndsgodkjenning.

Retten til stønad til helsetjenester i annet EØS-land er regulert i ftrl. § 5-24 a.

Forskrift om rett til helsetjenester til personer uten fast opphold skiller mellom personer over og under 18 år. Personer under 18 år uten lovlig opp-

hold har bedre rettigheter enn voksne, jf. § 4 og gravide kvinner under 18 år vil ha tilgang til abort og vil heller ikke måtte betale for denne helsetjenesten. Personer over 18 år: Det følger av nevnte forskrift § 5 at alle personer som oppholder seg i Norge uten lovlig opphold etter forskriften har rett til nærmere bestemte helsetjenester, og her er abort etter bestemmelsene i abortloven uttrykkelig inkludert, jf. § 5 bokstav c.

Pasienter som ikke har bosted i riket, skal i utgangspunktet dekke behandlingsutgiftene selv. For spesialisthelsetjenester følger dette av spesialisthelsetjenesteloven § 5-3. Folketrygden dekker imidlertid behandlingsutgiftene dersom pasienter er stønadsberettiget i henhold til gjensidighetsavtale med andre land, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 andre ledd. Dette gjelder blant annet for helsehjelp som blir nødvendig under midlertidig opphold i Norge i de tilfellene hvor pasienten har benyttet en offentlig helseinstitusjon og kan fremlegge et europeisk helsetrygdkort. Ved planlagt helsehjelp mottatt i offentlig helseinstitusjon kreves det forhåndstillatelse på særskilt blankett (E112/S2) fra pasientens trygdetilknytningsland for at utgiftene skal dekkes over folketrygden.

Imidlertid må spørsmål om betaling for helsetjenesten i ettertid holdes atskilt fra spørsmål om forhåndsbetaling.

Departementet har utgitt et eget rundskriv om dekning av utgifter ved helsehjelp i helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge (I-2017/3), som viser til et tidligere rundskriv (I-2011/5) som bygger på den tidligere forskriftsreguleringen. Her fremgår det klart at institusjonene ikke kan kreve forhåndsbetaling. Vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter skal dekke utgiftene dersom pasienten ikke har betalingsevne.

Kapittel 21

Verdens helseorganisasjons retningslinjer om abort

I 2022 utga Verdens helseorganisasjon (WHO) oppdaterte retningslinjer for abort, «abortion care guideline» (Guidelines Review Committee, 2022).

Retningslinjene gir anbefalinger til FNs medlemsstater om både lovregulering av abort og helse tjenester i forbindelse med abort. Retningslinjene er ikke rettslig bindende for FNs medlemsstater.

Retningslinjene tar utgangspunkt i Verdens helseorganisasjon sitt oppdrag som er å sikre at alle mennesker oppnår høyest mulig helsestandard. Verdens helseorganisasjon viser til at tilgangen til tjenester og informasjon om seksuell og reproduktiv helse og helhetlige aborttjenester er avgjørende for befolkningens og borgernes helse, oppfyllelse av menneskerettighetene og oppfyllelse av bærekraftsmål 3 om god helse og livskvalitet og 5 om likestilling mellom kjønnene. Det er et prioritert mål for Verdens helseorganisasjon å eliminere utrygge aborter. Arbeidet med retningslinjene pågikk over tid og med bred deltakelse fra fagpersoner. Anbefalingene er basert på oppsummeringer av oppdatert og forskningsbasert kunnskap om både medisinske, helsemessige, sosiale, juridiske og etiske sider av abort.

Retningslinjene tar sikte på å sikre effektive, tilgjengelige, individuelt tilrettelagte, likestilte og trygge aborttjenester. Likestilte aborttjenester betyr at alle gravide har like god tilgang til aborttjenester av god kvalitet, uavhengig av den gravides kjønn, etnisitet, religion, sosioøkonomisk status, utdanning, funksjonsvariasjoner eller bosted.

Verdens helseorganisasjon viser til at abort er en trygg og lite komplisert helsetjeneste, som kan utføres på en trygg og effektiv måte ved hjelp av medikamenter eller kirurgiske inngrep i ulike settinger. På verdensbasis ender tre av ti svangerskap i provosert abort, og seks av ti uplanlagte svangerskap ender med abort. Rundt 45 prosent av disse utføres ulovlig eller i utrygge omgivelser utenfor det ordinære helsevesenet. Mellom 4,7 prosent og 13,2 prosent av dødsfall relatert til svangerskap og fødsel, skjer som resultat av utrygge aborter.

Verdens helseorganisasjon gir anbefalinger om både lovverk og politikk, abortmetoder og helsetjenester, og organisering og plassering av helsetjenestene rundt abort. Anbefalingene vektlegger den gravide kvinnens selvråderett og myndighet ved abort og ser på hvordan den gravide selv kan styre beslutningsprosessen og utføre aborten. Retningslinjene omhandler prosessen før, under og etter abort.

Et abortforløp av høy kvalitet beskrives i retningslinjene som et forløp som er sikkert, effektivt, lett tilgjengelig og individuelt tilpasset. Forløpet må sikre likestilte og likeverdige tjenester for alle gravide, uten diskriminering.

Retningslinjene legger til grunn at begrensninger i gravides selvbestemmelse om abort, som fastsatt i lov, annen regulering eller praksis, kan bidra til å forsinke eller forhindre en ønsket abort. Det anbefales derfor at gravide skal ha fri tilgang til abort, i tråd med egen ønsker, preferanser og behov, gjennom hele svangerskapet. Retningslinjene peker på at inngrepet bør skje så tidlig som mulig i svangerskapet.

I retningslinjene gis en generell anbefaling om at abort avkriminaliseres og at det ikke skal være legale tidsgrenser for abort i lovverket. Verdens helseorganisasjon anbefaler at statene fjerner regler, tiltak og praktiske barrierer som hindrer gravide i å motta abort på en trygg og sikker måte. Det vises til at ved å ha legale tidsgrenser for abort begrenses og forsinkes adgangen til trygge aborter, og gravide som ønsker abort påføres en rekke belastninger som unødvendige reiser, kostnader, forsinket eller manglende adgang til helsetjenester etter abort, psykiske belastninger og stigmatisering. Retningslinjen viser til at legale tidsgrenser i liten grad påvirker kvinnens endelige valg om å ta abort, men at kriminalisering og andre legale skranker og grenser presser gravide til å få gjennomført utrygge og ressurskrevende aborter.

Retningslinjene anbefaler at gravide får rett til abort i tråd med eget ønske, uten at det kreves tilatelse fra en tredjepart. Prosessen med å søke

om tillatelse eller godkjenning fra tredjepart kan forsinke en ønsket abort. Det pekes på at ulikheter i lovtolkning og lovforståelse kan føre til usaklig forskjellsbehandling av gravide, og skape urimelige barrierer for tilgang til abort. Retningslinjene viser til at gravide med lav sosioøkonomisk status, lav utdanning, unge og gravide med

kognitive utfordringer har vanskeligere for å hevde sin rett til abort og få tillatelse til inngrepet.

Samlet sett mener Verdens helseorganisasjon at der anbefalingene følges vil det bidra til å beskytte kvinners helse og rettigheter, samt bidra til en mer rettferdig praksis.

Del IV
Utvalgets vurderinger og forslag –
abort i fremtiden

Kapittel 22

Abortlovens formål

Abortlovens formål sier at samfunnet skal så langt råd er sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Som et ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmålene slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig.

Utvalget har i sitt mandat blitt bedt om å legge formålsbestemmelsen til grunn som en føring for arbeidet. Utvalget har lagt formålsbestemmelsen til grunn for sine vurderinger og forslag. Slik utvalget har tolket mandatet oppfatter ikke utvalget at formålsbestemmelsen må videreføres i forslaget til ny abortlov.

22.1 Utfordringer med dagens formålsbestemmelse

Lovformål er en innledende bestemmelse i en lov som angir formålet med den aktuelle loven. Lovformålet kan være viktig ved anvendelsen av loven ved at det gir retning og veiledning i hvordan de enkelte bestemmelsene i en lov skal tolkes og anvendes.

Formålet gir samtidig en standard for vurderingen av om loven oppfyller sitt formål. Lovformålet gir en forståelse av hva som er hensikten med loven, og hvordan loven skal bidra til å oppfylle samfunnets behov og interesser.

Som vist i kap. 10.1 uttrykker ikke formålet i dagens abortlov § 1 det egentlige formålet med den konkrete loven. Formålet er for vidt formulert

til å være en rettesnor for rettsanvendelsen. Målet om en trygg oppvekst for barn gir i liten grad nemndene veiledning i de konkrete sakene. Formålet er heller ikke en egnet parameter for å måle lovens effekt. De målsettinger som angis, kan i liten grad oppnås ved de juridiske virkemidler som er hjemlet i loven.

22.2 Utvalgets forslag til lovens formål

Utvalget mener at abortloven bør ha en formålsbestemmelse og at denne bør gi uttrykk for sentrale verdier som søkes ivaretatt gjennom abortloven.

Som beskrevet i kap. 7 om menneskerettigheter og abort er statens innskrenkning av gravides mulighet for å ta abort et inngrep i kvinners liv og helse, privatliv og likestilling. Lovens formålsbestemmelse bør derfor gi uttrykk for de samfunnsmessige verdier som begrunner dette statlige inngrepet.

På denne bakgrunn foreslår utvalget følgende formålsbestemmelse i ny abortlov:

§ 1 Lovens formål

Loven skal sikre gravide likeverdig rett til abort og tilgang til trygge aborter, ivaretagelse og støtte. Samtidig skal loven sikre respekten for det ufødte liv.

Loven skal sikre gravide muligheter til å gjøre selvstendige beslutninger om egen kropp og eget privatliv.

Kapittel 23

Økt selvbestemmelse om abort

Det fremgår av mandatet at Abortutvalget skal gjennomgå abortlovens bestemmelser. Et sentralt spørsmål ved regulering av abort er reglene for innskrenkning av kvinners selvbestemmelse i spørsmålet om abort. Som omtalt i kap. 10.2 bestemmer dagens abortlov at kvinner generelt har selvbestemmelse til utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Utvalgets flertall mener at dagens grense for selvbestemmelse til utgangen av tolvte svangerskapsuke, bør endres.

Flertallet anbefaler at gravide selv får rett til å ta beslutninger om å fortsette eller avbryte svangerskapet, og kreve abort, frem til utgangen av 18. svangerskapsuke.

23.1 Selvbestemmelse og abort

Menneskers autonomi, eller selvbestemmelse, er en av vårt samfunns viktigste verdier (Verdikommisjonen, 2001). Frihet og selvbestemmelse er sentrale idealer og verdier i dagens samfunn, med røtter langt tilbake i vår historie. En sentral tanke i kristendommen er for eksempel hvordan mennesket er skapt i Guds bilde, og dermed med frihet og fri vilje til å kunne velge mellom godt og ondt. Vi har et sterkt felles ideal om viktigheten av å styre våre liv innenfra og stå ved roret i vårt eget liv.

Når enkelte på grunn av personlige egenskaper og evner eller livssituasjon kan ha problemer med å kunne handle med autonomi og utøve selvbestemmelse vil vi som samfunn i dag sette inn tiltak for å myndiggjøre («empower») disse i størst mulig grad. Tilpasset informasjon om valgmuligheter og konsekvenser av ulike valgalternativer kan være avgjørende for muligheten til å utøve selvbestemmelse. Noen kan ha behov for bistand fra andre til å vurdere valgalternativer, fatte en beslutning eller uttrykke sine valg.

Selvbestemmelse i spørsmålet om abort handler om kvinnens rett til selv å ta beslutningen om abort. I et likestillingsperspektiv sees kvinners rett til selvbestemmelse om abort og rett til selvbe-

stemmelse i privatlivet i lys av tradisjonelle kjønnsroller. Kvinner tar fortsatt hovedansvar for omsorg for barn og oppgaver i hjemmet og bærer de sosiale og økonomiske konsekvensene av reproduktive valg (Arnesen, 2023). Retten til selvbestemmelse i spørsmålet om abort hviler også på det faktum at fosteret er i kvinnens kropp. Kvinners råderett over egen kropp leder naturlig til selvbestemmelse.

Selv om kvinnens eventuelle partner også har en interesse i å bestemme over sin fremtid og familie, kan ikke partnerens selvbestemmelse innebefatte det å bestemme over den gravide og hva som skal skje med hennes kropp og liv. Kampen for selvbestemt abort handler om kvinners kamp for å få ta avgjørelser om sin egen kropp og sitt eget privatliv.

Spørsmålet om kvinners selvbestemmelse om abort dreier seg først og fremst om det legale handlingsrommet som definerer når abort er tillatt, og retten til behandling. Men kvinners mulighet for selvbestemmelse i spørsmål om abort handler også om andre forhold som påvirker de reelle mulighetene til selvbestemmelse.

Selv om den gravide kvinnen har en rett til selvbestemmelse, er det ikke dermed sagt at hun, i en bestemt situasjon, har en faktisk autonomi. Faktisk selvbestemmelse handler om å kunne stå ved roret i eget liv, ta beslutninger som er i tråd med individuelle preferanser og ambisjoner, og i tråd med etiske vurderinger av hva man tenker er det rette. Det er en forutsetning at autonome beslutninger er ens egne, at de er frivillige og at man ikke er utsatt for press. Mulighetene for selvbestemmelse handler også om rom for refleksjon, god og tilrettelagt informasjon og likestilte muligheter for å gi uttrykk for valg.

Det er dermed ikke sagt at en abortavgjørelse må tas i ensomhet for å være autonom, tvert imot vil mange kvinner kunne oppleve at man tar bedre beslutninger når man diskuterer med andre personer man har tillit til. Det kan være partner, andre familiemedlemmer og nærstående eller helsepersonell. Det er ikke ønskelig å stå alene i

valgsituasjonen. Det finnes i dag en omfattende litteratur om betydningen av andre i ens egen utvikling mot et autonomt menneske. Man snakker da ikke bare om autonomi, og om relasjonell autonomi, altså om hvordan vi treffer våre «individuelle» valg gjennom tette relasjoner i et fellesskap.

Det er imidlertid også viktig å være klar over at kvinner kan oppleve ulik for forventninger, press og trusler som vil kunne begrense handlingsrommet og autonomien til den gravide kvinnen.

23.2 utfordringer med dagens grense for selvbestemmelse

Utvalget har vurdert utfordringene med dagens grense for selvbestemmelse.

23.2.1 Begrunnelse for inngrep er delvis foreldet

Som vist i kap. 7 om menneskerettigheter er kvinners selvbestemmelse i reproduktive forhold beskyttet av menneskerettighetene. Statlige inngrep i kvinners frihet til å ta beslutninger om abort må derfor ha et legitimt formål. Utvalget mener at formålene med å begrense kvinners adgang til abort fra utgangen av tolvte svangerskapsuke til utgangen av 22. svangerskapsuke som ble angitt av lovgiver i 1975, ikke nødvendigvis kan anses for legitime i dag.

Da abortloven ble vedtatt i 1975, og endret i 1978, la lovgiver til grunn at abortinngrepet innebar en medisinsk risiko for kvinnen, som økte med svangerskapets lengde. Begrensningene i kvinners selvbestemmelse om abort ble delvis begrunnet i et behov for å vurdere om inngrepet var forsvarlig. De fleste aborter var begrunnet i kvinnens liv og helse. Lovgiver argumenterte for behovet for medisinsk kunnskap hos de som besluttet for å vurdere om inngrepet faktisk var nødvendig av hensyn til kvinnens fysiske, psykiske eller psykososiale helse.

Abort innebærer svært liten helserisiko for kvinner. Den tidligere begrunnelsen for å gjøre innskrenkninger i kvinners selvbestemmelse, under henvisning til behovet for medisinsk kompetanse for å vurdere risiko for kvinnens helse ved inngrepet, har ikke relevans i dag.

Et annet formål med å innskrenke kvinners selvbestemmelse som angis i lovens forarbeider, er å beskytte kvinnen mot seg selv. Forarbeidene til loven fra 1975 viser til at kvinnens vurderinger kan være impulspregede, og at hun derfor bør få

mulighet til å drøfte sin situasjon med kyndige fagfolk, slik at hun kan komme frem til en beslutning som er den beste for henne på lengre sikt (Ot.prp. nr. 53 (1977–78) s. 5). Denne begrunnelsen for å gjøre inngrep i kvinners selvbestemmelse mener utvalget er i konflikt med holdninger og normer i dagens norske samfunn. Beslutninger omkring abort, ikke minst abortvalg etter påvist fosteravvik, forutsetter riktignok ofte dialog med fagfolk. Men hensikten med denne dialogen er ikke å overprøve den gravide eller å beskytte henne mot seg selv. Snarere er hensikten å legge til rette for en mest mulig selvstendig beslutning.

Inngrep i gravidens selvbestemmelse om abort begrunnes ofte med hensynet til fosterets antatte verdi og rett til liv, en verdi som mange mener øker i takt med fosterets biologiske utvikling. Forarbeidene påpeker at samfunnet har en plikt til å sikre både det fødte og ufødte liv sin vekst og trygge vilkår. Å frata kvinner rett til abort skal beskytte fosteret. Dette formålet må fortsatt sies å ha relevans i dag.

Det graderte vernet av fosteret i dagens lov fra utgangen av tolvte svangerskapsuke til utgangen av 22. svangerskapsuke gir ikke fosteret en absolutt beskyttelse, men et delvis vern der fosterets krav på beskyttelse veies opp mot andre hensyn. Loven legger etter utgangen av tolvte svangerskapsuke oppgaven med å vekte hensynet til fosterets liv mot andre forhold, til offentlige myndigheter, fremfor den gravide selv. Frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke er det opp til den enkelte kvinne å avveie ulike hensyn som ligger til grunn for hennes beslutning om å fortsette eller avbryte svangerskapet.

23.2.2 En symbolsk tolvukersgrense

Abortloven bestemmer at abort i utgangspunktet ikke er tillatt etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Etter dette tidspunktet er fosteret gitt et vern, og gravide kvinner må søke om tillatelse til å avbryte svangerskapet. Saken avgjøres av en abortnemnd, og det skal foreligge relevante grunner knyttet til kvinnens livssituasjon, helse eller forhold ved fosteret for avbrytelse av svangerskapet.

Utvalgets gjennomgang av statistikk og praksis fra abortnemndene viser at bare ca. 1,4 prosent av de som søkte om tillatelse til abort i 2022, fikk avslag. Statistikken tyder på at loven, før utgangen av 22. svangerskapsuke, i realiteten gir fosteret minimal beskyttelse. Lovens bestemmelser og søknadsprosessen må derfor først og fremst anses for å ha en symbolsk betydning, og gir

uttrykk for samfunnets ønske om å markere en etisk holdning til spørsmålet om abort.

23.2.3 Tvilstomt om inngrepet er forholdsmessig

I tillegg til å ha et legitimt formål bør statlige inngrep i kvinners selvbestemmelse og valg i privatlivet være forholdsmessige. Det vil si at belastningen ved inngrepet må stå i et rimelig forhold til de hensyn som søkes ivaretatt.

At staten fratrar borgerne myndighet til å beslutte over egen kropp og eget privatliv, innebærer i seg selv et vesentlig inngrep. I tillegg kan forskning og kunnskap innhentet av utvalget tyde på at mange kvinner opplever det som en betydelig påkjenning å måtte gjennomgå en søknads- og nemndsprosess for å få tillatelse til å avbryte sitt eget svangerskap, se kap. 11.5.

Disse statlige inngrepene bør stå i et rimelig forhold til inngrepets formål og effekt. Som vist over, er formålene med å innskrenke kvinners selvbestemmelse om abort fra utgangen av tolvte svangerskapsuke sammensatte og uklare, blant annet fordi de bygger på forutsetninger som ikke er aktuelle i dagens samfunn. Lovens primære effekt er symbolsk. Loven gir i liten grad fosteret en reell beskyttelse.

Utvalget mener innskrenkningene i kvinners selvbestemmelse allerede fra utgangen av tolvte svangerskapsuke og den byrde som pålegges gjennom prosessen, vanskelig kan anses som forholdsmessig tatt i betraktning at loven er utformet på en måte som gir liten effekt utover det symbolske ved prosessen i seg selv.

23.2.4 Kvinner kan ikke beslutte basert på informasjon under svangerskapet

I dag tilbys kvinner en rekke undersøkelser i løpet av svangerskapet i offentlig regi, se kapittel 14. Mange kvinner oppfatter undersøkelsene som en anbefaling.

Gravide blir invitert til å gjennomgå undersøkelser av fostret gjennom tidlig ultralyd mellom tolvte og utgangen av 14. svangerskapsuke, og rutineultralyd mellom 18. og utgangen av 19. svangerskapsuke. Kvinner som er 35 år eller eldre ved termin, får også tilbud om utvidet fosterdiagnostikk i form av NIPT (non invasiv prenataltest).

På bakgrunn av undersøkelsene vil kvinner motta informasjon og opplysninger om mulige medisinske tilstander ved fosteret. For enkelte tilstander kan undersøkelsene gi anledning til behandling under svangerskapet eller umiddel-

bart etter fødselen, men for mange av de som gjennomgår fosterdiagnostikk og der det gjøres funn av tilstander eller sykdom, vil man ikke stå overfor et valg om behandling, men et valg om abort.

Utvalgets kunnskapsinnhenting tyder på at mange kvinner og familier opplever det som problematisk at det offentlige tilbyr gravide informasjon som kan være avgjørende for et ønske om å fortsette eller avslutte et svangerskap, samtidig som det offentlige i stor grad har fratatt gravide mulighet til å ta valg på bakgrunn av denne informasjonen.

23.3 Utvalgets vurdering av grunnlaget for å gripe inn i kvinners selvbestemmelse

Som redegjort for i kap. 7 om menneskerettighetene, har kvinner i utgangspunktet en rett til fysisk og psykisk autonomi, og å fatte beslutninger om familie, barn og fremtidig liv i tråd med sitt eget livssyn, ambisjoner og ønsker. Denne retten er forankret i retten til likestilling, privatliv og helse.

Utvalget mener et menneskerettslig perspektiv bør legges til grunn ved utformingen av en fremtidig lov om svangerskapsavbrudd. Staten må dermed begrunne eventuelle innskrenkninger i kvinners selvbestemmelse og adgang til abort. Inngrepene må være egnet til å oppnå et legitimt formål, være nødvendige og forholdsmessige.

Beslutninger om å få eller ikke få barn er viktige og livsendrende for alle personer og familier. Den enkeltes valg knyttet til barn og omsorg ligger i kjernen av familie- og privatlivet og må respekteres av offentlige myndigheter. Svangerskap, fødsel og omsorg har særlig store konsekvenser for kvinner, både sosialt og økonomisk. Kvinner oppfattes fortsatt oftest som primæromsorgspersoner for egne barn, og kan oppleve tap av inntekt og karrieremuligheter som følge av svangerskap og omsorg. Forskning viser at det er en betydelig systematisk skjevhet mellom kjønnene i hvem som har hovedansvaret for omsorg for barn med funksjonsnedsettelse (Breimo, 2014). Kvinner jobber mer deltid som følge av omsorgsbyrder og mottar omsorgslønn i langt større utstrekning enn menn (NOU 2011: 17).

Likestilling er en sentral verdi i det norske samfunnet. Med tanke på de vidtrekkende konsekvensene svangerskap, fødsel og omsorg har for kvinner, må kvinner sikres stor grad av selvbestemmelse i reproduktive forhold, for å ha samme

grad av autonomi i spørsmål om privat- og familie- liv som menn. Utvalgets undersøkelser viser at kvinner opplever umyndiggjøring, integritets- brudd og stigmatisering ved å måtte søke om abort, ved å bli fratatt selvbestemmelse og gjen- nom prosessen i abortnemndene. Utvalget mener derfor at det må foreligge svært vektige grunner dersom staten skal innskrenke kvinners mulighe- ter til selv å ta beslutninger om abort.

Historisk sett, og også i den aktuelle debatten om abort, har det blitt pekt på flere hensyn som utvalget mener *ikke* kan begrunne statlige inn- grep i kvinners myndighet til å ta beslutninger om svangerskapsavbrudd. Innskrenkninger i kvin- ners selvbestemmelse har tradisjonelt hvilt på en nedvurdering av kvinners intellektuelle kapasitet og evne til moralske og etiske refleksjoner. Denne tanken er synlig i forarbeidene til den eksis- terende abortloven, se kap. 23.2. Et nedlatende og fordomsfullt syn på kvinner vil på ingen måte kunne begrunne statlige inngrep.

Lovgivning om abort har også til dels hatt til hensikt å sikre statlig kontroll over reproduksjon av hensyn til å opprettholde fødselstall, sikre godt genetisk materiale i befolkningen (eugenikk) eller begrense statens utgifter til offentlig velferd. Slike hensyn kan ikke begrunne overføring av myndig- het til å gjøre beslutninger om abort fra den gra- vide kvinnen til offentlige myndigheter.

Utvalget mener ønsket om å begrense antallet sene aborter heller ikke begrunner inngrep i gra- vide kvinners selvbestemmelse. Tilgjengelig kunnskap gir ikke holdepunkter for å fastslå at økt selvbestemmelse fører til flere sene aborter. Utvalget vil også peke på at det er en rekke åpen- bare grunner til at kvinner ønsker å avbryte svan- gerskapet på et tidligst mulig tidspunkt, blant annet hensynet til egen helse, livsplaner, livssitua- sjon, sosiale forventninger og fosterets tilstand.

Enkelte har tatt til orde for at en innskrenk- ning av kvinners selvbestemmelse vil symbolisere sakens alvor, og gi beslutninger om svanger- skapsavbrudd moralsk tyngde. Utvalget mener at dette hensynet ikke er tilstrekkelig tungtveiende til å gripe inn i kvinnens selvbestemmelse.

Utvalget mener det først og fremst er statens interesse i å sikre en respekt for det ufødte liv, fos- terets verdi og moralske status som legitimerer innskrenkning av kvinners selvbestemmelse om abort. Fosterets utvikling er nærmere beskrevet i kap. 3.3. Som vist i kap. 4 om historie har fosteret siden middelalderen, i mange tilfeller blitt tillagt

beskyttelsesverdig status fra det tidspunktet foste- rets bevegelser kan merkes av den gravide. Mange gravide som tar abort sent i svangerskapet opplever fosteret som et barn, og opplever at de har mistet et barn, hvis de får se eller holde foste- ret etter aborten (Busch, 2023). Samtidig kan dette også forklares med at disse graviditetene var ønsket, og at den gravide dermed tidlig allerede hadde «personifisert» fosteret som sitt barn.

Et grunnleggende etisk prinsipp for helsehjelp er å beskytte liv. Abort av et foster som med høy- teknologisk medisinsk hjelp kan overleve utenfor livmoren, kan av noen oppleves som å unnlate å gi livreddende behandling. Når det gjelder fostre som kan overleve utenfor livmoren, kan prinsipp om kvinners selvbestemmelse komme i konflikt med prinsipp om den generelle etiske plikten til å beskytte liv. Tidligere i svangerskapet er ikke fos- teret levedyktig utenfor livmoren, og ved ekstremt premature fødsler er det heller ikke aktuelt med livreddende behandling (se kap. 15).

Utvalgsmedlemmene har ulike syn på foste- rets moralske status og begrunner dette på ulike måter. Utvalget anerkjenner at det finnes et vidt spekter av oppfatninger i befolkningen. Et flertall i utvalget mener imidlertid at fosteret må tillegges en gradvis økende moralsk verdi under svanger- skapet, frem til fødsel. Hele utvalget mener at frem til fødsel vil allikevel fosterets status være underordnet den gravide kvinnens status. Kvin- nens rett til liv og helse har en klar forrang for fos- terets rett til vern. Utvalget mener videre at staten har en legitim interesse i å sikre respekten for det ufødte og fødte liv mer generelt, og vil ha anled- ning til å vedta lovgivning med sikte på å oppnå dette formålet.

Historien gir mange eksempler på farene ved å gradere mennesker og menneskelig verdi på grunn av funksjonsevne, etnisitet, nasjonalitet, kjønn og alder. Utvalget er oppmerksomme på denne uretten i sine vurderinger. Utvalget mener at å gradere fosterets moralske status under svan- gerskapet, slik at det ikke fullt ut anerkjennes som et beskyttelsesverdig individ, ikke kan likestilles med å rangere fødte mennesker. Selv om fosteret ikke anses for å ha full moralsk status, kan sam- funnet allikevel ha en moralsk interesse i å sikre en viss beskyttelse av fosteret, og sikre respekt for det ufødte liv. Utvalget mener derfor at staten og samfunnet kan ha en legitim grunn til å gripe inn i kvinners selvbestemmelse og privatliv for å beskytte fosterets liv og respekten for livets verdi.

23.4 Utvalgets vurdering av tidspunkt for selvbestemmelse

Utvalget har vurdert fra hvilket tidspunkt det foreligger et legitimt grunnlag for å innskrenke den gravides mulighet til selv å beslutte om hun vil avbryte svangerskapet. Spørsmålet er når fosteret er såpass utviklet at det må anses som et individ som bør beskyttes.

I nasjonal lovgivning og diskusjonene om abort har bestemte tidspunkter i svangerskapet blitt tillagt særlig betydning. Dagens abortlov innskrenker kvinners selvbestemmelse fra utgangen av tolvte svangerskapsuke. Lovens vilkår er allikevel utformet slik at de aller fleste gravide kan avbryte svangerskapet til utgangen av 22. svangerskapsuke. Etter dette er abort ikke tillatt, da fosteret etter loven og abortforskriften anses som levedyktig.

Svangerskapsuke tolv (første trimester) tillegges ofte betydning i tilknytning til risiko for spontanabort. Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke er det en utbredt forestilling om at svangerskapet vil føre frem, og at omverdenen kan informeres om svangerskapet. Risikoen for spontanabort synker imidlertid gradvis fra unnfangelse til utgangen av 22. svangerskapsuke (Miscarriage Probability Chart, 2023). Det er ikke holdepunkter for et «knekkpunkt» ved utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Det er tradisjon for å dele svangerskapet i tre trimestre (se kap. 3.3). Gjennom denne inndelingen etableres tidspunktet rundt 13. svangerskapsuke som en overgangsrite under svangerskapet. I løpet av andre trimester vil graviditeten for de fleste kvinner gradvis bli synlig. At graviditeten synes, kan oppleves som et sosialt knekkpunkt.

Som vist i kap. 4, har lovgivning i ulike land vektlagt tidspunktet der fosterets bevegelser kan merkes i livmoren, rundt utgangen av 17. svangerskapsuke. Svensk lov gir kvinner selvbestemmelse om abort til utgangen av 18. svangerskapsuke. I Norge bestemmer abortloven at det skal foreligge «særlig tungtveiende grunner» for abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke.

Tidspunktet der fosterets bevegelser i livmoren kan merkes har også blitt vektlagt i religiøs praksis, se kap. 4.

En rekke lands lovgivning legger vekt på tidspunktet der fosteret har en viss mulighet for å overleve utenfor livmoren, forutsatt helsehjelp (se kap. 19). Dette omtales ofte som at fosteret er «levedyktig». I Norge sier abortforskriften at et foster som hovedregel skal antas å være levedyktig fra utgangen av 22. svangerskapsuke (21 uker

+ 6 dager). Det er bare tillatt med abort i nødvergetilfeller etter dette tidspunktet. Statistikk viser at de aller fleste gravide som ønsker abort, har tilgang til abort frem til utgangen av 22. svangerskapsuke.

Utvalget mener det ikke er mulig å etablere enighet om et objektivt medisinsk eller logisk tidspunkt der et foster, på grunn av dets biologiske utvikling, oppnår moralsk status som beskyttelsesverdig individ. Vurderingen av når staten skal innskrenke den gravides selvbestemmelse om abort må derfor baseres på en sammensatt vurdering av praksis, tradisjon, holdninger i befolkningen, reelle hensyn og kunnskap om de gravides grunner og valgsituasjon.

I dag får de aller fleste innvilget søknad om abort frem til utgangen av 18. svangerskapsuke, se kap. 11.3. Forbudet mot abort fra utgangen av tolvte svangerskapsuke til utgangen av 18. svangerskapsuke har mer karakter av en symbolsk funksjon enn et reelt forbud. Som vist over, mener utvalget at ønsket om å vise sakens moralske alvor ikke er tilstrekkelig til å innskrenke kvinners selvbestemmelse om abort og påføre såpass mange gravide den integritetskrenkelsen det kan være å oppleve at beslutningsmyndigheten i et så privat og personlig spørsmål er overlatt til en nemnd.

Videre vil flertallet peke på at det offentlige legger til rette for at gravide får kunnskap om fosteret under svangerskapet, se kap. 14. Mye av denne utvidede diagnostikken kan først utføres etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, men vil for mange være mulig å få svar på innen utgangen av 18. svangerskapsuke. Det kan oppfattes som urimelig at det offentlige tilbyr kunnskap om fosteret til den gravide gjennom tidlig ultralyd og NIPT, kunnskap som kan være avgjørende for vurderinger om å avbryte eller fortsette svangerskapet, og samtidig nekter den gravide å gjøre dette valget ut fra en personlig og selvstendig vurdering.

Det store flertallet av senaborter er aborter med bakgrunn i medisinske tilstander hos fosteret. Flertallet i utvalget vil peke på at dette handler om krevende situasjoner hvor den gravide i utgangspunktet ønsket barnet. Det er grunn til å anta at den gravide har vært en sterk talsperson for fosterets interesser, selv om det ender med et valg om svangerskapsavbrudd i slike situasjoner. Symbolsk nemndbehandling i slike situasjoner virker som en unødig påkjenning i en svært krevende situasjon.

Et lite mindretall av senabortene handler om gravide som oppdager graviditet sent. Foruten

somatiske årsaker, vil blant annet kvinner med kognitive utfordringer eller overvekt oftere enn normalvektige oppdage en graviditet sent. I dag vet man stadig mer om sammenhengen mellom sosial situasjon, sosioøkonomiske forhold, helsekunnskap og helse. God helse og kunnskap om helse og kropp er ikke likt fordelt i befolkningen. Blant kvinner som søker abort, vil en større andel enn i befolkningen for øvrig slite med sosioøkonomiske og helsemessige utfordringer. Dagens grense for selvbestemmelse til utgangen av tolvte svangerskapsuke kan derfor hindre en likestilt tilgang til abort (Guidelines Review Committee, 2022). Dagens grense for selvbestemmelse bidrar til en ekstra belastning for kvinner hvor en del allerede er i en vanskelig situasjon i tillegg til å være uønsket gravid.

Flertallet i utvalget mener alvoret i abortspørsmålet ivaretas med en liberalisering av loven. Som påpekt over, handler de fleste senabortene om fosteravvik i ønskede svangerskap. Det er ikke nemndene og lovregulering som bidrar til alvoret i disse situasjonene – alvoret springer ut fra situasjonen hvor den gravide/paret får sin tilværelse snudd opp ned.

Flertallet i utvalget mener at man ikke bør overdrive tanken om at lover former holdninger. En rekke bøker er de siste årene skrevet om skam og tabu ved abort, inkludert abort før utgangen av tolvte svangerskapsuke. Innføringen av selvbestemt, «fri» abort frem til utgangen av tolvte svangerskapsuke i 1978, har ikke ledet til en allmenn holdningsendring om at abort i dette tidsrommet ikke lenger er et vanskelig spørsmål. Flertallet mener alvoret i abortspørsmålet er trygt forankret i allmennmoralen uavhengig av loven.

Gjennom sine undersøkelser har utvalget fått en oppfatning av at det ikke er støtte i befolkningen for å stramme inn dagens adgang til abort. Rapporten *Feminisme og holdninger til likestilling – tendenser til polarisering?* (Kitterød & Teigen, 2021) viser at oppslutningen om retten til selvbestemt abort har økt sterkt over tid, fra 1973 til i dag. Holdningene har endret seg fra stor motstand til bred oppslutning. Mønsteret er tydelig blant både menn og kvinner og i samtlige aldersgrupper.

På denne bakgrunn mener utvalgets flertall at grensen for selvbestemmelse bør utvides.

Når det gjelder den øvre grensen for når abort kan utføres, legger utvalgets mandat til grunn at dagens grense ved levedyktighet skal opprettholdes, slik at det ikke er tillatt med abort etter utgangen av 22. svangerskapsuke. Utvalget oppfatter at dagens øvre grense for abort ved antatt

levedyktighet har utbredt støtte i befolkningen og blant helsepersonell som bistår ved abort. Selv om fosteret ofte ikke er levedyktig i medisinsk forstand fra utgangen av 22. svangerskapsuke, bør abortgrensen ta høyde for usikkerhet knyttet til svangerskapets lengde. Ved sene aborter kan fosteret noen ganger gi inntrykk av liv, gjennom lyd og bevegelser etter aborten. Både kvinnen og helsepersonell kan oppleve det som etisk og moralsk problematisk å unnlate å gi livreddende hjelp.

En grense for abort knyttet til levedyktighet blir også lagt til grunn i lovverk fra andre land med liknende juridisk og humanistisk tradisjon som i Norge.

Flertallet i utvalget mener grensen for abort bør angis presist som svangerskapsuker, ikke knyttes til begrepet levedyktighet som i dagens lov. I fremtiden vil både nye behandlingsmuligheter og ny teknologi, som kunstig livmor, kunne føre til endringer i når det vurderes som hensiktsmessig å gi livreddende behandling til for tidlig fødte fostre, se kap. 15. Dette fører ikke nødvendigvis til at grensen for abort bør endres. Dette beror på om man knytter levedyktighetsgrensen til livreddende teknologi eller fosterets modning. Dette vil være et spørsmål for lovgiver i fremtiden.

Utvalget har videre vurdert om det er grunnlag for å innskrenke kvinners selvbestemmelse fra et tidligere tidspunkt enn levedyktighet, og eventuelt hvordan. Flere land, som Island, Nederland, New Zealand, Canada og Australia har i den senere tiden gått bort fra systemer der abort, i en periode, kan innvilges på bestemte vilkår, og andre enn kvinnen tar beslutninger om abort. Utvalget har både vurdert om det absolutte forbudet mot abort bør settes til et tidligere tidspunkt enn utgangen av 22. svangerskapsuke, med større tidsmargin mot levedyktighet, og om loven bør videreføre et såkalt «gradert» vern der abort i en periode innvilges etter søknad og på bestemte vilkår.

Flere i utvalget mener at en grense for selvbestemt abort ved utgangen av 22. svangerskapsuke, uten et delvis forbud i forkant, kan gi en god og logisk regulering av lovliggheit av abort. En klar grense for når abort er tillatt vil gi god forutsigbarhet for gravide. Utvalgets gjennomgang har vist at dagens regler er vanskelige å forstå for en del gravide som ønsker abort, og vanskelige å praktisere for nemndene, se kap. 11.4. Disse medlemmene av utvalget vil påpeke at prosessen knyttet til at et offentlig forvaltningsorgan beslutter om abort skal tillates eller ikke, innebærer en klar belastning for abortsøkende kvinner. Belastninger ved prosessen kan ikke avhjelpes fullt ut ved

endringer i organisering og funksjon. Belastningen er knyttet til en grunnleggende opplevelse av ikke selv å kunne ta livsendrende og intime valg, umyndiggjøring, usikkerhet og maktskjevhet, se kap. 11.5. I tillegg medfører en nemndsprosess tid og ressursbruk fra den gravides side.

Effektivitetshensyn kan også tale for en mer absolutt grense for abort. Utvalgets gjennomgang viser at kun seks gravide med svangerskapslengde fra utgangen av 18. svangerskapsuke til utgangen av 22. svangerskapsuke fikk endelig avslag på søknad om abort i 2022. Tre kvinner fikk endelig avslag med svangerskapslengde etter utgangen av 22. svangerskapsuke. I 2022 ble 164 begjæringer om abort mottatt i primærnemndene der svangerskapslengden var etter utgangen av 18. svangerskapsuke. Kunnskap om kvinners valgsituasjon viser at det ikke er gitt at antallet aborter etter utgangen av 18. svangerskapsuke vil øke, dersom gravide selv får anledning til å ta avgjørelsen frem til utgangen av 22. svangerskapsuke. Selve nemndsprosessen kan også hindre den gravides muligheter til god etisk refleksjon, se kap. 9.9. Et negativt syn på et liv med funksjonsnedsettelse og forventninger om at gravide ønsker abort ved fosteravvik blant helsepersonell og i forvaltningsorganet, kan også være med på å påvirke abortvalget (Lam et al., 2009).

En klar grense for selvbestemt abort til utgangen av 22. svangerskapsuke vil spare ressurser til drift av forvaltningsorganer, som kunne blitt benyttet til å gi bedre oppfølging, støtte og veiledning rundt abort. Legespesialitetene som benyttes i vurdering av søknader om abort, er personellgrupper der det er mangel på spesialister for sykehusene, og fastlegene har rekrutteringsutfordringer og mengder av oppgaver i tjenesten. Det er ikke satt av øremerkede midler i dag til drift av abortnemndene. Utvalgets gjennomgang viser at det må anslås en ressursbruk på seks til ni millioner kroner i året, se vedlegg 9. Økte krav til rettsikkerhet og kvalitetssikring i forvaltningsorganet vil sannsynligvis også medføre økt ressursbruk per sak. Økning av antall medlemmer per nemnd vil også medføre økte kostnader per sak.

Samtidig er hele utvalget bevisste på at spørsmålet om abort handler om etiske spørsmål om liv og død, personlig frihet og autonomi, livets ukrenkelighet, menneskeverd og livssyn. Abort vekker også følelser. Selv om abort er et svært privat og intimt valg i det enkelte tilfellet, handler det også om samfunnets etiske normer og holdninger til handlinger av moralsk karakter. Dette kan tale for at spørsmålet om gravides selvbestemmelse bør møtes med en viss forsiktighet. Det er et bredt

spekter av syn på og holdninger til abort i det norske samfunnet, se kap. 6. På den ene siden finnes de som mener at livet er ukrenkelig fra unnfangelse. Andre tar til orde for at abort alltid gjennom svangerskapet er et spørsmål om kroppslig autonomi og selvbestemmelse for den gravide. Utvalget mener at det fortsatt bør etterstrebtes et kompromiss mellom ulike holdninger og synspunkter som grunnlag for fremtidens abortlov.

På denne bakgrunn mener flertallet i utvalget at det bør holdes fast ved et trinnvis økende vern for fosteret. Utvalgets flertall oppfatter det imidlertid som særlig problematisk at gravide utsettes for den belastningen en søknadsprosess innebærer i perioden frem til utgangen av 18. svangerskapsuke, da prosessen i hovedsak har symbolske effekter, all den tid svært få får avslag på søknad om abort. Flertallet mener derfor at dagens reelle praksis bør kodifiseres i abortloven, slik at grensen for selvbestemmelse flyttes til utgangen av 18. svangerskapsuke. Dette er også tidspunktet da de fleste gravide kan merke fosterets bevegelser og opplever å ha utviklet en følelsesmessig relasjon til fosteret. Gjennom graviditetens synlighet har fosteret blitt et forventet individ i samfunnets øyne. Som vist til over, er utgangen av 18. svangerskapsuke allerede etablert som et avgjørende tidspunkt i den norske abortloven. Tidspunktet har også historisk forankring og blir tillagt betydning i sosial praksis for mange, knyttet til rutineultral lyd rundt dette tidspunktet. Utvalgets flertall mener derfor at fosteret bør gis et vern fra utgangen av 18. svangerskapsuke.

Etter 18. svangerskapsuke kan det være vektige grunner til at enkelte gravide ønsker å avbryte svangerskapet, se mer i kap. 25 om vilkår. Utvalget mener derfor loven bør videreføre et system der abort kan innvilges på bestemte vilkår. Utvalget anbefaler at abort kan innvilges på bestemte vilkår fra utgangen av 18. svangerskapsuke til utgangen av 22. svangerskapsuke. Søknader om abort i dette tidsrommet avgjøres av abortnemnd, se mer i kap. 27 om abortnemnd.

23.4.1 Merknad fra medlemmene Grydeland Ersvik, Lem Samuelsen, Søvig og Østborg om tidspunktet for selvbestemmelse

Medlemmene Astrid Grydeland Ersvik, Nina Lem Samuelsen, Karl Harald Søvig og Tilde Broch Østborg slutter seg til flertallets vurdering og konklusjon om selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke, men ønsker å utdype og sup-

plere begrunnelsen på enkelte punkter, med følgende merknad:

Leger, jurister og annet helsepersonell betros en svært vanskelig oppgave ved videreføring av abortnemnd. Det er ingen særlig kompetanse i disse profesjonene som gir tilstrekkelige forutsetninger for å fatte en avgjørelse som i stor grad påvirker andre menneskers liv, livssituasjon og fremtid.

Abortnemnder er et betydelig inngrep i retten til selvbestemmelse for gravide med beslutningskompetanse. Flertallet av begjæringene om abort mellom utgangen av 18. til utgangen av 22. svangerskapsuke innvilges i dag med bakgrunn i alvorlige medisinske tilstander hos fosteret, hvor barnet er ønsket, og hvor den gravide eller paret allerede er satt i en svært krevende situasjon.

Disse medlemmer ser argumentene for å utvide selvbestemmelsesretten ytterligere, men mener at det i lys av nyere tids hendelser med innstramming i abortlovgivningen i flere land, er av avgjørende betydning å ha en abortlov med god bestandighet, stabilitet og bred oppslutning i befolkningen. Vi mener derfor at en lov som gir selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke, er den samlet sett beste løsningen. Vi velger derfor å slutte oss til utvalgets flertall, som søker å sikre utvidede rettigheter og økt autonomi for langt flere enn med eksisterende lov.

23.5 Obligatorisk veiledning eller samtale

Utvalget har vurdert om obligatorisk veiledning kan være et alternativ til dagens nemndsstruktur der kvinnen fratras selvbestemmelse. Obligatorisk veiledning er brukt i noen land ved abort, blant annet i Tyskland og flere stater i USA. Obligatorisk veiledning kan benyttes fra et visst tidspunkt eller gjennom hele svangerskapet. Ved obligatorisk veiledning vil kvinnen ha selvbestemmelse og ta den endelige beslutningen, men veiledningen er et prosessuelt krav før kvinnen kan få gjennomført abort.

Obligatorisk rådgivning eller veiledning ble foreslått i forbindelse med behandlingen av lov om svangerskapsavbrudd av 1975, og ved lovrevisjonen av 1978. Lovfestet obligatorisk veiledning er lite anvendt i norsk rett. Et unntak er regler om mekling mellom foreldre ved samlivsbrudd.

Evalueringer fra flere land der veiledning er obligatorisk viser at slik veiledning i liten grad påvirker kvinnens beslutning om å fortsette eller avslutte svangerskapet (Bain, 2020). Samtidig

indikerte en eldre studie fra Tyskland at veiledningen for noen kvinner hadde bidratt til at de valgte å fullføre svangerskapet (Eser & Koch, 2005). I enkelte områder har den obligatoriske veiledningen i praksis vært innrettet mot å lede den gravide bort fra en beslutning om abort og blitt gjennomført på en måte som fremstiller det å fullføre svangerskapet som det «rette valget». Slik veiledning kan påføre abortsøkende ekstra belastning og stigma og kan i alle tilfeller forsinke aborten.

Utvalget mener at veiledning og samtaler med kvinner som ønsker abort, skal være frivillig. Forskning viser at det store flertallet av kvinner som kommer til sykehuset for abort har bestemt seg og ikke ønsker veiledning om selve valget, men har behov for støtte for sitt valg og god informasjon (Hallden et al., 2009, Skjeldestad, 2003). Utvalget anbefaler derfor ikke obligatorisk veiledning på noe tidspunkt i svangerskapet, men viser til anbefaling om å styrke tilbudet til gravide kvinner som vurderer abort, slik at de som har behov og ønske om rådgiving, kan få dette.

Når det gjelder obligatorisk veiledning som alternativ til nemnd, erkjennes det at det er et mindre inngripende tiltak enn å frata kvinner selvbestemmelse, og at andre enn kvinnen skal ta den endelige beslutning om hun kan ta abort. Utvalget mener allikevel at hvis kvinnen har selvbestemmelse, bør ikke veiledning være obligatorisk da det kan fremstå som et dårlig utgangspunkt for en samtale og tillitsfull dialog med kvinnen hvis hun har behov for råd.

Utvalget har foreslått obligatorisk undersøkelse og veiledning når det gjelder fosterantallsreduksjoner. På grunn av risiko for det gjenværende fosteret vil særlige hensyn her gjelde. Det vises i den forbindelse til kap. 26.1.

23.6 Utvalgets forslag (oppsummert)

Flertallet i utvalget mener loven kun bør tillate abort på bestemte vilkår etter utgangen av 18. svangerskapsuke og frem til utgangen av 22. svangerskapsuke.

Om vilkårene er oppfylt bør vurderes av abortnemnd, se kap. 27.

Utvalget mener videre loven bør etablere et forbud mot abort fra etter utgangen av 22. svangerskapsuke.

Flertallet i abortutvalget foreslår følgende lovbestemmelse om gravides rett til selvbestemt abort:

§ 4 Rett til abort

Gravide har rett til abort til utgangen av 18. svangerskapsuke.

23.7 Utvalgets forslag til tiltak for å sikre reell selvbestemmelse

Gravides selvbestemmelse i spørsmålet om abort handler også om andre faktorer enn det rettslige handlingsrommet. Andre forutsetninger for at kvinner skal ha reell selvbestemmelse i spørsmålet om abort, er relevant informasjon, beslutningsstøtte og frihet fra press.

Utvalget foreslår i kap. 30.4 en rekke tiltak for å sikre kvinner bedre informasjon om abort, både på nett og i helsetjenesten. Utvalget foreslår også tiltak som skal sikre kvinner tilpasset støtte i valgsituasjonen, dersom hun ønsker dette.

Utvalget mener også at bedre veiledning, informasjon og støtte til gravide som vurderer abort, og regler for å styrke og ivareta selvbestemmelse for gravide med redusert beslutningskompetanse, se kap. 24, kan motvirke at kvinner utsettes for tvang og press i valgsituasjonen.

23.7.1 Merknad fra utvalgsmedlem Morten Magelssen om rett til å fullføre svangerskapet

I en ny abortlov bør retten til å fullføre svangerskapet gjøres eksplisitt. Formelt har gravide denne retten allerede. Det følger av den generelle helselovgivningen. Men utvalgets informasjonshenting har etter dette medlemmets vurdering avdekket et behov for å gjøre retten eksplisitt i lovteksten.

Det er tre grupper som noen ganger opplever press. For det første er det gravide med funksjons-

nedsettelse. Denne gruppen kan oppleve press til å avslutte svangerskapet, både fra nærstående og fra helsepersonell. Representanten fra Unge funksjonshemmede fortalte om dette i et innlegg for utvalget 12. desember 2022. Funksjonshemmede blir noen ganger oppfordret til å ta abort på bakgrunn av kunnskapsløshet og fordommer om deres evne til å være foreldre. Erfaringen er generelt at helsepersonell kan lite om svangerskap hos funksjonshemmede.

For det andre forekommer det at kvinner som har fått påvist avvik hos fosteret, kan oppleve press til å avbryte svangerskapet fra helsepersonell. De tre «trisomimødrene» Siri Fuglem Berg, Åsta Årøen og Anna Solberg satte dette på dagsorden ut fra egne opplevelser på 2010-tallet. Selv om helsepersonell som veileder gravide som har fått påvist avvik hos fosteret, tilstreber å praktisere etter idealet om nøytral veiledning («non-directive counselling»), er det mange enkelthistorier fra mange land om at gravide har opplevd at helsepersonell har presset dem i retning av å ta abort. Hvis en ikke tilbys en plan for oppfølging av barnet skulle en bære det frem, kan også dette bidra til et opplevd abortpress.

For det tredje, slik medlemmer i abortnemndene har fortalt Abortutvalget, forekommer det at gravide opplever press til å ta abort fra nærstående, for eksempel fra partner eller fra familie-medlemmer.

Press i retning av å velge svangerskapsavbrudd er derfor en realitet som noen kvinner opplever, om vi enn ikke vet hvor mange det gjelder. For disse gravide kan det at retten til å fullføre svangerskapet gjøres eksplisitt i abortloven, være en støtte i noen tilfeller. Retten til å fullføre svangerskapet bør derfor gjøres eksplisitt i ny abortlov.

Kapittel 24

Selvbestemmelse for barn og voksne med redusert beslutningskompetanse

Abortutvalget har vurdert om dagens regler for selvbestemmelse og rettslig handleevne for gravide med redusert beslutningskompetanse bør videreføres i ny abortlov eller endres. Utvalget mener at mindreårige fortsatt selv bør ha kompetanse til å fremsette krav eller søknad om abort. Når det gjelder voksne gravide med redusert beslutningskompetanse, mener utvalget at regelverket i ny abortlov må harmoniseres med dagens regler for vergemål og krav som følger av menneskerettighetene, ved fratakelse av rettslig handleevne.

24.1 Regulering av handleevne for mindreårige og visse typer funksjonsnedsettelse i abortloven

Abortloven gir i utgangspunktet *alle gravide* kompetanse til selv å fremsette søknad om abort, uavhengig av alder, evner eller egenskaper. Loven inneholder imidlertid enkelte særlige bestemmelser for kvinner som er yngre enn 16 år, kvinner som er «psykisk utviklingshemmet» eller «alvorlig sinnslidende», jf. § 4. se kap. 10.2.2.

I spørsmålet om begjæring om abort, skiller dagens abortlov mellom tre ulike persongrupper:

- a. Gravide som begjærer abort selv.
- b. Gravide som begjærer abort selv, men foreldre/verge har uttalelsesrett. Dette gjelder barn under 16 år eller personer med utviklingshemming. Dersom barnet er under 16 år, skal den eller de med foreldreansvaret eller verge gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det.
- c. Gravide som deler myndighet med verge i saker om abort. Dette gjelder personer med alvorlig sinnslidelse eller utviklingshemming i betydelig grad. Verge kan begjære abort på vegne av gravide med disse tilstandene. Den gravides samtykke skal innhentes, så fremt

den gravide har evne til å forstå betydningen av inngrepet.

Myndigheten til å begjære abort overtas av statsforvalteren når verge eller foreldre motsetter seg abort i tilfelle b., eller når den gravide ikke har gitt sitt samtykke til søknad fra verge i tilfelle c.

Abortutvalget har vurdert om de særlige reglene om handleevne i dagens abortlov bør videreføres eller endres. Utvalget har også vurdert om reglene bør oppheves slik at disse situasjonene heller reguleres av generelt lovverk i barneloven, vergemålsloven, pasient- og brukerrettighetsloven mv.

Som vist i kap. 10.5.2 og 10.5.3 har begjæring om abort to ulike rettslige aspekter. Begjæring om abort er i utgangspunktet en anmodning om en helsetjeneste. Begjæring om abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke innebærer i tillegg en søknad om en rettslig tillatelse til å utføre denne helsetjenesten.

24.2 Vurdering av regler om rettslig handleevne i dagens abortlov opp mot det generelle lovverket

24.2.1 Barn

Dersom abortlovens bestemmelser om rettslig handleevne for barn og abortforskriften §§ 21 og 22 oppheves, vil mindreåriges rettslige handleevne i saker om abort reguleres av vergemålsloven kap. 3, barnelova kap. 5 og pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4.

Vergemålsloven og barnelova inneholder generelle regler om mindreåriges handleevne som i utgangspunktet gjelder på alle samfunnsområder og i alle situasjoner. Vergemålsloven bestemmer at mindreårige, det vil si personer under 18 år, ikke selv kan foreta rettslige handlinger med mindre noe annet er særlig bestemt, jf. vergemålsloven § 9. De som har forel-

dreansvaret, handler på vegne av mindreårige, jf. vergemålsloven §§ 16 og 17 og barnelova § 30. Etter barnelova § 31 har barnet rett til å medvirke ved handlinger som foretas på vegne av barnet.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir i kap. 4 særlige regler om blant annet samtykke til helsehjelp for barn. Borgernes kompetanse til å be om eller samtykke til helsetjenester («samtykkekompetanse») er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Hovedregelen er at personer over 16 år har samtykkekompetanse i relasjon til helsehjelp og sin egen helse (den såkalte «helserettslige myndighetsalder»). Det betyr både at de skal samtykke til helsehjelpen, og at de råder over sine egne helseopplysninger. Utgangspunktet vil altså være at foreldre ikke skal ha informasjon fra helsetjenesten når et barn over 16 år oppsøker helsehjelp.

For barn under 16 år er utgangspunktet at foreldre eller andre med foreldreansvar samtykker til helsehjelp på deres vegne, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd. Barn mellom tolv og 16 år kan allikevel, unntaksvis, ha samtykkekompetanse etter § 4-3 første ledd bokstav c dersom det gjelder helsehjelp for forhold som foreldre eller andre som har foreldreansvar, ikke er informert om. Foreldres rett til informasjon reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4.

Som vist i kap. 11.1 har imidlertid abortnemndene en noe uklar organisatorisk plassering i forvaltningen. Det er derfor også uklart om barn som søker om (tillatelse til) abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke skal anses som «pasient» i forbindelse med søknadsbehandlingen for nemnda (sett bort fra abortforskriften § 22). Dersom situasjonen *ikke* faller inn under virkeområdet for pasient- og brukerrettighetsloven, vil de generelle reglene om barns handleevne gjelde for prosessen, det vil si at foreldrene handler på vegne av barna.

Gjennomgangen viser at det er forskjeller mellom abortlovens regler om barn og regulering i annet regelverk. Abortloven gir barn kompetanse til selv å rette en henvendelse om eller søke om abort, uansett alder. Likevel skal foreldre gis anledning til å uttale seg dersom barnet er under 16 år, med mindre særlige grunner taler mot. Ifølge helselovgivningen er utgangspunktet at foreldre samtykker til helsehjelp på vegne av barn under 16 år. Det åpnes likevel opp for at yngre barn også kan samtykke til helsehjelp, dersom foreldre ikke har rett til informasjon om helsehjelpen. Hovedforskjellene mellom lovene er med andre ord at abortloven fremholder at det alltid er kvinnen som begjærer abort, uansett alder, mens

det i helselovgivningen som hovedregel er foreldre som begjærer på vegne av barn under 16 år, men med unntaksregler.

Når barnet er under 16 år, stiller abortloven et prosessuelt krav om at samtykke fra foreldre skal innhentes, med mindre det foreligger *særlige grunner* til at samtykke ikke bør innhentes. Veileder til pasient- og brukerrettighetsloven fra Helsedirektoratet legger til grunn at dette er en strengere regel med hensyn til å kunne la være å orientere foreldrene, sammenlignet med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 tredje ledd («grunner som bør respekteres») for barn mellom tolv og 16 år. Adgangen til å unnlate å informere foreldrene er videre etter pasient- og brukerrettighetsloven enn etter abortloven.

24.2.2 Personer med psykisk lidelse eller utviklingshemming

Som nevnt, angir abortloven særskilte kompetanseregler for personer med «alvorlig sinnslidelse» eller «psykisk utviklingshemming». Også for denne gruppen vil den rettslige handleevnen i saker om abort reguleres av vergemålsloven og pasient- og brukerrettighetsloven dersom abortlovens bestemmelser oppheves.

Som i abortloven er det generelle utgangspunktet etter vergemålsloven og pasient- og brukerrettighetsloven at alle voksne personer har handleevne.

Utgangspunktet i helselovgivningen er at det kreves et gyldig samtykke fra pasienten for å ta imot helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1. Dette innebærer blant annet at samtykket må være informert, og at pasienten har kompetanse til å forstå rekkevidden av sitt samtykke.

Dersom pasienten ikke har kompetanse til å forstå rekkevidden av sitt samtykke, åpner pasient- og brukerrettighetsloven for bortfall av samtykkekompetanse. Det fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven at samtykkekompetansen helt eller delvis kan bortfalle for personer med «fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller utviklingshemming», jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd. Diagnosene/opplisting av tilstander danner et grunnvilkår for bortfall av samtykkekompetanse. Det er i tillegg et krav at personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som yter helsehjelpen, avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke i den konkrete situasjonen. Dersom pasienten vurderes til ikke å ha samtykkekompetanse, overføres beslutningskompetansen til den som yter helsehjelpen,

jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6, som har ulike krav, alt ettersom tiltaket er av lite inngripende karakter (første ledd) eller er et alvorlig inngrep (annet ledd). Abort vil være et alvorlig inngrep, som må fylle vilkårene i annet ledd (NOU 2019: 14).

Helsehjelp kan iverksettes dersom det må antas å være i pasientens interesse, det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse, pasienten ikke motsetter seg helsehjelpen og det har blitt diskutert med annet kvalifisert personell. I tillegg skal pårørende, om mulig, bli spurt og hørt med tanke på hva pasienten ville ha ønsket. Uansett kan ikke helsehjelp etter § 4-6 gis om pasienten motsetter seg tiltaket, med mindre dette følger av særlige lovbestemmelser, jf. tredje ledd.

Som for barn er det uklart om voksne som søker om (tillatelse til) abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, skal anses som «pasient» i forbindelse med søknadsbehandlingen for nemnden (sett bort fra abortforskriften § 22). Dersom forholdet ikke faller inn under virkeområdet til pasient- og brukerrettighetsloven, vil voksnes handleevne alternativt reguleres av vergemålsloven. Vergemålsloven åpner for at det kan opprettes vergemål for voksne som på grunn av sinnslidelse, herunder demens, psykisk utviklingshemming, rusmiddelmissbruk, alvorlig spilleavhengighet eller alvorlig svekket helbred ikke er i stand til å ivareta sine interesser, jf. vergemålsloven § 20 første ledd. Loven understreker at vergemålet er et frivillig støttetiltak, jf. vergemålsloven § 20 andre ledd. Personens vilje og preferanser skal legges til grunn ved vurderingen av om han eller hun ønsker vergemålet og ved vurderingen av vergemålets omfang og hvem som skal være verge.

Personer med verge har den rettslige handleevnen i behold. Etter vergemålsloven § 21 første ledd andre setning kan han eller hun kalle tilbake en disposisjon som er foretatt av vergen. Vergemålet skal ikke gjøres mer omfattende enn nødvendig og kan ikke omfatte kompetanse i særlig personlige forhold uten særskilt hjemmel i lov. Vergen skal gi støtte til personens utøvelse av den rettslige handleevnen i samsvar med personens ønsker, jf. § 33.

Verger oppnevnes og vergemandatet fastsettes av Statsforvalteren. Vergemål med fratakelse av den rettslige handleevnen besluttes av tingretten.

Abortlovens bestemmelser om handleevne for voksne avviker fra pasient- og brukerrettighetsloven og vergemålslovens regler på tre sentrale punkter. For det første gir abortloven adgang til inngrep kun basert på diagnose, ikke konkret vurdering av forståelse eller evner. Abortloven åpner

for at det gjøres innskrenkninger i handleevnen til gravide med utviklingshemming ved at verge skal uttale seg. Dersom verge ikke samtykker til søknad om abort, vil beslutningskompetansen overføres til Statsforvalter uavhengig av om den gravide har en konkret forståelse av situasjonen og kan ivareta sine interesser. Det samme gjelder ved inngrep i handleevnen til gravide med «alvorlig sinnslidelse» eller «utviklingshemming i betydelig grad» (abortloven § 4 annet og tredje ledd og § 9 første ledd bokstav b og c), der det heller ikke stilles krav til konkret vurdering av den gravidens forståelse. At inngrep i handleevnen utelukkende er basert på diagnose, og ikke en konkret vurdering av forståelse og samtykkekompetanse, gir en langt videre adgang til inngrep i gravidens rettslige handleevne.

For det andre stiller abortloven ikke de samme krav til beslutningsstøtte før inngrep vurderes, som pasient- og brukerrettighetsloven eller vergemålsloven gjør. Kravet til beslutningsstøtte i pasient- og brukerrettighetsloven og vergemålsloven henger nettopp sammen med plikten til å gjøre en konkret vurdering av personens forståelse. Overtakelse av eller inngrep i beslutningsmyndighet kan bare gjøres etter at personens egen forståelse av situasjonen og evne til selv å ta beslutninger er forsøkt styrket. Beslutningsmyndigheten skal bare overføres som en siste mulighet, og i så liten utstrekning som mulig.

For det tredje benytter abortloven en annen rettesnor for vergens og Statsforvalterens utøvelse av sitt mandat på vegne av den gravide. Vergemålsloven ble endret i 2023. Det ble tydeliggjort i lovens § 20 at opprettelse og utforming av vergemål og valg av verge skal skje i samsvar med personens vilje og preferanser. I lovens § 33 ble det presisert at vergen skal gi støtte til personens utøvelse av den rettslige handleevnen, i samsvar med personens *ønsker*. Abortloven legger opp til at vergens eller Statsforvalterens beslutninger på vegne av den gravide skal skje etter en «beste interesse»-vurdering. Dette kan anses som en annen vurdering enn av kvinnens ønsker (Prop. 141 L (2021–2022)).

24.3 Utvalgets vurdering

Spørsmålet for utvalget er om det er hensiktsmessig og nødvendig å gi særlige regler om handleevne for mindreårige og personer med redusert beslutningskompetanse i abortloven, eller om loven bør henvisse til eller støtte seg på annet lovverk.

Som vist over, er det noe uklart i hvilken utstrekning pasient- og brukerrettighetslovens regler om barns handleevne kommer til anvendelse i alle forhold som gjelder abort. Abortlovens regler skiller seg også fra pasient- og brukerrettighetslovens regler på enkelte punkter ved at også barn under tolv år har handleevne, og en snevrere adgang til å unnlate å informere og innhente samtykke fra foreldre.

Utvalget mener generelt det er viktig at mindreårige i så stor grad som mulig har selvbestemmelse og handleevne i saker om abort. Utvalgets kunnskapsinnhenting fra ung.no, se vedlegg 7, viser at mange mindreårige er bekymret for om de må dele opplysninger om graviditet og abort med foreldrene. Det finnes også situasjoner hvor foreldreinvolvering kan sette barn i vanskelige og farlige situasjoner eller hindre at barn oppsøker helsetjenesten. Videre kan krav om samtykke fra og søknad fra foreldre i ytterste konsekvens føre til at unge gravide blir tvunget til å gjennomføre en graviditet mot deres vilje.

I de fleste situasjoner hvor barn har behov for abort, vil trygg foreldreinvolvering være god ivaretagelse av barnet. Utvalget mener at det er viktig at yngre barn ivaretas og beskyttes når de ikke har tilstrekkelig alder og modenhet til å ta beslutninger om abort på egenhånd. Dette utgangspunktet samsvarer i liten grad med abortlovens regler som krever at det alltid er kvinnen selv som må fremsette begjæring om abort, uavhengig av alder. Utvalget vurderer derfor at det er behov for at abortloven regulerer situasjonen for barn som selv ikke er i stand til å sette frem begjæring. Da må foreldre eller andre med foreldreansvar kunne sette frem begjæring på barnets vegne.

På denne bakgrunn mener utvalget at abortloven fortsatt bør gi gravide kvinner under 18 år myndighet til å søke om abort. Lovverket bør ikke sette noen nedre aldersgrense for kompetanse til å søke om abort. Loven stiller i dag krav om samtykke fra foreldrene for barn under 16 år. Utvalget mener at dette kravet ikke bør videreføres. Loven bør imidlertid åpne for at foreldre kan søke om abort på vegne av mindreårige under 16 år dersom barnet ikke er i stand til å forstå valgsituasjonen eller selv fremsette krav eller søknad om abort. Utvalget foreslår derfor at søknad om abort unntaksvis kan fremsettes i tråd med reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-4, 4-4 og 4-5. Utvalget foreslår også at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder utfyllende ved søknad eller krav fra mindreårige, blant annet § 3-4 som inneholder flere og mer detaljerte vurderingstema for når for-

eldre ikke skal informeres av hensyn til barnets beste. Utvalget mener disse er bedre egnet til å ivareta barnets behov for beskyttelse, konfidensialitet og omsorg i abortsituasjonen. Terskelen for foreldreinvolvering bør derfor harmoniseres med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4.

Når det gjelder selvbestemmelse og handleevne for gravide med enkelte typer funksjonsnedsettelse, mener utvalget at dagens regelverk kan komme i konflikt med menneskerettighetene. Reglene er heller ikke tilpasset det generelle nasjonale lovverket i vergemålsloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Et innledende spørsmål er om det i det hele tatt er behov for en særregulering av rettslig handleevne for voksne i abortloven eller om det er tilstrekkelig at loven henviser til det generelle lovverket. Som nevnt over, er det usikkert om pasient- og brukerrettighetsloven omfatter selve søknaden om tillatelse til abort. Vergemålsloven § 21 fjerde ledd bestemmer at

Vergemålet kan ikke omfatte kompetansen til å stemme ved valg, inngå ekteskap, erkjenne farskap, samtykke til donasjon av organer, opprette eller tilbakekalle testament, samtykke til tvang eller kompetansen i andre særlig personlige forhold *uten særskilt hjemmel i lov*.

På denne bakgrunn mener utvalget at eventuelle inngrep i voksnes handleevne i abortsaker på grunn av redusert beslutningskompetanse, bør hjemles i abortloven.

Abort er et inngrep som i særlig grad berører retten til selvbestemmelse, privatliv, fysisk og psykisk integritet og frihet fra tvang og overgrep. Kvinner med utviklingshemming og psykisk sykdom har gjennom historien blitt utsatt for omfattende inngrep i reproduktive rettigheter.

CRPD (FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne) art. 23 første ledd bokstav b og c pålegger statene å sikre

- b. anerkjennelse av den rett som tilkommer mennesker med nedsatt funksjonsevne, til fritt og ansvarlig å treffe beslutning om antall barn og avstand mellom barnefødsler, og til tilgang til alderstilpasset opplysning og opplæring om reproduksjon og familieplanlegging, samt at de midler som er nødvendige for at de kan utøve disse rettighetene, skaffes til veie,
- c. at mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder barn, beholder sin fruktbarhet på lik linje med andre

Samtidig er et viktig aspekt etter CRPD artikkel 25 om helse å sikre at tilgangen til helse gjøres reell, også for personer som har vansker med selv å ivareta sine interesser.

Enkelte gravide kan ha utfordringer med å forstå, danne, holde fast ved eller formidle sine ønsker, synspunkt i spørsmål om svangerskap og abort. Den gravide kan derfor mangle kompetanse til å fatte beslutning om abort. Manglende beslutningskompetanse kan være knyttet til utviklingshemming, andre kognitive eller intellektuelle funksjonsnedsettelse eller fysisk eller psykisk sykdom hos den gravide. I slike tilfeller kan den gravide ha behov for støtte og bistand til å utøve sin rettslige handleevne i forbindelse med abort.

Utvalget mener at gravide som mangler beslutningskompetanse, først og fremst bør ha rett til individuelt tilrettelagt støtte og bistand til selv å utøve sin rettslige handleevne, vurdere og fremsette begjæring om abort. I enkelte tilfeller bør den rettslige handleevnen kunne utøves av andre eller overtas av andre for å sikre en reell og likestilt tilgang til abort. I slike tilfeller bør den gravide få hjelp til å fremsette søknad om abort fra en tillitsperson de gjerne selv har valgt, som er tilgjengelig i situasjoner som oppstår. Utvalget mener denne oppgaven fortsatt bør ivaretas av en verge.

Reglene i abortloven for å gjøre inngrep i voksne gravides rettslige handleevne må utformes slik at regelverket er i samsvar med menneskerettslige krav. For å imøtekomme krav i CRPD foreslår utvalget en bestemmelse i loven som gir gravide med funksjonsnedsettelse rett til særlig beslutningsstøtte når dette er nødvendig. Beslutningsstøtte kan blant annet skje i form av tilrettelagt informasjon, tilpasset veiledning om valgsituasjonen eller tilrettelegging for bruk av non-verbale kommunikasjonsmåter og alternativ og supplerende kommunikasjon.

Loven bør samtidig åpne for at vergemål kan opprettes eller justering av vergemandatet, og at verge kan søke om abort, dersom den gravide, selv etter at beslutningsstøtte er gitt, ikke er i stand til å ivareta sine interesser. Om den gravide er i stand til å ivareta sine interesser vil bero på en konkret vurdering. Opprettelse av verge eller end-

ring av vergemandat til å omfatte abort skal behandles som hastesak av Statsforvalteren.

Vergen skal handle i samsvar med personens ønsker. Den gravide skal som hovedregel samtykke til søknaden. Dersom det ikke er mulig å innhente samtykke på grunn av den gravides tilstand, skal den beste tolkningen av personens vilje og preferanser legges til grunn ved vurderingen av hva han eller hun ønsker. Dersom den gravide nekter å samtykke, kan ikke abort gjennomføres.

Vergemålsloven og pasient- og brukerrettighetslovens regler gjelder utfyllende.

24.4 Utvalgets forslag

Utvalget foreslår følgende bestemmelse i ny abortlov

§ 9 *Myndige gravide uten beslutningskompetanse*

Dersom myndige gravide mangler beslutningskompetanse for å fremsette krav eller søknad om abort, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, kan verge kreve eller søke om abort på vegne av den gravide. Den gravide skal først ha mottatt informasjon, veiledning og støtte etter §§ 7 og 11. Den gravide skal om mulig gi sitt samtykke.

Hvis den gravide ikke har verge i tilfelle som nevnt tredje ledd, skal verge oppnevnes av Statsforvalteren i tråd med reglene i vergemålsloven § 20 flg.

Reglene i vergemålsloven gjelder utfyllende.

§ 10 *Barns beslutningskompetanse*

Mindreårige gravide kan selv fremsette krav eller søke om abort. Alternativt kan krav eller søknad fremsettes i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-4, 4-4 og 4-5 dersom barnet ikke er i stand til å forstå valgsituasjonen eller fremsette krav eller søknad om abort. Dersom kravet eller søknaden fremsettes av foreldre eller andre med foreldreansvar, skal den umyndige gravide om mulig gi sitt samtykke.

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder utfyllende.

Kapittel 25

Nye vilkår for abort

Som omtalt over, ønsker utvalget å videreføre dagens system i abortloven med en gradvis innskrenkning av mulighetene for abort. Utvalgets flertall anbefaler at dagens grense for selvbestemmelse endres fra utgangen av tolvte svangerskapsuke til utgangen av 18. svangerskapsuke. Fra utgangen av 18. svangerskapsuke til utgangen av 22. svangerskapsuke anbefaler utvalget at abort kan innvilges på bestemte vilkår.

Utvalget har vurdert om dagens vilkår for abort kan og bør videreføres som grunnlag for å tillate abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke. Utvalget mener at dagens vilkår bør endres som grunnlag for abort, og foreslår nye vilkår.

25.1 Utfordringer med dagens vilkår

Utvalget har vurdert dagens vilkår for abort.

25.1.1 Uklar begrunnelse for lovens vilkår

Formålet med vilkårene for abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke oppfattes ofte å avveie hensynet til å beskytte fosteret opp mot konkret skade og ulempe for den gravide kvinnen. Som vist i kap. 4 om historikk, har vilkårene en mer sammensatt bakgrunn og begrunnelse. Vilkårene har et historisk opphav i både eugenikk og befolknings- og velferdspolitik. Feministisk teori mener at vilkårene er preget av stereotypiske forventninger til kvinner, som gjør at enkelte valg om abort vurderes som umoralske og illegitime, mens andre godkjennes som etisk adekvate, se kap. 6.2.

Vilkårenes mangfoldige og til dels implisitte målsettinger reflekteres i ordlyden i abortloven § 2 tredje ledd. Enkelte vilkår er knyttet til skade eller ulempe for den gravide kvinnen. Andre er knyttet direkte til egenskaper eller forhold hos fosteret, eller egenskaper hos kvinnen. Vilkårene som gjelder skade eller ulempe for kvinnen, lister opp grunner som samfunnet anerkjenner som

grunnlag for abort, samtidig med at kvinnes subjektive oppfatning skal tillegges vekt.

Uklarheten rundt vilkårenes formål kan komplisere praksis i abortnemndene. Utvalgets kartlegging av praksis i abortnemndene, se kap. 11.4, viser at nemndene blant annet oppfatter det som uklart om det er grunnlag for å vektlegge den abortsøkendes oppfatning av hva som er en alvorlig sykdom, i hvilken grad det skal ses hen til kvinnens og familiens ressurser ved vurdering av saker etter § 2 tredje ledd bokstav c, eller om fordommer og frykt for diskriminering kan vektlegges ved søknader om abort.

25.1.2 Økende avstand mellom lov og praksis

Dagens lov bestemmer at abort i utgangspunktet ikke er tillatt etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Utvalgets gjennomgang viser at abortnemndene har en liberal tolkning av hva som kan gi grunnlag for abort, se kap. 11.4.

Utvalgets gjennomgang viser at abortnemndene utøver sin virksomhet med respekt og omsorg for kvinner som søker om abort. Nemndene legger stor vekt på kvinnens ønske om avbrudd og opplevelse av situasjonen. Mange nemnder tilrettelegger for at nemndsbehandlingen først og fremst skal være en støtte for kvinnen, og et sted for å gi medisinsk informasjon om inngrepet og forhold hos fosteret. Saksbehandlingen gjennomføres med tanke på at det skal gjøres raskt, og at man ikke skal påføre kvinnene unødige ulemper. Nemndenes praksis kan imidlertid være problematisk opp mot generelle krav til god forvaltningsskikk og en korrekt håndheving av loven.

Utvalgets kunnskapsinnhenting tyder på at abortnemndene på en del områder gjør en friere skjønnsvurdering enn det som følger av loven. I samtaler med utvalgsekretariatet gir flere nemndsmedlemmer uttrykk for at den gravides «egentlige vilje» er avgjørende for om hun får innvilget abort. Flere av nemndsmedlemmene uttaler at deres fremste oppgave er å finne ut om kvinnen

er under press, eller om ønsket om abort virkelig er hennes eget. Det fremgår ikke klart av lovteksten at søkers «egentlige vilje» er et vilkår ved vurderingen av om abort skal innvilges. Loven er uklar på den legale adgangen til å avslå en søknad om abort på dette grunnlaget. Det er heller ikke opplagt at nemndene har forutsetninger for å gjøre vurderinger av om den gravides søknad er fremsatt under press. Det synes allikevel å ha etablert seg en praksis ved flere nemnder med at søknad avslås, dersom nemnda opplever at den gravide er under press, fremfor at søknaden da anses som trukket.

Nemndenes praksis om å søke å avdekke den gravides egentlige vilje kan kanskje ha sin bakgrunn i uttalelser i forarbeidene, (Ot.prp. nr. 53 (1977–78) s. 5), der det står om den sosiale indikasjon at

Det som åpenbart var et viktig anliggende for lovgiveren, var at nemnda fikk et klarest mulig bilde av hvorvidt ønsket om svangerskapsavbrudd var kvinnens eget eller om hun stod under press. Det er også viktig å vite om kvinnens bedømmelse av sin livssituasjon er godt gjennomtenkt, eller om den er impulspreget. Under slike omstendigheter forutsettes det at hun får mulighet til å drøfte sin situasjon med kyndige fagfolk, slik at hun kan komme frem til en beslutning som er den beste for henne på lengre sikt.

Forarbeidenes formuleringer om å undersøke kvinnens «egentlige vilje» er imidlertid ikke reflektert i lovteksten.

Flere nemndsmedlemmer gir også uttrykk for at det er kvinnen som beslutter, eller at det er en felles beslutning mellom nemnda og kvinnen (et «samvalg»). Dette kan bero på en misforståelse når det gjelder innholdet i § 7 siste ledd som sier at vedtaket skal fattes i samråd med kvinnen. Ifølge loven er det nemnda som beslutter om abort er tillatt etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, basert på om lovens vilkår er oppfylt.

Utvalgets kartlegging av praksis i abortnemndene viser at nemndene praktiserer «kjøreregler», som ikke nødvendigvis følger av loven. Det kan virke som om nemndene til dels opererer med en uoffisiell «positivliste» over fosteravvik som gir grunnlag for abort. Intervjuene gir også inntrykk av at en del nemnder ser bort fra § 2 femte ledd om at kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskapets

lengde, og heller opererer med et knekkpunkt for innvilgelse på 18 ukers svangerskap.

Flere av nemndsmedlemmene gir uttrykk for at enkelte aborter innvilges på grunn av diskriminerende og fordomsfulle holdninger i samfunnet mot barn med annen etnisk bakgrunn eller funksjonsnedsettelse. Medlemmene viser til at noen gravide uttrykker at de er redde for at barnet vil oppleve trakassering og mobbing på grunn av funksjonsnedsettelse. Det kan stilles spørsmål ved om dagens abortlov åpner for å innvilge abort på dette grunnlaget.

Utvalgets kartlegging er i samsvar med forskning fra Danmark som viser at nemndene i økende grad legger vekt på forhold som ikke klart går frem av dagens vilkår for abort (Petersen & Herrmann, 2021). Samrådene i Danmark vektlegger blant annet gravides frykt for at et eventuelt barn vil bli møtt med stigmatisering og fordommer knyttet til etnisitet, funksjonsnedsettelse eller uvanlig kjønnsutvikling.

25.1.3 Vilkårene er ikke tilpasset nåtidens tilgang på opplysninger og undersøkelser

Utvalgets undersøkelser kan også tyde på at nemndene føler seg forpliktet til å legge til grunn den gravides fremstilling av sin egen situasjon og andre forhold i større grad enn det som følger av lovverket. Kvinnens fremstilling av faktiske forhold om egen sosial situasjon legges uten videre til grunn. Intervjuene kan også tyde på at nemndene legger til grunn kvinnens beskrivelse av andre forhold enn sin egen situasjon, som opplysninger om kulturelle forhold i bestemte miljøer og samfunn, uten å kvalitetssikre disse opplysningene.

Loven bestemmer at nemndene skal legge stor vekt på «hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon». Utvalgets kartlegging kan tyde på at nemndene også vektlegger kvinnens synspunkter på hva som er en alvorlig sykdom, og andre mer objektive standarder i lovens vilkår.

Når det gjelder risiko for medisinske tilstander hos fosteret, er loven basert på helt andre fostermedisinske undersøkelser enn de undersøkelser som gjennomføres i dag. Abort på grunnlag av arvelige anlegg, etter abortloven § 2 tredje ledd bokstav c, utgjorde ca. 0,7 prosent av abortsakene i 1976 (Ot.prp. nr. 53 (1977–78) s. 12). I dag utgjør disse sakene over 60 prosent av abortsøknadene. Dette innebærer at lovens vilkår er utformet med tanke på andre sakstyper enn de som er mest fremtredende i dag.

Økningen i søknadene om abort på grunnlag av medisinske tilstander hos fosteret må ses i sammenheng med utviklingen i tilbudet om fostermedisinske undersøkelser, se kap. 14. Da loven ble vedtatt, var det mindre kunnskap og mindre muligheter til å følge fosterets utvikling under svangerskapet. Beregning av risiko for avvik ble langt på vei basert på arveanlegg og mors atferd under svangerskapet. Tilbud om ultralydundersøkelse rundt utgangen av 18. svangerskapsuke til alle gravide ble tatt i bruk i Norge på midten av 1980-tallet (1986).

I dag gir moderne medisinsk teknologi, som benyttes rutinemessig i svangerskapsomsorgen, langt bedre og mer informasjon om fosteret enn i 1975. Når det gjelder risiko, alvorlighet, behandlingsmulighet og prognose for ulike tilstander som kan oppdages i fosterstadiet, er situasjonen radikalt endret de siste 50 årene. Mulighet for mer presis diagnostikk og behandlingsmuligheter har hatt en stor utvikling. Særlig gjelder dette mulighet for fosterdiagnostikk.

25.1.4 Normalitet og avvik som idegrunnlag for lovens vilkår

Den lovbestemte adgangen til å ta abort på grunn av sosiale forhold eller fosteravvik etter utgangen av tolvte svangerskapsuke er blant annet knyttet til en idé om normalitet. Det teoretiske og akademiske grunnlaget for normering av mennesker og tankene om et normalt eller ideelt menneske ble utviklet fra 1700-tallet (Breivik et al., 2006). Det ble gjort målinger av både fysiske og kognitive forhold med tanke på å utvikle menneskelige type-tilfeller, der gjennomsnittsverdiene både ble en teoretisk størrelse og et ideal.

Som vist i kap. 4.2 og 4.3 ble det i de fleste europeiske land vedtatt lover som forbød abort, i første halvdel av 1900-tallet. Lovene åpnet allikevel for abort ved fysiske, psykiske, intellektuelle eller rasemessige avvik hos den gravide eller fosteret. Identifiseringen av de uønskede avvikene var forankret i datidens normering av mennesker, som kurven over normalfordeling av IQ og standardavvik fra 1912. Abort på grunn av avvik skulle bidra til at uønskede rase- og arveanlegg ikke ble videreført i befolkningen.

Etter andre verdenskrig oppstod nye tanker om individets rett til frihet og selvbestemmelse og vern mot statlige inngrep og kontroll. Ideene dannede grunnlag for FN og Europarådets konvensjoner om menneskerettighetene, se kap. 7. Målsettinger knyttet til folkehelse og befolkningskontroll ble ikke lenger ansett som legitime formål for å

gjøre inngrep i den enkeltes autonomi, privatliv og selvbestemmelse. Menneskerettighetene bygger på en grunnleggende forutsetning om at alle mennesker har samme verdi, uavhengig av individuelle forutsetninger og egenskaper. Dette utfordrer ideen om det normale og ideelle mennesket.

Den første norske abortloven ble vedtatt i 1960. Loven ga adgang til abort ved fare for den gravides liv og helse, fare for alvorlig sykdom eller sjelelig lyte hos barnet, eller når graviditeten var resultat av straffbare forhold (se kap. 4.4). Vilkårene ble i all hovedsak videreført i ny abortlov fra 1975. Selv om lovens ordlyd gir adgang til abort ved avvik hos fosteret, begrunnes ikke vilkåret med eugeniske hensyn i de norske forarbeidene. Lovens ordlyd bygger imidlertid på bestemmelser i andre nordiske abortlover med eksplisitte eugeniske mål (se kap. 4.3). De norske forarbeidene begrunner vilkåret knyttet til avvik hos den gravide eller fosteret, i de antatte sosiale og økonomiske følgene av avviket for den gravide, familien og samfunnet.

Abortutvalgets gjennomgang av abortnemndenes praksis viser at praksis er i tråd med forarbeidenes begrunnelser. «Alvorlighet» ved fosteravvik vurderes etter en såkalt «relasjonell modell» (Lid, 2022) med vekt på samspillet mellom en funksjonsnedsettelse og samfunnet og hvilken betydning avviket vil ha for mulighetene for et «normalt liv», både for det eventuelle barnet, den gravide og eventuelt hennes familie. Fysiske funksjonsnedsettelser, som at fosteret mangler en arm, vil derfor ofte ikke gi grunnlag for abort alene. Dette er en type funksjonsnedsettelse som, med hjelpemidler og god støtte, i mindre grad gir funksjonshindringer i møte med samfunnet. Intellektuelle funksjonsnedsettelser kan medføre betydelige funksjonshindringer i møte med dagens samfunn og vil derfor påvirke barnets oppvekst, den gravides livssituasjon og eventuelt hennes familie i større grad.

Forestillinger om normalitet kan også sies å påvirke adgangen til abort på grunn av sosiale forhold. Vurderingen av hva som er en vanskelig livssituasjon, er tett knyttet til samtidens oppfatninger om hva som er en normal livssituasjon. Abortutvalgets kunnskapsinnhenting tyder imidlertid på at også kulturelle forhold tillegges vekt som grunnlag for abort. Nåtidens vektlegging av identitet og selvbestemmelse kan utfordre tanken om at det kan oppstilles objektive standarder for hva som er en vanskelig vs. normal livssituasjon, og vanskeliggjøre grunnlaget for å benytte dette som en rettslig standard.

Et samfunn som bygger på en forestilling om normalitet, kan skape barrierer og hindringer for barn og familier som faller utenfor normalen på grunn av fysiske, psykiske, kognitive eller intellektuelle avvik, eller familiære, sosiale eller økonomiske forhold. Disse barrierene kan bidra til at familier med barn med funksjonsnedsettelse, enslige, etniske minoriteter eller andre opplever en langt større omsorgsbyrde. Å tilrettelegge samfunnet for det menneskelige mangfold er viktig for å motvirke selektiv stimulering og utvelgelse rundt abort og reproduksjon.

25.2 Grunnleggende hensyn ved utformingen av nye vilkår

Utvalget har vurdert hvilke grunnleggende hensyn som bør ligge til grunn for abort etter perioden med selvbestemmelse. Vilkårene bør utformes slik at de er mulig å etterkomme på en enhetlig, lik, forutsigbar og rettferdig måte.

Menneskerettighetene stiller krav om at inngrep i borgernes rettigheter skal skje «in accordance with law» (se kap 7.6.2). EMD (Den europeiske menneskerettsdomstolen) har presisert kravene til utforming av lovhjemmel for statlige inngrep i borgernes privatliv i flere dommer, også i saker om abort. I saken *Tysiack v. Polen (2007)* uttaler EMD at regler om abort må være såpass klare og tydelige at kvinner kan forutse sin rettsstilling med en viss grad av sikkerhet (*Tysiack v. Polen* pkt. 116). Reglene om rett til abort bør ikke være for generelle (som for eksempel formuleringen «ved fare for kvinnens liv/helse.»), men angi mer spesifikt når abort er tillatt.

I norsk sammenheng følger krav til lovhjemmel ved statlige inngrep i borgernes rettsfære av legalitetsprinsippet. «Inngrep» vil si beslutninger og handlinger som begrenser borgernes handlingsfrihet utover det marginale. Slike inngrep må ha hjemmel i lov, jf. Grunnloven § 113.

Formålet med legalitetsprinsippet er å sikre folkestyret, en god avveining av relevante hensyn ved lovvedtak, forutsigbarhet og etterprøvbarhet. Legalitetsprinsippet stiller krav til lovers presisjon om klarhet. Hvor klar lovbestemmelsen må være avhenger av hvilket rettsområde vi er på, arten av inngrepet, hvordan det rammer og hvor tyngende det er overfor den som rammes. (Rt. 1995 s. 530 (s. 537)). Hvis det foreligger elementer av tvang, maktskjevhet eller når inngrepet berører grunnleggende menneskerettigheter, stilles det strenge krav til presisjon og klarhet.

I tillegg må vilkårene utformes på en måte som er egnet til, på en mest mulig effektiv måte, å oppnå lovens formål. Vilkårene må også sikre at Norge oppfyller menneskerettslige forpliktelser, se kap. 7. Dette gjelder først og fremst forpliktelsene til å tillate abort ved fare for kvinnens liv og helse, eller beskyttelse mot tortur.

Likestillings- og diskrimineringsloven pålegger offentlige myndigheter å arbeide aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling og hindre diskriminering. Eventuelle vilkår i abortloven bør derfor utformes på en måte som ivaretar statens målsetning om og plikt til å jobbe for et inkluderende og mangfoldig samfunn, og hindre stereotypiske og fordomsfulle holdninger til utsatte grupper.

Utvalget mener at fosteret bør gis en absolutt beskyttelse fra utgangen av 22. svangerskapsuke, se kap. 23.6. Etter dette tidspunktet har det enkelte foster en individuell rett til vern om liv, som berettiger inngrep i gravides selvbestemmelse om abort. Alle fostre er like mye verdt, og har i utgangspunktet samme rett til beskyttelse fra lovens vern som inntreffer ved utgangen av 22. svangerskapsuke. Frem til fødsel vil allikevel kvinnens rett til beskyttelse gå foran fosterets rett til beskyttelse.

Også før utgangen av 22. svangerskapsuke mener utvalget at det bør innføres visse begrensninger i adgangen til abort. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke mener utvalget at det må stilles større krav til refleksjon og prosess hos den gravide, og involvering og etiske vurderinger i samfunnet rundt en beslutning om abort.

At adgangen til abort innskrenkes fra utgangen av 18. svangerskapsuke bygger på dagens praksis. Abortloven § 2 femte ledd bestemmer at et svangerskap bare kan avbrytes etter utgangen av 18. svangerskapsuke dersom det foreligger *særlig tungtveiende grunner*. De aller fleste avslag på begjæring om abort gjelder abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke, se kap. 11.4.

Fosterets biologiske utvikling, den gravides opplevelse og samfunnets møte med fosteret kan tilsi at aborter etter utgangen av 18. svangerskapsuke bør møtes med større grad av alvor. Avveininger rundt liv og død i menneskelivets gråsoner er normalt ikke et rent privat anliggende, og bør ikke være det. Dette dreier seg ikke om manglende tillit til enkeltmennesker og gravide kvinner. Det dreier seg heller ikke om en forventning om å redusere antallet aborter. Ønsket om demokratiske prosesser og samfunnets involvering i spørsmål rundt livets gråsoner handler snarere om den symbolske og holdningsdannende betyd-

ningen enkeltavgjørelser har for samfunnet, når avgjørelsene berører sentrale etiske spørsmål. Visse verdier, som respekten for liv, frihet og menneskers likeverd, utgjør et fundament i det norske samfunnet. Spørsmål som ligger tett opp til disse grunnleggende verdiene, bør ikke forvaltes av den enkelte borger alene, men involvere fellesskapet i det norske samfunnet.

Innskrenkningen av adgangen til abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke har to sider. For det første vil prosessen i seg selv sikre at beslutningen om abort er gjennomtenkt, at kvinnen ikke står alene i valget, og samfunnets etikk blir vektlagt. For det andre skal de konkrete vilkårene sikre at aborten i det enkelte tilfellet hviler på grunner som samfunnet betrakter som etisk forsvarlige.

Ved utformingen av de konkrete vilkårene er spørsmålet hvilke belastninger som er relevante og vektige i saker om abort, og kan danne en etisk adekvat begrunnelse for abort. Sakens alvor tilsier at det bør avgrenses mot trivielle belastninger. Utvalget mener imidlertid at det ikke bør være en snevrere adgang til å avbryte et svangerskap før utgangen av 22. svangerskapsuke enn etter dagens lov.

Som vist i kap. 7.6.2 pålegger menneskerettighetene statene å beskytte kvinners liv og helse, og beskytte kvinner mot tortur, grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Det har blitt ansett for tortur å tvinge en voldtatt kvinne til å gjennomføre svangerskapet eller å tvinge en kvinne til å bære frem et barn som ikke er levedyktig etter fullført svangerskap. Vilråene må gi mulighet til abort dersom en nektelse kan komme i konflikt med kvinnens menneskerettigheter. Regelverket bør derfor gi vid tilgang til abort, også etter utgangen av 18. svangerskapsuke, ved fare for skade på kvinnens fysiske eller psykiske helse dersom svangerskapet er resultat av seksuelle overgrep eller fosteret ikke er levedyktig, se kap. 7.6.2.

Utvalget mener videre at det såkalte «sosiale vilkåret» i abortloven bør videreføres. Et formål med dagens abortlov er å sikre barn og unge gode oppvekstvilkår. En kvinne bør ha adgang til å avbryte svangerskapet dersom hun befinner seg i en sosialt utsatt posisjon, har levekårsutfordringer og er i en vanskelig livssituasjon, eller når svangerskap, fødsel eller omsorg vil bidra til slike utfordringer. Lovverket bør ikke tvinge en kvinne til å gjennomføre et svangerskap hvis dette kan skape eller forsterke sosial utsatthet for familien, kvinnen eller det mulige barnet.

Det er ikke mulig å gi noen klar avgrensning av en sosialt utsatt situasjon, vanskelig livssituasjon eller levekårsutfordringer. Dette kan dreie seg om en lang rekke forhold. Undersøkelser om levekår kan gi en viss veiledning om hvilke utfordringer som anerkjennes generelt. SSB har tidligere definert velferdsproblemer som (Barstad, 2013)

- Lav tilknytning til arbeidsmarkedet: arbeidsinntekt under 1.5 G, og ikke under utdanning eller alders/afp-pensjonist.
- Dårlig helse: Har et helseproblem som medfører begrensninger i utførelsen av alminnelige hverdagsaktiviteter.
- Dårlig økonomi: Tilhører en husholdning som ikke råd til minst ett av fire goder: en ukes ferie utenfor hjemmet i året, spise kjøtt eller fisk minst annenhver dag, holde boligen passe varm, bytte ut utslitte møbler.
- Sosial marginalisering: Har ingen fortrolige, eller ingen å få praktisk hjelp fra, eller har lav tillit til andre.
- Psykiske vansker: Skala (MHI-5) bestående av fem spørsmål om psykiske problemer siste fire uker. De som i gjennomsnitt skårer 3.4 eller lavere (skalaen går fra 1-5) defineres som personer med psykiske problemer.
- Dårlig nærmiljø: Andel som enten har problemer med støy inne i boligen eller med støy, lukt eller annen forurensning i området rundt boligen eller med kriminalitet/vold/hærverk i boområdet.
- Boligproblemer: Bor trangt (en person i ettroms bolig, eller flere personer enn rom), eller har minst ett av tre problemer i boligen: Råte, tak som lekker/fukt i vegger eller gulv, lite dagslys.

En urimelig belastende sosial eller emosjonell situasjon kan også dreie seg om tilfeller der det er risiko for at kvinnen vil utsettes for vold, eller risiko for at barnet etter fødsel utsettes for vold. Én av ti kvinner har vært utsatt for alvorlig fysisk vold fra partner og offentlige tiltak som skal beskytte kvinner og barn mot vold i nære relasjoner, gir ikke tilstrekkelig reell beskyttelse (Dale et al., 2023). Kvinner bør derfor ikke pålegges å bære frem et barn i slike tilfeller.

For en del kvinner vil omsorgen for barn i seg selv medføre en belastning langt utover det som normalt kan forventes. Dette kan ha sammenheng med både den gravide kvinnen eller familiens forhold og ressurser eller forhold ved barnet. For eksempel kan enkelte rusavhengige eller kvinner med kognitive, psykiske eller fysiske utfordringer

oppleve omsorgen for egne barn som særlig utfordrende.

Alvorlige funksjonsnedsettelse eller sykdom hos barnet kan også medføre en krevende omsorgssituasjon. Sykdom og funksjonsnedsettelse kan medføre gjentatte sykehusbesøk, behandlinger, betydelig grad av omsorgsarbeid og arbeid med offentlige søknader og koordinering. Som vist i kap. 23.1 er det primært kvinner som tar hånd om ekstra omsorgsarbeid som følge av barns funksjonsnedsettelse. Offentlige velferdsordninger kompenserer til en viss grad for økte omsorgsbelastninger, men undersøkelser viser at foresatte i gjennomsnitt bruker 19 timer per uke på «administrative» oppgaver knyttet til oppfølging av sine barn med funksjonsnedsettelse (StimuLab, 2021).

Av hensyn til forutberegnelighet for den gravide og en effektiv saksbehandling mener utvalget at loven bør gi direkte uttrykk for at det er adgang til abort til utgangen av 22. svangerskapsuke ved alvorlige medisinske tilstander hos fosteret. Selv om lovens ordlyd dermed etablerer en direkte sammenheng mellom fosterets tilstand og egenskaper og adgang til abort, er også dette vilkåret begrunnet i kvinnens selvbestemmelse over egen kropp og derav også hennes vurdering av familiens fremtid og livssituasjon. Av hensyn til kvinnen og en skånsom prosess vil imidlertid ikke kvinnen i slike tilfeller måtte begrunne sitt valg om abort. Det er tilstrekkelig at medisinske forhold dokumenteres.

Fosterdiagnostikk har utløst en debatt om hvorvidt den ufødte har interesse av å ikke bli født med alvorlige sykdommer og funksjonsnedsettelse, og om det bør stilles visse kvalitetskrav til livet for at det skal være verdt å leve. Det eksisterer imidlertid ingen enighet om objektive standarder for å måle kvaliteten på et liv. Det er heller ikke mulig å forutse med sikkerhet hvilke smerter eller gleder et barn med sykdom eller funksjonsnedsettelse vil oppleve, og barnets egen vurdering av sin livskvalitet.

Utvalget mener at man bør unngå at utformingen av et tilbud om fosterdiagnostikk og abort i helsetjenesten bidrar til en nedvurdering av funksjonshemmedes liv. Det er samfunnets oppgave å legge forholdene til rette for at funksjonshemmede kan leve et så tilfredsstillende liv som mulig. Kvinnens ønske om abort bør i loven derfor ikke knyttes til en argumentasjon om et liv som ikke er verdt å leve, men snarere legges til grunn at det i alle tilfeller handler om kvinnen og parets vurderinger av faktorer knyttet til eget liv og antatt fremtid for familien.

25.3 Utvalgets vurdering av vilkår for abort

På bakgrunn av argumentasjonen over foreslår utvalget følgende vilkår for abort mellom utgangen av 18. svangerskapsuke og utgangen av 22. svangerskapsuke:

§ 5 Adgang til abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke skal abortnemnda tillate abort når

- svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse.
- graviditeten oppstod under forhold som nevnt i straffeloven §§ 312 – 314, eller svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 291 – 296, 299, 301, 302 og 314.
- medisinske forhold ved fosteret, forhold ved den gravide, den gravides livssituasjon, eller en kombinasjon av disse gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende.
- det er sannsynlig at det foreligger en alvorlig tilstand hos fosteret, eller det er sannsynlig at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel.

Den gravides oppfatning av situasjonen skal tillegges betydelig vekt ved vurderingen av om vilkårene er oppfylt.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke er abort ikke tillatt, med mindre det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel, se likevel § 6.

Presiseringer knyttet til de foreslåtte vilkårene

a – fare for kvinnens fysiske eller psykiske helse

Dette vilkåret tar i første omgang sikte på å fange opp tilfeller der det er stor risiko for at svangerskap, fødsel eller omsorg vil forårsake fysisk eller psykisk skade på den gravide kvinnen, eller føre til en forverring av eksisterende sykdom.

b – svangerskap er resultat av straffbare forhold

Det stilles ikke krav om at saken er anmeldt. Kvinnens vurdering av situasjonen skal legges til grunn for vurderingen av om vilkåret er oppfylt, jf. paragrafens tredje ledd.

c – vilkåret om sosiale forhold

Det foreslåtte leddet gir tilgang til abort når

1. medisinske forhold ved fosteret gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende for kvinnen.

Vurderingen av om fremtidig omsorg vil være krevende, bør først og fremst hvile på en *objektiv vurdering*, som beslutningsorganet må ha kompetanse til å gjøre. For en del forhold ved fosteret må det kunne legges til grunn, uten videre vurdering, at disse forholdene normalt medfører en krevende omsorgssituasjon for kvinnen. Dette vil blant annet gjelde tilstander som krever hyppig oppfølging i helsetjenesten, i en ikke ubetydelig periode. Det vil også gjelde tilstander som normalt vil kreve særlige tilrettelagte tiltak under oppveksten, eller svært forsinket eller ingen selvstendigjøring. Både fysiske og intellektuelle avvik kan gi grunnlag.

Slik vilkåret er formulert, avgrenses det mot forhold ved fosteret som fortrinnsvis er av rent estetisk karakter, som utseendemessige forhold og kjønn. Gravides eventuelle frykt for stigmatisering, utenforskap, trakassering og mobbing på grunn av funksjonsnedsettelse kan heller ikke vektlegges i vurderingen av om abort skal tillates.

Utvalget anbefaler at det utarbeides nasjonale retningslinjer, se kap. 31, som konkretiserer krav til dokumentasjon og risiko når søknad om abort er begrunnet i medisinske forhold hos fosteret. Utvalget foreslår at det stilles krav til utredning og dokumentasjon når søknad om abort er begrunnet i medisinske forhold hos fosteret. Den gravides mistanke eller frykt for avvik bør ikke alene gi grunnlag for å innvilge abort etter dette vilkåret.

Tester som brukes til fosterdiagnostikk skal, etter bioteknologiloven godkjennes av Helsedirektoratet. Gravide tilbys både ultralyd, NIPT og fostervanns- eller morkakeprøve i norsk helsetjeneste. Utvalget anbefaler at det i retningslinjene stilles krav om at tilstander hos fosteret bekreftes ved godkjente tester utført i Norge før abort kan innvilges på grunn av medisinske forhold hos fosteret, dersom disse er av relevans for avgjørelsen. Noen tester utføres for å få informasjon om mulig gjentakelsesrisiko og det er ikke nødvendig å vente til disse er ferdig analysert hvis diagnosen er stilt med ultralyd.

Utvalgets undersøkelser viser at gravide i økende omfang får utført tester ved laboratorier i utlandet som ikke gjøres i regi av den offentlige helsetjenesten i Norge. Disse testene kan under-

søke langt flere medisinske forhold ved fosteret enn testene som er godkjent i Norge (som Asperger syndrom og hørselshemming), gi usikre funn uten avklart medisinsk konsekvens og kan også gi en feilaktig vurdering av risiko.

Utvalget anbefaler at nasjonale retningslinjer også tydeliggjør krav til risiko for at det foreligger avvikende medisinske forhold hos fosteret. Dagens abortlov legger til grunn at risiko skal være høyere enn for befolkningen generelt. Utvalget anbefaler at alminnelig sannsynlighetsovervekt legges til grunn for vurderingen.

2. forhold ved den gravide som gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende

Forhold ved den gravide kan gjøre svangerskap, fødsel, oppvekst eller fremtidig omsorg særlig krevende. Det kan handle om rusavhengighet, kognitive og intellektuelle forhold eller psykiske lidelser. Vilkåret kan omfatte tilfeller som tidligere ble vurdert etter dagens abortlov § 2 tredje ledd bokstav e. Vilkåret etablerer imidlertid ingen direkte årsakssammenheng mellom funksjonsnedsettelse hos den gravide og adgang til abort, men knytter adgangen til abort til at svangerskap, fødsel, oppvekst eller fremtidig omsorg vil være særlig krevende.

3. forhold ved den gravides livssituasjon som gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende

Dette er i hovedsak en videreføring av det tidligere sosiale vilkåret. Intervjuene med nemndene tyder på at det har skjedd en utvikling i hvilke forhold som vektlegges under det sosiale vilkåret, og det er et bredt spekter i hvilke forhold som anses relevante.

Utvalget mener at dagens vide adgang til abort på grunn av sosiale forhold i hovedsak bør opprettholdes. Forhold ved den gravides livssituasjon vil derfor inkludere en rekke forhold av ulik karakter. For det første mener utvalget at økonomiske forhold kan gjøre svangerskap, fødsel, oppvekst eller fremtidig omsorg særlig krevende. Som nevnt over, mener utvalget at det bør legges en objektiv standard til grunn, slik at lavinntekt eller fattigdom kan begrunne abort.

Forhold ved den gravides livssituasjon kan også dreie seg om den gravides sosiale nettverk. Tap av, eller manglende og begrenset nettverk og familie og sosialt stigma kan gjøre fremtidig opp-

vekt og omsorg krevende. Vilkåret stiller ikke krav om at slike forhold skal foreligge før svangerskapet, men omfatter også reaksjoner og forhold som utløses av svangerskap, fødsel eller omsorg.

Omsorg for barn kan også være særlig krevende, både fysisk, psykisk og emosjonelt for kvinner og familier som er utsatt for vold.

d – vilkåret om alvorlig tilstand hos fosteret

Dette vilkåret gir adgang til abort ved *alvorlige* medisinske tilstander hos fosteret. Som alvorlige tilstander regnes sykdom eller funksjonsnedsettelse som med stor sannsynlighet vil medføre vesentlig smerte, smertefulle behandlinger og inngrep, gjentatte sykehusinnleggelse, stor avhengighet og kort forventet levetid. Slike tilstander kan medføre vesentlige påkjenninger for den gravide og familien i form av psykiske påkjenninger, omsorgsoppgaver langt utover det normale, og praktiske utfordringer. Omsorg for et barn med alvorlige tilstander kan påvirke hverdag og familieliv i vesentlig grad.

Adgang til abort etter § 5 tredje ledd

Denne bestemmelsen gir adgang til abort, også etter utgangen av 22. svangerskapsuke når det under svangerskapet blir klart at fosteret vil dø i løpet av svangerskapet eller svært kort tid etter fødselen. Dersom den gravide pålegges å gjennomføre svangerskapet i slike tilfeller, kan det oppleves som svært traumatisk, grense til umenneskelig behandling av den gravide og medføre fare for kvinnens psykiske helse. Den gravide kan fortsatt velge å gjennomføre svangerskapet.

Som nevnt mener utvalget at det ikke i slike tilfeller skal kreves at kvinnen må begrunne sitt valg

om abort, av hensyn til kvinnen og en skånsom prosess. Det er tilstrekkelig at medisinske forhold dokumenteres.

25.4 Abort i nødsituasjoner

Straffeloven § 17 definerer nødrett som en handling som ellers ville være straffbar, men er lovlig fordi den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom eller en annen interesse fra en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, og denne skaderisikoen er langt større enn skaderisikoen ved handlingen.

I visse tilfeller vil svangerskapet kunne medføre alvorlig fare for den gravides liv og helse. Som beskrevet i kapittelet om menneskerettigheter har statene en plikt til å ivareta kvinners liv og helse, se kap. 7. Hensynet til fosteret må i slike tilfeller vike for hensynet til kvinnens liv. Dette gjelder i alle faser av svangerskapet. I slike tilfeller vil det også vurderes om svangerskapet kan avbrytes med sikte på at fosteret skal overleve.

25.5 Utvalgets forslag til bestemmelse om abort i nødsituasjoner

Utvalget foreslår i hovedsak å videreføre bestemmelsen i abortloven § 10 med noe endret ordlyd.

§ 6 Nødsituasjoner

Dersom svangerskapet medfører overhengende fare for den gravides liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i denne lov. Behandling etter denne bestemmelsen avgjøres av behandlende lege.

Kapittel 26

Regulering av fosterantallsreduksjon

26.1 Utvalgets vurdering av regler for fosterantallsreduksjon

Utvalget mener at det er noen vesentlige forskjeller mellom abort og fosterantallsreduksjon som gjør det riktig å regulere de to ulikt. Samtidig er likhetene mellom abort og fosterantallsreduksjon slik at utvalget mener at fosterantallsreduksjon fortsatt bør reguleres i abortloven. Fosterantallsreduksjon er, i likhet med abort, et inngrep som berører kvinnens rett til privatliv og reproduktiv selvbestemmelse. Mulighetene for, og retten til å få gjennomført inngrepet bør reguleres i lov, og prosessen må ivareta den gravides rettsikkerhet. Det gir ikke tilstrekkelig forutsigbarhet og åpenhet dersom adgangen til fosterantallsreduksjon kun hjemles i faglige veiledere eller retningslinjer for helsetjenestene. Tematikken hører heller ikke, etter utvalgets vurdering naturlig hjemme i annet lovverk. Hele utvalget mener at fosterantallsreduksjon skal reguleres i abortloven med et eget kapittel.

Når det gjelder den konkrete reguleringen av adgangen til fosterantallsreduksjon, mener utvalgets medlemmer at fosterantallsreduksjon skiller seg fra abort ved at fosterantallsreduksjon gjøres med mål om å fortsette et svangerskap og føde ett eller flere barn. Tilgjengelig kunnskap, som beskrevet i kap. 16.5 viser at inngrepet kan føre til skade på gjenværende foster. Risiko for skade varierer med medisinske forhold hos mor eller fosteret, og risikoen er også økende utover i svangerskapet. Risikoen vil være forskjellig i ulike svangerskap og hos ulike kvinner. Særlig hvis inngrepet gjøres etter utgangen av 14. svangerskapsuke synes det å være høyere risiko for gjenværende foster enn når inngrepet gjøres mellom utgangen av tolvte og utgangen av 14. svangerskapsuke, se kap. 16.5.

Ordinær abort er et ukomplisert inngrep med svært liten risiko for den gravides helse. Til forskjell fra dette kan fosterantallsreduksjon medføre risiko for helsemessig og medisinsk belastning og skade, både for gjenværende foster og den gra-

vide. Vurderingen av risiko krever spesialisert kompetanse som omtalt i kap. 16.5. Utvalget har fått tilbakemelding fra nemndmedlemmer og kliniske miljøer om at gravide som vurderer fosterantallsreduksjon kan ha utfordringer med å forstå og vurdere risiko i slike situasjoner. Dette gjelder både risiko knyttet til å fortsette svangerskapet for alle fostrene, og risiko og påkjenninger knyttet til å gjennomføre en fosterantallsreduksjon.

Utvalget mener at faren for skade på gjenværende foster/fremtidig barn reiser andre etiske problemstillinger enn ved ordinær abort. De særlige etiske hensynene overfor en tredjepart, det fremtidige barnet, og de kompliserte vurderingene knyttet til risiko ved inngrepet kan nødvendigvis kreve særlige prosessuelle krav ved søknad om fosterantallsreduksjon. I slike saker mener utvalget det er viktig å sikre at den gravide mottar korrekt, grundig og individuelt tilpasset informasjon og veiledning om den medisinske risikoen ved inngrepet, slik at kvinnen kan gjøre en selvstendig og infomert vurdering av de ulike handlingsalternativene. Hele utvalget mener derfor at det bør innføres et krav om obligatorisk veiledning og ultralydundersøkelse utført av lege med fostermedisinsk kompetanse ved søknad om fosterantallsreduksjon, før søknaden tas til behandling.

I tillegg til å sikre en generell respekt for liv kan staten ha en legitim interesse i å gripe inn i den gravides selvbestemmelse for å hindre skade på gjenværende foster/fremtidig barn. I det enkelte tilfelle må kvinnens ønsker og behov veies opp mot risiko for død eller skade for det gjenværende foster/fremtidig barn.

Vurderinger av om det er mulig å gjennomføre en fosterantallsreduksjon, når inngrepet bør utføres og risiko for skade på kvinnen og på gjenværende foster eller fostre krever særlig kunnskap og kompetanse. Slike beslutninger kan ikke likestilles med beslutninger om abort. Hele utvalget mener at kvinnen ikke kan ha samme rett til å kreve et slikt inngrep, som til å kreve abort. En eventuell ubetinget rett for kvinnen til fosteran-

tallsreduksjon vil også kunne sette helsepersonell overfor et svært vanskelig etisk dilemma dersom de mener inngrepet med høy sannsynlighet vil kunne medføre skade på gjenværende foster.

Utvalget er opptatt av å myndiggjøre gravide, og legger stor vekt på kvinners rett til autonomi og selvbestemmelse over egen kropp og eget liv. Utvalget mener imidlertid at lovverket også må beskytte det fremtidige barnet og ta hensyn til etiske føringer for helsepersonell om ikke å forvolde skade (se kap. 5.8) og plikten til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Utvalgets flertall, medlemmene Kahrs, Klingenberg, Søvig, Bodenstern, Tangen, Magelssen og Sagabråten mener at alle fosterantallsreduksjoner skal besluttet i abortnemnd, i likhet med i dagens abortlov. Vilåårene for fosterantallsreduksjon skal i hovedsak være de samme som for abort. I tillegg til de generelle vilåårene for abort må fosterantallsreduksjon også være tillatt ved medisinsk indikasjon knyttet til fosteret eller fostrene, ikke bare kvinnen, se kap. 16. Det vil si nr inngrepet vil redusere risiko for alvorlig skade eller for tidlig fødsel for gjenværende foster eller inngrepet vil føre til betydelig bedring i prognose med tanke på negative svangerskapsutfall. Det bør være en forutsetning at inngrepet kan gjennomføres uten stor risiko for skade på den gravide eller gjenværende foster.

Utvalgets flertall legger til grunn at det er flere andre utfordringer hvis fosterantallsreduksjon skal innføres som en selvbestemt rettighet. Fosterantallsreduksjon skiller seg fra abort ved at svangerskapet fortsetter. Selve inngrepet utgjør en risiko for gjenværende foster. Det er tilfeller der fosterantallsreduksjon ikke er teknisk mulig å gjennomføre uten at begge eller alle fostrene dr. For fosterantallsreduksjon ved tvillinger vil det for eksempel ikke være mulig å gjennomføre inngrepet nr tvillingene har felles morkake.

Dersom fosterantallsreduksjon blir en selvbestemt rettighet til utgangen av 14. svangerskapsuke eller lenger, vil det kunne oppstå tilfeller der den gravide krever fosterantallsreduksjon selv etter at hun er informert om en betydelig medisinsk risiko. Dette er et inngrep hvor behandlerende lege uansett må gjøre en vurdering av om inngrepet er mulig, når det er mest gunstig å utføre inngrepet, og eventuelt på hvilket foster inngrepet skal gjøres. Det er derfor ikke samme rom for selvbestemmelse som ved svangerskapsavbrudd.

Vurdering av risiko er krevende, og det er store individuelle forskjeller i hva man aksepterer. En grundig vurdering i en nemd kan være viktig i

avgjørelsen, både for den gravide og de ansatte som utfører denne høyspesialiserte medisinske tjenesten. Rett til selvbestemt fosterantallsreduksjon kan gi kvinnen et feil inntrykk av at inngrepet kan gjennomføres også når dette ikke er medisinsk forsvarlig. En tidsbegrenset selvbestemmelse vil også kunne ha implikasjoner for helsetjenesten som skal tilby inngrepet. I våre naboland Danmark, Sverige og Finland er det ikke selvbestemt fosterantallsreduksjon. En lovendring med tidsbegrenset selvbestemmelse for fosterantallsreduksjon i Norge kan føre til økt etterspørsel fra utlandet, selv om gravide fra utlandet ikke nødvendigvis vil ha rettskrav på fosterantallsreduksjon i Norge. Regler om abort på tvers av landegrensener er omtalt i kapittel 20.

For å sikre en god og forutsigbar prosess der kravene til rettssikkerhet og faglig kvalitet er ivaretatt anbefaler hele utvalget at søknader om fosterantallsreduksjon behandles ved én av abortnemndene, fortrinnsvis nemnd som har organisatorisk tilknytning til nasjonal behandlingstjeneste for fostermedisin. Ved behandling av søknad om fosterantallsreduksjon bør et av medlemmene i nemnden ha fostermedisinsk kompetanse.

Ved en del medisinske indikasjoner, som trillinger eller flere enn tre fostre og visse alvorlige tilstander hos ett eller flere fostre, er det vist at det er større medisinsk risiko for skade på mor og/eller foster ved å ikke gjennomføre reduksjon, enn ved å gjennomføre reduksjon. Utvalget mener at ved klar medisinsk indikasjon for fosterantallsreduksjon bør ikke kvinner utsettes for unødvendige prosessuelle krav som å måtte forklare seg for, og mte i nemnd.

26.2 Utvalgets forslag til regulering av fosterantallsreduksjon

Utvalgets flertall foreslår følgende regulering av adgangen til fosterantallsreduksjon:

Kap 4 – Særlige regler om fosterantallsreduksjon

§ 15 Adgang til fosterantallsreduksjon

Abortnemnda kan tillate fosterantallsreduksjon nr

- svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet(-a) medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse.
- det er sannsynlig at det foreligger alvorlig tilstand hos et foster, eller det er sannsynlig at fosteret vil d under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel.

- c. det er høy risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel dersom svangerskapet fortsettes for alle fostre.
 - d. medisinske forhold ved fosteret(-ne), forhold ved den gravide, den gravides livssituasjon, eller en kombinasjon av disse gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende. I vurderingen av om abort skal tillates etter dette vilkåret skal kravene til grunn for fosterantallsreduksjon veies opp mot risiko for skade, for tidlig fødsel eller død for gjenværende foster.
- Etter utgangen av 22. svangerskapsuke er fosterantallsreduksjon ikke tillatt, med mindre det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel, se likevel § 6.

§ 16 *Veiledning ved fosterantallsreduksjon*

Ved søknad om fosterantallsreduksjon skal den gravide møte ved senter for fostermedisin til veiledning og få informasjon om inngrepets art, medisinske virkninger og risiko før søknaden tas til behandling i abortnemnda.

§ 17 *Helsetjenester ved fosterantallsreduksjon*

Undersøkelse og utredning i forbindelse med fosterantallsreduksjon skal skje ved senter for fostermedisin.

Fosterantallsreduksjon skal gjennomføres ved nasjonal behandlingstjeneste for fostermedisin.

Metode og gjennomføring skal følge de til enhver tid anerkjente medisinske retningslinjer for fosterantallsreduksjon.

Kapittel 27

Nye abortnemnder

Som omtalt i kap. 24 og kap. 25 foreslår utvalget å videreføre dagens system i abortloven med en gradvis innskrenkning av mulighetene for abort. Utvalgets flertall anbefaler at dagens grense for selvbestemmelse endres fra utgangen av tolvte svangerskapsuke til utgangen av 18. svangerskapsuke. Fra utgangen av 18. svangerskapsuke til utgangen av 22. svangerskapsuke anbefaler utvalget at abort kan innvilges på bestemte vilkår.

Utvalget har vurdert hvordan loven skal sikre at reglene om tillatelse til abort på bestemte vilkår, mellom utgangen av 18. svangerskapsuke og utgangen av 22. svangerskapsuke etterlevs. Utvalget foreslår at dagens abortnemnder erstattes av fem til ti nye abortnemnder som ligger tettere opp til ordinære forvaltningsorganer og andre nemnder i forvaltningen.

27.1 Rettslige rammer for offentlige beslutningsorganer

I mandatet er utvalget bedt om å vurdere alternativer til dagens abortnemnder. Før utvalget går inn i vurderingen av hvordan abortloven bør håndheves, vil utvalget gjøre rede for rettslige rammer som må legges til grunn for beslutningsorganer som skal forvalte abortloven.

27.1.1 Rettssikkerhet og forvaltningsrettslige prinsipper

Rettssikkerhet er et grunnleggende krav ved utøvelse av all statlig myndighet. Organisering og saksbehandling i beslutningsorganer som skal håndheve abortloven må være egnet til å oppfylle de generelle kravene til rettssikkerhet.

Ordet «rettssikkerhet» blir gjerne brukt som en samlebetegnelse for beskyttelse mot overgrep og vilkårlighet fra myndighetene, til å kunne forutberegne sin rettsstilling og forsvare sine interesser og sikre likhet og rettferdighet i myndighetsutøvelsen (NOU 2019: 5).

St.meld. nr. 32 (1976–77) lister opp ni garantier som er sentrale for ivaretagelsen av borgernes rettssikkerhet i møtet med statlige myndigheter. Dette er

1. Krav på å ha visse verdier i fred

Idealet om rettssikkerhet kan tilsi at offentlige myndigheter skal utvise forsiktighet med å gripe inn i borgernes personlige frihet og psykiske og fysiske integritet. Myndighetene skal respektere personvern og privatliv både i utforming av regler og forvaltning.

2. Innholdsmessig riktig avgjørelse

Dette formuleres ofte som at borgerne «skal få det hen (han/hun) har krav på, og ikke få det hen (han/hun) ikke har krav på». Lov og forskrift skal følges fullt ut og praktiseres korrekt.

3. Forutberegnelighet

Borgerne skal kunne forutberegne sin rettsstilling. Dette tilsier både at regler som bestemmer borgernes rettigheter og plikter skal være tydelige, og at det skal være åpenhet rundt hvordan reglene praktiseres.

4. Rettferdig, hensynsfull og rask saksbehandling

Dette elementet dreier seg blant annet om å sikre likeverdige offentlige tjenester, slik at alle, uavhengig av individuelle forutsetninger, skal ha likestilte muligheter til å fremme sin sak.

5. Unngå umyndiggjøring

I dette ligger blant annet at borgerne skal bli hørt i en sak som berører dem selv, ha rettslig handleevne og motta en adekvat begrunnelse ved forvaltningens avgjørelser.

6. Upartisk og uhildet saksbehandling

Offentlige myndigheter skal ikke avgjøre en sak der de er inhabile. I tillegg stilles det krav om at antipati eller sympati for borgeren ikke skal være førende for vurderingen av enkeltsaker.

7. Like tilfeller skal behandles likt

Dette overlapper til dels med kravet om forutberegnelighet. Forvaltningen må (i tillegg)

ha tilstrekkelig oversikt over praksis til å sikre en lik behandling av like tilfeller. I vurderingen av hva som er like tilfeller skal det ikke tas utenforliggende hensyn.

8. Domstolskontroll

Eventuelle feil avgjørelser skal rettes raskt. Dette kan skje innen vedkommende organ, ved klagebehandling av overordnet organ eller ved domstolskontroll.

9. Demokratisk kontroll

Demokratisk kontroll, som tilsyn eller revisjon, er et middel for å virkeliggjøre rettssikkerheten. Kontrollorganenes oppgave vil være å påse at rettssikkerhetsgarantiene er på plass.

27.1.2 Personvern

Prossesser og systemer for forvaltning og håndheving legger viktige premisser for hvordan personvern ivaretas i forvaltningen. Systemene for forvaltning og håndheving av abortloven bør legge til rette for myndighetsutøvelse i samsvar med personopplysningsloven. Reglene for behandling av personopplysninger i offentlig forvaltning ble tydeliggjort og utdypet ved gjennomføringen av personvernforordningen av 27. april 2016 i personopplysningsloven.

Loven stiller grunnleggende krav til offentlige myndigheters innhenting av personopplysninger. Enkelte krav i personopplysningsloven er spesielt relevante for utvalgets vurdering av systemene for håndheving av abortloven.

Etter personvernforordningen art. 5 første ledd bokstav c skal personopplysningene være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for («data-minimering»). Etter bokstav f skal personopplysninger behandles på en måte som sikrer tilstrekkelig sikkerhet for personopplysningene, herunder vern mot uautorisert eller ulovlig behandling og mot utilsiktet tap, ødeleggelse eller skade, ved bruk av egnede tekniske eller organisatoriske tiltak («integritet og konfidensialitet»). Disse reglene suppleres av nasjonale regler om journalføring og arkivering i arkivloven, arkivforskriften og offentlighetsloven.

Personopplysningsforordningen gir spesielt strenge regler for behandling av særlige kategorier av personopplysninger etter personvernforordningen art 9. Dette gjelder blant annet opplysninger om etnisk opprinnelse, religion, helseopplysninger og opplysninger om en persons seksuelle forhold eller seksuelle orientering. Dette er opplysninger som ofte vil komme frem i en sak om søknad om abort.

På bakgrunn av disse reglene er det viktig at systemene for håndheving av abortloven legger til rette for en korrekt innhenting og håndtering av personopplysninger i forbindelse med søknad om abort.

27.2 Generelle hensyn ved etablering av beslutningsorgan

I tillegg til de rettslige rammene har Abortutvalget vurdert hvilke generelle hensyn som bør ligge til grunn for utformingen av beslutningsorganer som skal forvalte abortloven.

27.2.1 Bruk av nemnder

NOU 2019: 5 om ny forvaltningslov gjør en gjennomgang av forskjellige hensyn som kan begrunne etablering og bruk av kollegiale beslutningsorganer i offentlig forvaltning. Utvalget peker på at kollegiale beslutningsorganer kan benyttes i saker der det er behov for å sikre interesse eller brukerrepresentasjon i beslutningsorganet, av demokratihensyn eller gi vedtakene legitimitet. Kollegiale beslutningsorganer bør også benyttes der det er behov for spesialisert fagkunnskap, eller der avgjørelse i stor grad beror på avveininger av verdier, særlig av etisk karakter.

Forvaltningslovutvalget mener det særlig er to hensyn som taler *mot* bruk av nemnder. Bruk av nemnder vil for det første gjøre det vanskeligere å gjennomføre en overordnet, konstitusjonelt ansvarlig styring der det er behov for dette. Å legge vanskelige avgjørelser til en nemnd kan svekke det politiske ansvaret for avgjørelser som kan bero på politiske verdivalg. For det andre må det påregnes at en nemndsorganisering vil være mer kostbar enn om avgjørelsene legges til ordinære forvaltningsorganer. Det gjelder særlig utgiftene til nemnda og eventuelt sekretariat, men det kan også innebære kostnader at medlemmene av nemnda trekkes ut av sitt ordinære arbeid.

27.2.2 Muligheter for digital kommunikasjon med offentlige myndigheter

Nye muligheter for digital og elektronisk samhandling og saksbehandling kan påvirke vurderingene av hvordan forvaltningen av abortloven bør organiseres, og prosessene bør utformes. Mulighetene for sikker elektronisk samhandling kan effektivisere samhandlingen mellom det offentlige og borgerne og redusere behovet for lokal tilstedeværelse.

Økt bruk av digitale løsninger er et mål for offentlig sektor, jf. regjeringens strategi *En digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019–2025*. Strategiens mål er blant annet at flere oppgaver løses digitalt, og at alle innbyggere, næringsdrivende og frivillige organisasjoner som har evne til det, kommuniserer digitalt med offentlig sektor. Forvaltningsloven legger til rette for en digital saksbehandling i offentlig sektor. Med hjemmel i forvaltningsloven § 15 a er det gitt forskrift om elektronisk kommunikasjon med og i offentlig forvaltning.

Koronapandemien førte til økt bruk av digitale løsninger i offentlig saksbehandling, myndighetsutøvelse og domstolsbehandling. I 2021 var første gang en sak ble ført digitalt for Høyesterett. Utvalgets arbeid viser også at abortklagenemnda under pandemien avholdt digitale nemndsmøter, eller møter der abortsøker har deltatt digitalt.

27.3 Særlige hensyn i saker om abort

Abortutvalget har også sett på hvilke særlige hensyn som må vektlegges i vurderingen av beslutningsorganer som skal forvalte abortloven.

Tidsaspektet er særlig kritisk i saker om abort. Søknad om abort må behandles og vedtak fattes ganske umiddelbart etter at søknaden er fremmet. Et beslutningsorgan må derfor være i kontinuerlig virksomhet, eller kunne sammenkalles på kort tid. Utvalgets kunnskapsinnhenting viser at dagens abortnemnder bruker kort tid, mellom en og tre dager, på å behandle og avgjøre saker om abort.

Kvinner som søker om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke, er ofte i en sårbar situasjon. Enten fordi de befinner seg i en vanskelig livssituasjon, eller fordi de har fått kritisk informasjon om fostret. Det kan være vanskelig å orientere seg, ta beslutninger og fremme sin sak i en presset og stressende situasjon. En del av de som søker om abort vil ha kommunikasjons- eller språkutfordringer. Sakens tidskritiske karakter vil redusere den enkeltes muligheter for selv å oppsøke og innhente kommunikasjonsbistand.

For å sikre likestilte muligheter er det viktig at prosessen for å søke om abort og få saken behandlet er «lavterskel». Alle kvinner skal sikres like gode muligheter til å fremme sin sak.

Selv om abort er en ikke uvanlig kvinnelig erfaring, er abort fortsatt et personlig og sensitivt tema. Det må derfor stilles særlig høye krav til rettssikkerhet og personvern i forvaltningen.

Reglene om rett til privatliv og personvern åpner for at offentlig forvaltning kan innhente og be om sensitive og private personopplysninger der dette er relevant for forvaltningsorganets virksomhet eller avgjørelser. Det vil imidlertid ikke være legitimt å be om intime personopplysninger dersom dette er irrelevant for sakens vurdering. Unødvendig og hensynsløs innhenting av privat informasjon i nemndenes samtale med den abortsøkende kan oppleves som krenkende.

Utvalgets flertall foreslår at gravide selv skal ta beslutninger om abort til utgangen av 18. svangerskapsuke. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke foreslår utvalget at abort er tillatt på bestemte vilkår. Vilkårene er både knyttet til straffbare forhold, den gravidens helse, medisinske forhold ved fosteret og konsekvensene av disse og forhold ved den gravidens livssituasjon. Vurderingene av om vilkårene er oppfylt kan kreve kompetanse og kunnskap om helse og fostermedisinske forhold, sosiale forhold og velferdsytelser. Sakene forutsetter samtidig at det gjøres avveining av verdier av etisk karakter.

Utvalgets kunnskapsinnhenting viser at noen kvinner blir utsatt for tvang og press i forbindelse med abort. Systemet for behandling av søknader om abort må, så langt som mulig, sikre at abortsøkende får anledning til å fremføre sin sak konfidensielt.

27.4 utfordringer med dagens abortnemnder

Abortutvalget har sett på utfordringene med dagens abortnemnder. Utvalgets vurdering hviler på en gjennomgang av grunnleggende forutsetninger for nemndene, utvalgets gjennomgang av praksis i nemndene som omtalt i kap. 11.4.2 og 11.4.3 og annen kunnskap gjennomgått av utvalget. Utvalget mener det er store utfordringer med dagens nemnder, særlig knyttet til grunnleggende rettssikkerhet og abortsøkendes opplevelse av nemndsprosessen.

27.4.1 Manglende begrunnelse for myndighet

Abortloven gir abortnemndene stort rom for faglig og konkret skjønn, se kap. 10.5. Regler som åpner for stort innslag av skjønn i forvaltningen av loven flytter makt og myndighet fra lovgivende myndigheter til de organer som skal utøve skjønn og fatte vedtak. Et svært vidt eller åpent skjønn vil i realiteten være en ren fullmakt til å utøve myndighet på et område.

Forarbeidene til abortloven begrunner hovedsakelig overføringen av myndighet til abortnemndenes i to forhold. Hensikten er for det første at fosteret skal tilkjennes et økende vern (Ot.prp. nr. 53 (1977–78) s. 10). For å oppnå dette bringes nemndene inn som en uavhengig tredjepart. Nemndenes funksjon hviler dermed til dels på at det foreligger en interessekonflikt mellom mor og foster.

For det andre legger forarbeidene til grunn at vurderinger knyttet til abort først og fremst er av medisinsk karakter. Forarbeidene til loven fra 1975 (Ot.prp. nr. 88 (1974–75)) viser til at flertallet av aborter innvilges etter vilkåret om kvinnens liv og helse, og at legene har god kompetanse til å vurdere om svangerskap, fødsel og omsorg kan føre til urimelige belastninger for kvinnens liv og fysiske, psykiske og sosialmedisinske helse, se også kap. 23.2. Forarbeidene til lovendringene i 1978 peker på at risikoen for komplikasjoner øker med svangerskapets lengde, og at nemndene er godt rustet til å gjøre medisinske vurderinger av om abort bør innvilges etter utgangen av tolvte svangerskapsuke (Ot.prp. nr. 53 (1977–78)).

I utvalgets undersøkelse av praksis i abortnemndene, se kap. 11.4.2 og 11.4.3, gir nemndsmedlemmene uttrykk for at behandlingen i nemnda gir den gravide en mulighet for refleksjon og vurdering av sin egen situasjon. En del nemndsmedlemmer sier at samtalen med nemnda kan være nyttig for at den gravide skal sortere tankene, og bli sikker i sin beslutning. Nemndsmedlemmene gir ikke uttrykk for at nemndene er bedre egnet til å avgjøre spørsmålet om abort enn kvinnen selv. Det vektlegges sterkt at nemnda har en funksjon i å avklare at kvinnen selv ønsker abort, og at kvinnen ikke er presset.

Nemndenes myndighet kan ikke fullt ut hvile på samme begrunnelse i dag som da abortloven ble vedtatt. Abort er i hovedsak et ukomplisert medisinsk inngrep. Flertallet av saker for nemndene er ikke lenger knyttet til den gravides liv og helse.

27.4.2 Nemndenes dobbeltrolle

Både forskrift til abortloven og veileder for nemndene legger opp til at nemndene skal ivareta to ulike roller, se kap. 10.5. For det første skal nemndene behandle søknader om tillatelse til abort. For det andre skal nemndene gi abortsøkende informasjon om fosterets tilstand, inngrepets art og medisinske virkninger, og sørge for informasjon og veiledning om velferdsordninger.

Som vist i kap. 11.5 viser forskning at uklarhetene knyttet til nemndenes dobbeltrolle kan

svække kvinnens rettigheter og muligheter til å ta informerte beslutninger om egen situasjon. Frykten for å si «noe galt» som kan føre til avslag på søknaden om abort, hindrer kvinnene i å etterspørre relevant informasjon, søke støtte og delta i en opplysende dialog.

27.4.3 Svak lovforståelse

Utvalgets gjennomgang viser at nemndsmedlemmene får lite systematisk opplæring i juridisk metode og hvordan regelverket skal tolkes og anvendes. Helsedirektoratets veileder til abortloven gir viktige retningslinjer for nemndenes arbeid. Nemndene uttrykker liten forståelse for veilederens status. Opplæringen i abortnemndene er i stor grad basert på uformell kompetanseoverføring ved bytte av medlemmer i nemnda. De fleste nemndsmedlemmene har i tillegg deltatt på abortnemndkonferanser.

Utvalget har ikke grunnlag for å vurdere om nemndas avgjørelser er innholdsmessig riktige. Nemndenes vedtak er i liten grad skriftliggjort, og kvinnene mottar heller ikke skriftlig underretning. Dette svakker i betydelig grad mulighetene for kontroll av nemndenes avgjørelser. Nemndene er tillagt stort rom for faglig skjønn i avgjørelsen av sakene, innenfor de juridiske rammene som følger av lovverket.

27.4.4 Tilfeldige avgjørelser

Det er et klart krav etter menneskerettighetene og grunnleggende prinsipper i norsk rett at like tilfeller skal behandles likt, og at forvaltningens avgjørelser ikke skal være tilfeldige.

Utvalgets gjennomgang av praksis i nemndene, se kap. 11.4.2 og 11.4.3, viser at nemndene har liten eller ingen oversikt over tidligere praksis til støtte for medlemmenes forståelse og vurderinger. Det er ikke systemer for å sikre at like tilfeller behandles likt, ut over at nemndsmedlemmene husker saker de tidligere har deltatt i behandlingen av. Klagenemnda har i sine årsrapporter og i kommunikasjonen med utvalget påpekt at det er forskjeller i nemndenes praksis.

Det er heller ingen åpenhet om praksis fra abortnemndene, hverken offentlig eller innad i og mellom abortnemndene, og klagenemnda sender ikke begrunnelse for sine vedtak tilbake til primærnemnden.

Det er stor variasjon i hvordan abortnemndene sikrer at sakene er tilstrekkelig opplyst. Noen nemnder forteller at de bruker sosionomer som kan bistå med å opplyse saken gjennom en

sosialrapport. Andre nemnder undersøker sosiale forhold selv, gjennom samtale med kvinnen, eller ber sykepleierne ved avdelingen om å undersøke og bistå i sakene. Når det gjelder saker der det er sosiale forhold som ligger til grunn for abortsøknaden, har nemndene ofte lite eller ingen informasjon i forkant av nemndsmøtet, og saken blir opplyst i møtet utelukkende gjennom samtale med kvinnen. Nemndene kan bare innhente opplysninger om kvinnens helse-, sosial- og trygdeforhold dersom den gravide har samtykket i det, jf. abortloven § 11. Praksis i nemndene er at de svært sjelden innhenter opplysninger ut over opplysninger om medisinske forhold ved fosteret.

Disse forholdene gir samlet sett risiko for en stor variasjon nasjonalt i prosess og i behandlingen av sakene. Det er risiko for at ulik kvalitet i prosessene også påvirker utfallet av sakene. Forskning kan tyde på at prosessene tilgodeser ressurssterke søkere, som kan argumentere for sin sak, se kap. 11.5.1.

27.4.5 Umyndiggjøring

For å unngå umyndiggjøring i møte med forvaltningen skal borgerne blant annet motta en adekvat begrunnelse ved forvaltningens avgjørelser. Abortloven og forskriften gir regler om skriftlig begrunnelse fra abortnemndene i saker om abort, og plikt til å underrette søker skriftlig om vedtaket og den konkrete begrunnelsen, se kap. 10.5.5. Utvalgets kartlegging viser at abortsøkende har dialog med nemndene under nemndsmøtet, og mottar en muntlig orientering om vedtaket. Kartleggingen viser imidlertid at nemndene i svært liten grad følger kravene i lov og forskrift om skriftlige vedtak og begrunnelse og skriftlig underretning av abortsøker, selv ikke ved avslag, se kap. 11.4.2 og 11.4.3. Dette kan redusere den gravides muligheter til å vurdere og imøtegå vedtaket.

27.4.6 Dårlig forutberegnelighet for borgerne

Som omtalt over og i kap. 11.4.2 og 11.4.3, blir abortnemndenes vedtak og konkrete begrunnelse i liten grad skriftliggjort. Hverken abortnemndene eller klagenemnden publiserer praksis, eller oppsummeringer av praksis. Det er heller ingen systemer for tilsyn eller kontroll som kartlegger og omtaler nemndenes praksis.

Kombinert med at loven har en komplisert struktur, et lite tilgjengelig språk og gir stort rom for faglig skjønn, gir dette gravide dårlige muligheter for å forutberegne sin rettsstilling, ut over en generell kjennskap til at nesten alle søkere får

tillatelse. Transparens i offentlig forvaltning og muligheter for å forutberegne sin rettsstilling er hovedpilarer i et moderne rettssamfunn. Åpenhet og forutberegnelighet er også et sentralt element EMDs praksis. Hvis en stat har gitt legale muligheter for abort, skal det også være en effektiv og transparent saksbehandling, se kap. 7.6.2.

27.5 Positive sider ved dagens abortnemnder

Som grunnlag for å vurdere forslag til hvordan abortloven bør forvaltes i ny lov er det også relevant å vurdere praksis i dagens nemnder opp mot de generelle og særlig hensyn utvalget mener bør ligge til grunn for utformingen av et beslutningsorgan.

En styrke ved dagens abortnemnder er at søknader om abort behandles og avgjøres uten opphold. Nemndene opplyser at det sjelden tar mer enn tre dager å avholde nemndsmøte, og at den gravide som regel mottar vedtaket umiddelbart eller etter en kortere diskusjon, se kap. 11.4.3. Den korte saksbehandlingen kan være av stor betydning for å minimere abortinngrepets omfang, og kan avgjøre om abort i det hele tatt kan gjennomføres.

Det er i dag 23 abortnemnder. De er geografisk spredt utover hele landet. Dette gir en relativt god lokal tilstedeværelse, og legger til rette for at nemnda kan møte den abortsøkende og sikre at saken er opplyst gjennom direkte kontakt og samtale med den gravide og uten at kvinnen trenger å reise så langt når hun deltar i nemndsmøtet.

Ettersom nemndene er sammensatt av to leger, en ved sykehusavdeling som gjennomfører abort og en lege oppnevnt av Statsforvalteren (oftest fastlege), har de god kunnskap om medisinske forhold og selve abortinngrepet. Dette gir forutsetninger for å vurdere søknader begrunnet i medisinske tilstander hos fostret, eller kvinnens helse. Leger har også kompetanse i å snakke med pasienter om sosiale forhold.

I tillegg til rollen som forvalter av abortloven er nemnda tillagt en informasjons- og veiledningsrolle etter abortforskriften § 2. Nemnda skal sørge for at den gravide får opplysninger om inngrepets art og medisinske virkninger. Kompetansen i dagens nemnder legger til rette for at nemnda selv kan gi kvinnen god informasjon om inngrepet.

Noen gravide opplever at abortnemndenes behandling av begjæring om abort gir aborten større moralsk legitimitet, og at de gjennom samtalen med abortnemnda blir sikrere i sitt valg.

27.6 Utvalgets vurdering av formålet med abortnemndene

Som sagt i kap. 23.4 mener utvalget at grunnlaget for å innskrenke kvinners selvbestemmelse om abort er statens interesse i å sikre respekten for det ufødte liv og beskytte fostre som har en viss moralsk status. Den gravide kvinnen vil, i de aller fleste tilfeller, ha en følelsesmessig tilknytning til fosteret. Den gravide vil derfor vanligvis være fostrets beste beskytter. Det samme gjelder for foreldre flest etter at et barn er født. Samtidig har samfunnet et felles ansvar for å beskytte individer og liv som samfunnet mener er beskyttelsesverdige, også mot handlinger fra egen familie. Dette gjøres på ulike måter, blant annet gjennom barnevernet, krisesentre, familievernet og politi- og rettsvesen.

Abortutvalgets flertall mener at fosteret må tillegges en økende moralsk verdi under svangerskapet. Fra utgangen av 18. svangerskapsuke mener utvalgets flertall at fosteret bør gis en viss beskyttelse, også mot den gravide kvinnens og parets eventuelle handlinger. Beskyttelsen inntreffer i de tilfellene der det kan være en konflikt mellom den gravidens interesse og fosterets liv. Det kan ikke være opp til den gravide selv å sikre etterlevelse av vilkårene for abort, siden den gravide selv har interesser i saken. Utvalget mener at lovens vilkår for abort etter utgangen av den 18. svangerskapsuken må forvaltes av et uavhengig organ, som kan sikre at vilkårene for tillatelse er oppfylt i det konkrete tilfellet.

27.7 Utvalgets vurdering av fremtidige abortnemnder

Utvalgets flertall har i kap. 23.6 foreslått at grensen for selvbestemt abort flyttes til utgangen av 18. svangerskapsuke. Utvalget har i kap. 25.6 foreslått vilkår for abort fra utgangen av 18. svangerskapsuke til utgangen av 22. svangerskapsuke. Vurderingen av alternativer til dagens nemnder må ses i sammenheng med eventuelle vilkår for abort etter selvbestemmelse.

Selv om dagens nemnder har positive aspekter, finner utvalget at det foreligger vesentlige og tungtveiende utfordringer med dagens nemnder. Utvalget har særlig lagt vekt på nemndenes dobbeltrolle, som går ut over gravidens muligheter til å ta informerte beslutninger, og manglende rettssikkerhet ved behandling av søknader om abort. På denne bakgrunn anbefaler utvalget at dagens abortnemnder avvikles.

Utvalget har vurdert flere ulike alternativer til dagens nemnder. Utvalgets gjennomgang av praksis i nemndene har vist at abortnemndenes virksomhet i vesentlig grad skiller seg fra virksomheten i andre offentlige nemnder, som ligger tettere opp til ordinære forvaltningsorganer eller domstolene i behandlingen av saker. Virksomheten i abortnemndene har sterkere likhetstrekk med saksgangen i helsetjenestene, som ikke er underlagt forvaltningsloven, se kap. 10.5.1. Utvalget har drøftet om forvaltningen av abortloven bør legges til et ordinært forvaltningsorgan, som statsforvalterne eller Helsedirektoratet, eller om oppgaven fortsatt bør ligge hos egne beslutningsorganer. Utvalget har videre vurdert om det bør gjøres strukturelle endringer som sentralisering, endret kompetanse og en mer formalisert prosess for å sikre at saksbehandlingen ligger tettere opp til forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, eller om sakene bør håndteres på samme måte som andre saker i helsetjenestene.

Mange av kvinnene som søker om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke er i en utfordrende situasjon. Ønsket om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke har i rundt 80 prosent av tilfellene, sammenheng med at det er påvist alvorlig medisinsk tilstand hos fosteret. I andre situasjoner handler det om gravide som står i en spesielt vanskelig livssituasjon. Utvalget er opptatt av at prosessen knyttet til søknad om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke skal være rettferdig, hensynsfull og ivareta kvinnen, både underveis og i etterkant av aborten. Saksbehandlingen skal være skånsom mot kvinnen, og ivareta hennes helse.

At myndigheten til å fatte beslutning om å fortsette eller avbryte svangerskapet flyttes fra kvinnen til et statlig forvaltningsorgan innebærer et betydelig inngrep i kvinnens rett til privatliv, frihet og selvbestemmelse, se kap. 23.1. Inngrepet må skje i tråd med de krav til begrunnelse og prosess som følger av menneskerettighetene ved statlige inngrep i borgernes menneskerettigheter. Inngrep i privatlivet kan bare skje når det er «i samsvar med loven», jf. EMK art 8 andre ledd. Dette stiller både krav til selve lovhjemmelen for inngrepet og rettssikkerhet i prosessen, se kap. 7.6.2. Saksprosessen må oppfylle krav til forutberegnelighet, likebehandling, riktige avgjørelser, personvern og åpenhet.

Statene skal ikke utsette borgerne for unødvendige eller uforholdsmessige inngrep i privatlivet. Inngrepet skal være «nødvendig i et demokratisk samfunn», jf. EMK art. 8 andre ledd. Dette betyr blant annet at prosessen for å få tilgang til abort ikke må utsette abortsøkende for unødven-

dige psykiske belastninger. Det er viktig at prosessen er rask og tilgjengelig. Samtidig er det viktig å sikre at den abortsøkende myndiggjøres, kan delta og gjøre informerte valg. Forvaltningen skal sørge for at den abortsøkende har tilstrekkelig informasjon om egen situasjon og rettigheter, og unngå krenkende, unødvendig eller inngående informasjonsinnhentning. For kvinnene kan det i være viktig å bli hørt og ivaretatt, få støtte gjennom valgprosessen, og forstå på hvilket grunnlag den endelige beslutningen blir truffet.

Inngrepet i den gravides rett til selv å ta beslutninger om privatliv, familie, reproduksjon og barn, er begrunnet i statens interesse i å sikre respekt for det ufødte liv og fosterets moralske verdi og beskyttelse. Å beskytte fostre kan nødvendiggjøre prosesser som innebærer en ulempe for den gravide. Et reelt vern av fostre kan innebære krav til undersøkelser for å skape større visshet om fosterets tilstand, systemer for å sikre at saken er tilstrekkelig opplyst, eller noe ventetid for å sikre en forsvarlig behandling av saken og en forsvarlig avveining av de hensyn som står mot hverandre i saker om abort.

Utvalget er opptatt av å imøtekomme de krav som stilles til prosess når staten griper inn i de mest intime deler av borgernes privatliv, valget om å fortsette eller avbryte et svangerskap, barn og familie og fremtidig livsløp. Dette er ikke en enkel oppgave. Hensynet til en tilgjengelig, fleksibel og rask saksbehandling kan komme i konflikt med de krav som stilles til en rettssikker behandling. Et regelverk som legger vekt på å sikre respekt for det ufødte liv og beskytte fostre, kan resultere i prosesser som er mer inngripende for den gravide. I sine vurderinger av nytt beslutningsorgan for abort har utvalget gjort en avveining av ulike krav og hensyn. Utvalget har lagt avgjørende vekt på at abortsøkende skal oppleve et forløp og en prosess der hun blir møtt på en omsorgsfull og respektfull måte.

27.8 Utvalgets forslag til fremtidige abortnemnder

Utvalgets forslag tar sikte på å imøtekomme noen av de rettssikkerhetsutfordringene utvalget har avdekket gjennom innhentingen av kunnskap om dagens nemnder. Alternativet foreslår samtidig å videreføre positive sider ved å behandle søknader om abort på sykehusene.

Mål for utvalgets forslag er å sikre en saksbehandling som er skånsom mot kvinnen, og ivaretar hennes helse og rettssikkerhet. Innbakt i retts-

sikkerhetsbegrepet ligger et krav til likebehandling, krav til hurtighet og mulighet for kvinnen til å møte de som fatter avgjørelsen. Kvinner som ønsker abort, skal kunne forutberegne sin rettsstilling og myndiggjøres ved at det stilles krav til begrunnelse. Dette er særlig aktuelt ved avslag, hvor kvinnen skal ha rett til å klage. Samtidig er utvalget opptatt av at samfunnet skal ha tillit til saksbehandlingen

Utvalget foreslår på denne bakgrunn at det opprettes fem til ti nye abortnemnder. For å sikre god forankring i helsetjenesten anbefaler utvalget at de regionale helseforetakene får i oppgave å drifte abortnemndene. Nemndene kan organiseres med flere avdelinger for å imøtekomme saksmengden, hvis det er behov for dette.

Siden de fleste søknader om abort sent i svangerskapet er knyttet til medisinske tilstander hos fosteret anbefaler utvalget at abortnemndene organiseres ved de fem universitetssykehusene med avdelinger for fostermedisin. Utvalget foreslår at abortnemndenes medlemmer oppnevnes av de regionale helseforetakene.

Utvalget anbefaler at abortnemndene settes sammen av tre medlemmer: en sykehuslege som nemndas leder, en jurist, og ett medlem med medisinsk eller helsefaglig kompetanse. Legen bør være spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Abortnemndens leder får i oppgave å motta søknader, innhente dokumentasjon ved behov og koordinere og lede møtene. Leder vil også ha mulighet for å avgjøre enkelte saker alene, der det er sannsynlig at det foreligger en alvorlig tilstand hos fostret, eller det er sannsynlig at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel.

Utvalget foreslår at loven stiller konkrete krav til at sakene avgjøres snarest mulig, som hovedregel neste virkedag etter at søknad er mottatt av abortnemnda.

Abortutvalget foreslår at loven bestemmer at abortnemndene er faglig uavhengige. Utvalget ser imidlertid behov for økt kontroll med abortnemndenes praksis og virksomhet, og foreslår flere tiltak for å sikre dette. For det første foreslår utvalget en lovbestemmelse om at abortnemndene skal informere offentligheten om sin praksis, innenfor de rammer som følger av nemndenes taushetsplikt. I tillegg foreslår utvalget en kvalitetssikring av abortnemndenes praksis gjennom å gi klageorganet kvalitetssikrings- og veiledningsoppgaver, se under.

Utvalget foreslår i kap. 30 og 31 tiltak for bedre oppfølging og støtte av kvinner som ønsker abort. Ved søknad om abort vil kvinner ved behov få

hjelp fra helsepersonell ved lokalsykehuset, lege, sykepleier eller sosionom, til å fylle ut søknad om abort og fremføre sin sak. Søknaden sendes abortnemndas leder digitalt. Abortutvalget anbefaler at abortnemnda som hovedregel behandler sakene ved digitalt møte. Den abortsøkende gis rett til å møte digitalt for abortnemnda. Ved behov for hjelp til digital deltagelse i abortnemnda bør kvinnen få bistand til dette fra det lokale sykehuset. Hovedregelen er imidlertid skriftlig saksbehandling. Utvalget vurderer at skriftlig saksbehandling som regel vil innebære mindre påkjenninger for abortsøkende enn å måtte møte.

Abortnemndas vedtak skal være skriftlige og begrunnet. Loven bør stille konkrete krav til begrunnelsens innhold. Ved innvilgelse underretter abortnemnda lokalsykehuset om avgjørelsen og avtaler tidspunkt for inngrepet med behandelende sykehus. Kvinnen underrettes umiddelbart muntlig per telefon om avgjørelse og behandling. Skriftlig underretning sendes som hovedregel i etterkant. Utvalget foreslår at avslag fortsatt skal sendes automatisk til abortklagenemnd for ankebehandling der.

Utvalget foreslår videre at det videreføres en nasjonal klagenemnd for abort, abortklagenemnden, som innlemmes i nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage). Klageorganet settes sammen av fem medlemmer, hvorav minst to medlemmer skal være leger og ett medlem skal være jurist. Utvalget foreslår at klagenemndens medlemmer oppnevnes av Helse- og omsorgsdepartementet. Klageorganet er faglig uavhengig.

Avslagssaker fra de primære beslutningsorganene sendes umiddelbart til Helseklage ved sekretariatet for abortklagenemnden. Sekretariatet forbereder sakene og gir en oversikt over relevant praksis. Klagenemnden behandler sakene i digitalt møte uten unødvendig opphold. Klagenemnden treffer vedtak i møte, og ikke ved sirkulasjon. Utvalget foreslår at vedtak treffes ved alminnelig flertall. Kvinnen har rett til å møte fysisk eller digitalt ved behandling av saker i abortklagenemnden.

Klagenemndens vedtak skal være skriftlige og begrunnet, og søker skal underrettes per telefon uten opphold. Skriftlig underretning ettersendes.

I tillegg til å behandle klagesaker får klagenemnden kvalitetssikrings- og veiledningsoppgaver som skal sikre større grad av personvern, forutberegnelighet, likebehandling og gjennomsiktighet i saker om abort. Utvalget anbefaler at klagenemnden får i oppgave å utforme maler for fysisk og digital søknad om abort og vedtak. Klagenemnden bør også gis i oppgave å utarbeide

veiledning til abortloven, arrangere årlige konferanser for nemndene og publisere statistikk og informasjon på nett, herunder informasjon om praksis. I tillegg anbefaler utvalget at abortklagenemnden gis i oppgave å innhente vedtak fra primærnemndene og gi tilbakemelding på praksis.

27.8.1 Behandling av søknad om fosterantallsreduksjon

Som omtalt i kap. 26.2 foreslår Abortutvalget særlig regulering av adgangen til fosterantallsreduksjon. Utvalget foreslår at søknader om fosterantallsreduksjon behandles ved abortnemnd. På grunn av sakenes særlige karakter og behovet for medisinsk kunnskap i behandlingen av disse sakene anbefaler Abortutvalget at alle saker om fosterantallsreduksjon behandles ved en av abortnemndene. På bakgrunn av hvordan tjenestene er organisert i dag anbefaler utvalget at alle saker om fosterantallsreduksjon behandles av en abortnemnd som er lokalisert ved St. Olavs hospital HF, fordi nasjonal behandlingstjeneste for fostermedisin er lokalisert der.

Utvalget mener at behandling av søknader om fosterantallsreduksjon krever særlig kompetanse. Utvalget foreslår derfor en bestemmelse i ny abortlov om at abortnemnda i saker om fosterantallsreduksjon skal bestå av en lege med kompetanse innen fostermedisin, en jurist og en person med medisinsk eller helsefaglig kompetanse.

27.8.2 Utvalgets forslag til regulering

Utvalget foreslår følgende lovbestemmelser om abortnemndene og Nasjonal klagenemnd for abort:

§ 18 Vedtaksmyndighet i saker om fosterantallsreduksjon

Søknad om fosterantallsreduksjon skal behandles i abortnemnd, jf. kap 5.

I saker om fosterantallsreduksjon skal abortnemnda bestå av en lege med kompetanse innen fostermedisin, en jurist og en person med helsefaglig kompetanse.

Kap 5 – Vedtaksmyndighet i abortsaker

§ 20 Vedtaksmyndighet ved søknad om abort

Abortnemndene behandler søknader om abort og fosterantallsreduksjon etter §§ 5 og 15.

§ 21 Organisering og oppnevning

Abortnemndene er uavhengige organer. Verken departementet eller helseforetakene kan

instruere abortnemndene i deres faglige virksomhet.

Abortnemndene skal bestå av en lege som er nemndas leder, en jurist, og en person med helsefaglig kompetanse.

To av nemndsmedlemmene skal være kvinner.

Medlemmer og varamedlemmer oppnevnes av helseforetakene for fire år, med mulighet for én gangs gjenoppnevning.

§ 22 *Behandling av søknad om abort*

Abortnemndenes vedtak skal som hovedregel treffes av en samlet abortnemnd.

Vedtaket om tillatelse til abort etter § 5 første ledd bokstav d kan fattes av nemndleder alene.

Vedtaket skal fattes med enkelt flertall.

§ 23 *Saksbehandling i abortnemndene*

Saksbehandlingen i abortnemndene er fortrinnsvis skriftlig. Den gravide har ikke plikt til å møte for nemnda.

Saksbehandlingen skal skje raskt og uten unødvendig opphold fra mottatt søknad. Som hovedregel skal søknad behandles neste virkedag etter mottatt søknad.

Den abortsøkende kan kreve å møte for abortnemnda.

§ 24 *Abortnemndenes vedtak*

Abortnemndenes vedtak om å tillate eller nekte abort skal være skriftlig og begrunnet. Begrunnelsen skal vise til de regler vedtaket bygger på, og de faktiske forhold og hensyn som nemnda har vektlagt.

§ 25 *Underretning*

Den gravide skal underrettes så snart som mulig om vedtaket og begrunnelsen. Den gravide skal få vedtaket og begrunnelsen skriftlig.

§ 26 *Åpenhet*

Abortnemndene skal informere offentligheten om sin praksis, innenfor de rammer som følger av nemndenes taushetsplikt, jf. § 32.

§ 27 *Møteprotokoll*

Abortnemndene skal føre protokoll med opplysninger om når vedtak er truffet, hva vedtaket gjelder, og hva nemndas medlemmer har stemt for og imot.

Kap 6 – Nasjonal klagenemnd for abort (Abortklagenemnda)

§ 28 *Automatisk klage*

Ved avslag på søknad om abort fra abortnemnd, skal nemnda straks sende vedtaket og sakens dokumenter til Abortklagenemnda. Den gravide kan trekke søknaden.

Abortklagenemnda skal prøve alle sider av saken.

§ 29 *Organisering og oppnevning*

Abortklagenemnda er et uavhengig organ. Medlemmene i abortklagenemnda oppnevnes av departementet for fire år, med mulighet for én gangs gjenoppnevning.

Abortklagenemnda skal bestå av fem medlemmer, hvorav minst to medlemmer skal være leger og ett medlem skal være jurist. Den ene legen skal ha relevant spesialistutdanning. Leder skal være lege. For hvert medlem kan det oppnevnes inntil to varamedlemmer.

§ 30 *Avgjørelse i Abortklagenemnda*

Abortklagenemnda skal behandle klager og treffe vedtak i møte.

Abortklagenemndas avgjørelser treffes med enkelt flertall.

§ 31 *Saksbehandling i Abortklagenemnda*

Saksbehandlingen i Abortklagenemnda skjer ved muntlige diskusjoner. Den gravides kan kreve å møte for abortklagenemnda, men har ikke plikt til å møte.

Saksbehandlingen skal skje raskt og uten unødvendig opphold fra mottatt søknad.

Sakene i Abortklagenemnda forberedes av et sekretariat.

§ 32 *Kvalitetssikrings- og veiledningsoppgaver*

Abortklagenemnda skal utøve kvalitetssikring med abortnemndenes avgjørelser. I forbindelse med kvalitetssikringen skal Abortklagenemnda, uten hinder av taushetsplikt, ha rett til innsyn i abortnemndenes vedtak.

Abortklagenemnda skal veilede abortnemndene i lovforståelse.

Abortklagenemnda kan uten hinder av taushetsplikt informere abortnemnda som fattet det aktuelle vedtaket om klagenemndas vedtak og begrunnelse. Abortklagenemnda kan ikke instruere abortnemndene eller omgjøre sak uten klage.

Kapittel 28

Reservasjonsrett i abortloven

Abortutvalget har vurdert om abortforskriften § 15 om fritak av samvittighetsgrunner bør innarbeides i ny abortlov, eller videreføres i forskrift.

28.1 Utvalgets vurdering av helsepersonells reservasjonsrett

Som forklart i kap. 7.6.6 er retten til tros- og samvittighetsfrihet beskyttet av menneskerettighetene. Denne retten gir i utgangspunktet en rett til å ha en religion eller tro, og til å handle i samsvar med sin tro, men innebærer ikke en rett til å krenke andres rettigheter og friheter. EMK art 9 åpner videre for at statene kan gjøre inngrep retten til å utøve sin tro dersom inngrepet er «foreskrevet ved lov og er nødvendige i et demokratisk samfunn av hensyn til den offentlige trygghet, for å beskytte den offentlige orden, helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheter».

Abortlovens bestemmelser om trosfrihet må ses i sammenheng med bestemmelsene om trosfrihet i menneskerettsloven.

Utvalget anbefaler at hjemmelen for helsepersonells reservasjonsrett ved abort flyttes fra forskrift til den nye abortloven. Utvalget anbefaler

følgende bestemmelse om helsepersonells reservasjonsrett:

§ 13 *Helsepersonells reservasjonsrett*

Helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det, skal fritas fra å utføre eller assistere ved abort. Retten til fritak gjelder ikke for helsepersonell som gir pasienten stell og pleie før, under og etter aborten.

Fritaket må gjøres generelt og gjelde for alle former for abort.

Ved medikamentell abort gjelder retten til fritak for helsepersonell som assisterer ved eller utfører avbruddet, herunder rekvirerer eller ordinerer medikamenter i forbindelse med aborten. Dette gjelder selv om den gravide selv inntar medikamentene.

Utvalget anbefaler at bestemmelsene om meldeplicht og stillingsutlysning i abortforskriften §§ 16 og 17 videreføres i forskrift.

Utvalget anbefaler at bestemmelsene i abortloven § 14 om helseforetakenes plikt til å sikre et tilbud om abort, og ta hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep videreføres i ny abortlov.

Kapittel 29

Oppheve abortlovens straffebestemmelse

Abortutvalget har vurdert om dagens straffebestemmelse i abortloven § 13 bør videreføres i forslaget til ny abortlov.

29.1 Utvalgets vurdering av dagens straffebestemmelse

Som omtalt i kap. 10.9 inneholder abortloven i dag en bestemmelse om straff dersom abort gjennomføres i strid med loven, eller hvis noen gir uriktige opplysninger i begjæring om svangerskapsavbrudd. Den gravide kan ikke straffes for å gjennomføre en abort i strid med loven.

Bestemmelsen om straff for å gjennomføre en ulovlig abort er først og fremst aktuell i tilfeller der andre enn kvalifisert helsepersonell gjennomfører aborten, eller helsepersonell gjennomfører en senabort uten at det er gitt tillatelse fra nemnd, eller utenfor sykehus eller godkjent institusjon, jf. abortloven § 3.

Etter at abortloven ble vedtatt har det skjedd en vesentlig utvikling i regelverk som grenser til og overlapper med abortloven. Alternativ behandlingsloven § 5 bestemmer at medisinske inngrep eller behandling som kan medføre alvorlig helse risiko for pasienter kun skal utøves av helsepersonell. Abort må i denne sammenheng anses som et inngrep med alvorlig risiko. Behandling i strid med denne loven er straffbart, jf. alternativ behandlingsloven § 9. Straffeloven inneholder en rekke straffebud om voldslovbrudd i kap. 25.

Utvalget er kjent med én sak i nyere tid som gjelder straffebudet mot abort, se kap. 10.9. Domstolen vurderte at forholdet både ble rammet av straffeloven § 231 om forbud mot skade på liv eller helbred, og straffeloven § 245 som påla straff ved ulovlig svangerskapsavbrudd uten kvinnens samtykke (senere flyttet til abortloven).

Når det gjelder helsepersonell stiller helsepersonelloven § 4 krav til forsvarlig yrkesutøvelse. Lovstridig abort vil være i strid med helsepersonellovens bestemmelser. Loven åpner for ulike

reaksjoner ved brudd på lovens bestemmelser og straff dersom helsepersonell forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer bestemmelser i loven.

Abortutvalget mener på denne bakgrunn at abortlovens regler om straff for å gjennomføre abort ulovlig er overflødig. Samtidig kan opphevelse av straffebudet i abortloven § 13 første ledd aktualisere diskusjoner om straffeloven i tilstrekkelig grad gir et vern mot diskriminering, vold og hat mot kvinner. Graviditet og fødsel er en kjønns-spesifikk tilstand og erfaring som gjør kvinner sårbare for særlige former for vold som kan ha spesielt alvorlige fysiske og psykiske følger. Denne problemstillingen har blitt omtalt en rekke ganger, særlig i forbindelse med at Norge ratifiserte Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (Istanbulkonvensjonen) i 2017 (Larsen, 2016; Ørum, 2023).

Når det gjelder abortloven § 13 andre ledd om forbud mot å gi uriktige opplysninger ved begjæring om abort kan dette for eksempel være at den gravide fremstiller sin økonomiske eller sosiale situasjon på en uriktig måte for å få tillatelse til abort. Straffeloven § 221 gir bestemmelser om straff for uriktige opplysninger til offentlig myndigheter i de tilfeller der det foreligger en forklaringsplikt. Abortloven pålegger ikke plikt til forklaring.

Etter det abortutvalget kjenner til har det ikke blitt reist sak etter denne bestemmelsen. Abortutvalget mener gravide ikke bør kunne straffes for å gi uriktig informasjon ved søknad om abort. Offentlige registre gir tilstrekkelig informasjon til å innhente opplysninger om den gravides situasjon ved behov. Abortnemndene har i dag ikke praksis med å innhente informasjon om den gravides situasjon og begrunnelse fra andre offentlige myndigheter, se kap. 11.4.

Utvalget foreslår på denne bakgrunn å ikke videreføre abortlovens straffebestemmelse i ny abortlov.

Kapittel 30

Bedre informasjon, råd og veiledning

30.1 Utfordringer med dagens situasjon

Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3 bestemmer at pasienter har rett til informasjon og til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Abortloven pålegger helsetjenestene plikt til å gi informasjon og veiledning om abort. Alle kvinner som vurderer abort eller skal gjennom en abort har rett til informasjon. De som ønsker det, har rett til veiledning, se kap. 10.6.2. For abortsituasjonen mener utvalget at veiledning er en riktigere betegnelse på det samspillet som bør finne sted mellom den gravide og helsepersonell enn medvirkning.

Kvinner som vurderer og tar abort har behov for informasjon flere ganger underveis i forløpet. Noen ønsker også utvidet veiledning og dialog med helsetjenesten eller andre, som Amatheia. Informasjon til befolkningen om abort er varierende i omfang og detaljering, se kap. 12.2. Det foreligger informasjon på nett til befolkningen på helsenorge.no og andre nettsteder. Informasjonen på helsenorge.no er kortfattet og begrenset, og går i mindre grad inn i beskrivelse av abortforløpet og medisinske konsekvenser. Helseforetakene har i varierende grad informasjon på nett og eget skriftlig informasjonsmaterieil til kvinner som skal ta abort, men det varierer hvordan informasjonen formidles. Dette er opp til det enkelte sykehus. Det samme gjelder nettsidene til helsestasjoner for ungdom, som særlig retter seg mot de yngste abortsøkende.

Informasjonen fra myndighetene om abortnemndene, rettet mot gravide som søker abort og til befolkningen, er også svært kortfattet på helsenorge.no (Helsedirektoratet, 2023). Helsedirektoratets veileder til abortforskriften har et relativt smalt perspektiv, og har først og fremst abortnemndene som målgruppe.

Det er ikke utarbeidet informasjon om abort, abortloven og nemndene rettet mot gravide og befolkningen, ut over det som står på helsenorge.no. Hva slags informasjon gravide får om

selvbestemmelse, nemndbehandling og sine rettigheter, er derfor opp til den enkelte abortnemnd eller helseforetak. De fleste kvinner får kun muntlig informasjon om nemnd i forkant, og ofte er denne kortfattet og oppleves som mangelfull (Haaland et al., 2023). Undersøkelsene som utvalget har gjort om nemndene, samt flere studier om kvinners erfaring i nemnd viser at det er uklare roller, og usikkerhet om ansvarsfordeling og oppgaver knyttet til å gi informasjon og veiledning om nemndenes oppgaver og helsetjenestene knyttet til abort, se kap. 13.

Gravide som har behov for det får ikke alltid snakke med helsepersonell før nemndbehandlingen. Særlig gjelder dette kvinner som har sosiale eller psykososiale årsaker til søknaden om abort. Utvalgets undersøkelse av nemndene og studier om kvinners opplevelser i nemnd, viser at nemndene i dag har en dobbeltrolle der man både er beslutningstaker og samtidig skal ivareta kvinnens behov for informasjon, råd og veiledning. Denne dobbeltrollen svekker den gravides muligheter til å reflektere rundt abortvalget, se kap. 11. På tross av at nemndsituasjonen ikke er godt egnet til å ta samtaler om valget, ambivalens, tvil og gi informasjon om medisinske konsekvenser har ikke alle sykehus rutiner som sikrer at kvinner som har behov for det kan snakke med annet helsepersonell enn de som skal beslutte deres søknad i nemnd.

Abortutvalget er opptatt av at informasjon og veiledning til gravide skal være god, slik at kvinner ikke takker ja til et tilbud de ikke er tilstrekkelig informert om. Det er viktig at kvinnen opplever å bli møtt med både god omsorg og god og tilstrekkelig informasjon. For en stor andel gravide vil risiko for alvorlige tilstander hos fosteret være lav. Dersom man ikke ønsker å stå overfor et abortvalg kan det være et alternativ ikke å takke ja til tilbudet om tidlig ultralyd eller NIPT. Det er usikkert om informasjonen som gis til gravide i forkant av tidlig ultralyd og NIPT er god nok og blir forstått av alle.

30.2 Utvalgets vurderinger av informasjon og veiledning

Utvalget mener at følgende mål skal være førende for hvilke tiltak som anbefales og igangsettes når det gjelder informasjon og veiledning til gravide som vurderer eller ønsker abort:

- Abortsøkende kvinner skal få god informasjon om medisinske forhold og selve aborten.
- Gravide som vurderer eller søker abort skal få tilbud om veiledning og beslutningsstøtte fra kompetent helsepersonell.
- Gravide som vurderer eller søker om abort skal få tilbud om informasjon om velferdsordninger og tjenester som kan være aktuelle hvis en fullfører svangerskapet.
- Kvinner som har tatt abort skal få informasjon om hvor hun kan henvende seg ved behov etter aborten.
- Det skal være tilgjengelig, oppdatert og kunnskapsbasert digital informasjon på nett til befolkningen og til abortsøkende kvinner.

Uavhengig av tidspunkt for selvbestemmelse og nemnd, er det behov for

- Kompetent helsepersonell med tid og tilgjengelighet for kvinner som har behov for samtaler om valg.
- Det bør være tilbud i kommunene om informasjon, råd og veiledning til alle gravide som vurderer eller har gjennomgått abort.
- Samtaletilbudet til kvinner som søker om abort etter tidspunkt for selvbestemmelse og ønsker råd og veiledning, må organiseres slik at hun har tilbud om dette før hun eventuelt møter i nemnd.

I arbeidet med å se på informasjon og veiledning til abortsøkende har Abortutvalget vurdert om økt digitalisering og nettinformasjon kan sikre bedre informasjon og veiledning til abortsøkende, og samtidig ivareta behovet for effektive tjenester. Utvalget mener at det er behov for bedre, mer variert og mer utdypende informasjon på nett om abort både rettet mot gravide som skal ta abort og rettet mot befolkningen generelt. Informasjonen bør være tilgjengelig for alle, på ulike språk, og med bruk av tekst, tale og bilder.

På områder med behov for enhetlig praksis, kvalitet og lik behandling er nasjonale retningslinjer et mye brukt virkemiddel. Det er ikke nasjonale faglige retningslinjer for abort og abortforløpet i Norge, se kap. 13.5. Oppdatering, videreutvikling og ansvar for informasjon er overlatt til den enkelte instansen kvinnen kontakter eller

behandlingssted. Utvalget mener det bør utvikles nasjonale retningslinjer for abortforløpet som også inkluderer veiledning og informasjon.

Utvalget mener at abortnemndenes dobbeltrolle som beslutningstaker og samtidig ansvarlig for å gi gravide informasjon og veiledning er svært uheldig. Abortutvalget foreslår å skille disse oppgavene. Abortnemndene er ikke riktig fora for å informere kvinnen, eller gi henne råd og veiledning. Ansvaret for å gi den gravide råd og veiledning bør ligge utenfor nemndene, og komme på et tidligere tidspunkt. Kvinner bør få mulighet til samtale med helsepersonell som ikke har en «dommer»-rolle og skal beslutte om hun får ta abort eller ikke. Kvinner som har ønske om samtale og råd ut over informasjon om medisinske forhold må også få mulighet til refleksjon med en uavhengig part før behandling i beslutningsorganet, dersom hun ønsker dette.

Utvalget mener det er viktig med tiltak som både styrker informasjonen og veiledningen kvinnen og eventuelt partner får, og tydeliggjør ansvar og roller når det gjelder hvem som skal informere og hvem som skal veilede. Informasjon bør være nøytral og saksrettet, mens veiledningen skal bidra til refleksjon og egne valg. Helsetjenesten skal ivareta tilbudet om veiledning og informasjon før og etter en abort, og sykehuset i forbindelse med selve aborten.

Fastleger, helsesykepleiere og jordmødre som jobber med seksuell og reproduktiv helse har kompetanse på veiledning av kvinner som står i en abortvalgsituasjon. Selv om stadig flere kvinner tar direkte kontakt med sykehuset for begjæring om abort, er fastleger, helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten den første instansen noen kvinner kontakter i et abortforløp. For noen, kanskje særlig de yngste, vil det være nyttig å drøfte abortvalget med helsepersonell som også kan tilby oppfølging i etterkant.

30.3 Utvalgets forslag til tiltak

Informasjon på nett

- Helsenor.no bygges ut med mer og utdypende informasjon om abort.
- Informasjon på nett rettet mot unge om abort videreutvikles på ung.no og helsenor.no.

Både informasjon til befolkningen og til kvinner som vurderer abort bør videreutvikles og utdypes. Det er Helsedirektoratet som har ansvar for innholdet om abort på helsenor.no. Informasjonen og nettsidene bør oppdateres i forbindelse

med arbeid med nasjonale faglige retningslinjer for abortoppfølging, se kap. 31. Informasjonen skal være lett tilgjengelig, basert på oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer og oversettes til flere språk, og med bruk av tekst, tale og bilder.

Digital plattform

- Informasjon og nettressurser på helsenorge.no og ung.no bygges ut med tekst, språk og funksjonaliteter.

Eksempel på funksjonaliteter er høytlesing, video-veiledning, chatbot som kan besvare standard-spørsmål og AI-samtale med lyd.

Digitalt søknadsskjema for abort

- Nettsidene helsenorge.no utvikles med digitalt skjema for å kreve abort, og digitalt skjema for å søke om abort. Løsningen benyttes av alle som skal ta abort, uavhengig av tidspunkt.

I dag benyttes søknadsskjema fra Helsedirektoratet i forbindelse med begjæring om abort. Skjemaet benyttes for alle begjæringer om abort, uavhengig av om det er før eller etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Når kvinnen kontakter sykehuset selv, fastlege, eller helsestasjon fylles skjemaet ut sammen med kvinnen, se kap. 13.6.

Uavhengig av tidspunkt for selvbestemmelse bør det vurderes å etablere en digital nasjonal løsning for å sende inn søknad om abort. Søknadsfunksjonen kan for eksempel bli integrert som en funksjon under veiledningssidene på helsenorge.no.

Rettigheter for kvinnen

- Gravide som vurderer abort skal ha lovfestet rett til veiledning i fra helsepersonell som for eksempel lege, sykepleier, jordmor, helsesykepleier eller sosionom. Veiledning gis bare dersom den gravide ønsker samtale og veiledning.
- Kvinnen skal ha rett til informasjon om selve aborten og medisinske virkninger.
- Gravide som vurderer abort skal også ha rett til informasjon om relevante offentlige velferdsordninger og andre tjenestetilbud som kan være aktuelle hvis den gravide fullfører svangerskapet.
- De som har gjennomgått abort skal ha rett til oppfølgingssamtaler i etterkant av aborten, dersom de selv ønsker dette.

Informasjon og veiledning fra helsetjenesten til abort-søkende

- Gravide som søker abort skal få individuelt tilpasset informasjon om abortforløpet, metode, rettigheter og medisinske konsekvenser.
- Virksomheter som tilbyr abort, skal gi den gravide informasjon om aborten og mulige medisinske komplikasjoner. Informasjonen skal gis av helsepersonell.
- Virksomhetene sørge for at den gravide får tilbud om individuell og tilpasset informasjon og veiledning fra helsepersonell dersom hun ønsker dette og gi informasjon om tilgjengelige samtale- og veiledningstilbud med helsepersonell.
- Den som har gjennomgått abort skal få tilbud om oppfølgingssamtaler i helsetjenesten.
- Det utarbeides nasjonale standardiserte pasientinformasjonsskriv til de som skal ta abort. Sykehusene kan lenke til disse fra sykehuse-nes nettsider, og informasjonsskrivene skal være i nedlastbart format så man kan skrive det ut som en brosjyre eller lese på nett i digitalt format på helsenorge.no.

Kvinnen kan kontakte sin fastlege for samtale og veiledning i forkant av abort dersom hun ønsker det. Ungdom og skoleelever kan kontakte helsestasjon for ungdom eller skolehelsetjenesten for samtale og veiledning dersom de ønsker det.

Informasjon og veiledning skal ta utgangspunkt i kvinnens behov og opplevelse av egen situasjon og skal gis på en objektiv måte uten at helsepersonell gir uttrykk for sine personlige vurderinger. Informasjon og veiledning skal være ikke-dømmende og følge prinsipper for helseveiledning. Nærmere anbefalinger om veiledning i forbindelse med abort kan gis i nasjonale faglige retningslinjer.

I etterkant av aborten skal kvinnen få tilbud om oppfølgingssamtaler i helsetjenesten. Samtalene kan være hos fastlege eller annet helsepersonell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, eller i spesialisthelsetjenesten. Det bør fremgå av nasjonale retningslinjer at kvinnen rutinemessig skal spørres om epikrise kan sendes fastlegen.

Krav til kompetanse

Utvalget anbefaler at personell som veileder skal være helsepersonell med kompetanse på seksuell og reproduktiv helse, og veiledning av gravide som vurderer abort. Dette kan beskrives nærmere i nasjonal faglig retningslinje for abort.

Kurs for helsepersonell

- Kurs for etter- og videreutdanning av helsepersonell om veiledning om abort.

Målgruppe for kursene vil være helsepersonell som er involvert i abortforløpet, som blant annet sykehussosionomer, sosionomer i de kommunale helse -og omsorgstjenestene, sykepleiere, helse-sykepleiere, jordmødre, leger, psykologer og sykehusprester.

Fosterdiagnostikk og informasjon til gravide

- Det utarbeides nasjonalt nettkurs for fastleger og helsepersonell om veiledning/informasjon til kvinner som er gravide ifm. tilbud om tidlig ultralyd og NIPT.

Helsedirektoratet kan få i oppdrag å utarbeide et nasjonalt nettkurs med læringsmål for helsepersonell.

Kapittel 31

Enklere abortforløp i helsetjenesten

31.1 Utvalgets vurderinger og forslag

Gravide som vurderer eller ønsker abort, har behov for å bli møtt på en omsorgsfull og respektfull måte i helsetjenesten. Ut fra tilbakemeldinger til utvalget og pasientundersøkelser ved klinikken er det utvalgets vurdering at kvinner som tar abort, i hovedsak blir møtt på en god måte i helsetjenesten, men at det også er rom for forbedringer. En abort er for mange en følelsesmessig vanskelig opplevelse, uavhengig av hvordan de blir møtt og behandlet i tjenesten. Selv om de fleste kvinner ikke opplever langvarige psykiske ettervirkninger etter abort, opplever mange det som en krisesituasjon i livet. Samtaler og informasjon bør derfor gis av personell med kompetanse og erfaring i å møte kvinner i denne situasjonen.

Utvalget ser at det er behov for en mer enhetlig praksis for å sikre god kvalitet på tilbudet til kvinner som skal ta abort i Norge. Det er behov for en nasjonal faglig retningslinje for hele abortforløpet som beskriver og gir anbefalinger om både behandling og oppfølging. Tema som særlig er viktig å se på, er smertelindring, oppfølging, veiledning og informasjon. Kvinner opplever aborten på ulikt vis og har ulike behov. De skal få tilbud om veiledning i forkant og underveis og oppfølging i etterkant.

Det er begrenset kunnskap og studier om abort i Norge. For å få til et godt tilbud mener utvalget derfor at det må samles mer systematisk informasjon om kvinnes erfaringer som kan brukes i planlegging og kvalitetsforbedring av tjenestene. I tillegg bør registerinformasjon brukes mer aktivt, og det bør stimuleres og tilrettelegges for mer forskning og kvalitetsforbedringsarbeid knyttet til abort (se kap. 18 om registerinformasjon).

Sykehusene har kompetanse, erfaring og mulighet for et tilpasset aborttilbud og forutsetninger for å vurdere om kvinnen skal møte sykepleier, jordmor eller lege. På poliklinikk møter kvinnene personell med erfaring og kompetanse i å møte kvinner i denne situasjonen. Fra tiende

svangerskapsuke er de faglige anbefalingen at hele aborten foregår på sykehus av hensyn til risiko for medisinske komplikasjoner for kvinnen.

Flere sykehus har god erfaring med sykepleierstyrt aborttilbud på poliklinikk. Kvinnene møter sykepleiere med kurs i bruk av ultralyd for fastsettelse av svangerskapslengde. Tid er satt av til både samtale og nødvendige undersøkelser, samt informasjon. Ved behov for videre oppfølging og samtaler er lege, sosionom og andre personellgrupper tilgjengelig på sykehuset. Utvalget mener dette er god bruk av personellressurser og kan tjene som eksempel for andre helseforetak. Sykehusene bør systematisk kartlegge pasientopplevde mål og kvalitetsmål i forbindelse med tjenestene og prøve ut ulike måter å organisere tjenesten på, inkludert å se på hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper.

Utvalget mener at de regionale helseforetakenes plikt til å tilby aborttjenester til innbyggerne i sine opptaksområder bør videreføres for å sikre kvinners rett til aborttjenester. Det innebærer at kvinner fortsatt skal kunne kontakte sykehuset direkte og avtale time på poliklinikk for abort, uavhengig av tidspunkt for aborten. Alle aborter fra slutten av første trimester foregår på sykehus, og en del kvinner som skal ta abort før tiende svangerskapsuke, skal også kunne være på sykehus. Uavhengig av utvikling i behandlingsmuligheter og metoder bør de sene abortene, av hensyn til kvinnen, fortsatt foregå i sykehus med sengeposter med døgnbehandling og døgnberedskap.

Abort innebærer medisinsk behandling med risiko der det også skal gjøres medisinske vurderinger. Selv om deler av oppgavene i abortforløpet kan delegeres fra lege til sykepleier eller jordmor, vil det medisinske ansvaret ligge hos legen. Utvalget mener at det ikke bør være rettslige hindringer for at annet helsepersonell enn leger, som sykepleier og jordmor, kan gjøre oppgaver underveis i abortforløpet. I dag kan sykepleiere på delegasjon møte og ivareta kvinnen på poliklinikk og gi medikamenter, og slik bør det også være i fremtiden. Utvalget anbefaler imidlertid ikke at andre

helsepersonellgrupper enn leger gis forskrivningsrett til medikamenter i forbindelse med abort. Kvalitet på tilbudet og sikkerhet for kvinner som skal ta abort, tilsier at behandlingsansvarlig lege forskriver medikamenter. Jordmødre har kunnskap og kompetanse i reproduktiv kvinnehelse, og kan ha oppfølgingsamtaler og veiledning i forbindelse med abort for kvinner som ønsker dette.

Helsesykepleier, jordmor eller fastlege kan også ha samtaler med kvinner før og etter abort dersom kvinnen ønsker det. For unge vil ofte helsetasjon for ungdom og skolehelsetjenesten være et sted de kan ha slike samtaler. Fastlege, helsetasjon for ungdom og skolehelsetjenesten har en viktig rolle når det gjelder seksuell og reproduktiv helse, prevensjonsbruk, forebygging av nye uønskede svangerskap og psykososial oppfølging.

Stiftelsen Amatheia tilbyr veiledning om abort, både til kvinnen og eventuelt partner. Dette tilbudet er ikke et landsdekkende tilbud selv om det har tilbud om digital og telefonisk veiledning. Det samme gjelder stiftelsen Sex og samfunn, der majoriteten av brukerne er fra Oslo. Dette er tilbud som er gode supplement til det offentlige tilbudet. Utvalget mener at abortsøkende kvinner skal få et likeverdig tilbud uavhengig av hvor de bor.

Når det gjelder normering, kvalitet og likeverdig behandling i helsetjenesten, er nasjonale faglige retningslinjer et viktig virkemiddel. Utvalget ser at det er behov for enhetlige nasjonale retningslinjer for abort. Utvalget anbefaler at standardisert pasientforløp for abortsøkende utarbeides i forbindelse med retningslinjearbeidet. Sentrale tema i en nasjonal retningslinje for helsetjenesten er utredning, behandling og oppfølging. Utvalget anbefaler også at det gis nasjonale anbefalinger om personell og organisering, kvalitets sikring, ansvar- og oppgavedeling, opplæring og kompetanse og gjennomføring av informasjon og veiledning av de gravide.

For å bidra til avklarte ansvarsforhold og avklart fordeling av oppgaver i abortforløpet må nasjonal faglig retningslinje for helsetjenesten harmoniseres mot veileder til lov og forskrift. Nasjonal faglig retningslinje og standardisert pasientforløp kan utarbeides samtidig med veileder til lov/forskrift, og det bør vurderes om disse også skal implementeres samtidig i helsetjenesten og i beslutningsorganene.

Kvalitetsarbeid, opplæring og kompetanse kan sikres gjennom opplæring og kurs. Utvalget foreslår derfor flere tiltak for å imøtekomme behov for

opplæring og kompetanseheving av personell, samt erfaringsutveksling.

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et verktøy for å følge med på kvalitet i tjenesten. I dag har man egen indikator for behandling med kirurgisk abort og medisinsk abort. Utvalget mener det kan være behov for å vurdere flere kvalitetsindikatorer som følges nasjonalt, men at dette bør utredes før man eventuelt beslutter å innføre nye indikatorer. Dersom nye kvalitetsindikatorer også innebærer økt rapportering fra helsetjenesten, må nytte av indikatoren vurderes opp mot eventuell ekstra rapporteringsbelastning og ressursbruk knyttet til rapportering og registrering.

Takst og egenandel hos fastleger for utgifter til undersøkelser reguleres i forskrift for stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. I dag bortfaller egenandelen for undersøkelse hos fastlege etter fødsel, men etter abort er det egenandel for kvinnen for en slik oppfølgende konsultasjon. Kvinner som har vært gjennom en abort, kan ha det samme behov for oppfølging som en kvinne som har vært gjennom en fødsel. Utvalget mener at etter et svangerskap, uavhengig av utfall av svangerskapet, bør kvinner kunne ha oppfølgende undersøkelse hos fastlege uten egenandel. Utvalget anbefaler derfor at forskriften endres slik at både de som har født og de som har vært gjennom en abort får fritak fra egenandel ved en slik undersøkelse (forskrift for stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege § 3).

31.2 Utvalgets forslag til tiltak

Utvalget anbefaler følgende tiltak

- Nasjonal faglig retningslinje for hele abortforløpet, inkludert standardisert pasientforløp, utarbeides av Helsedirektoratet.
- Takst for fastleger ved oppfølgende samtaler etter abort (både ved spontanabort og provosert abort).
- Kvalitetssikringsprosjekter og evaluering på tvers av helseforetak om organisering og oppgavedeling ved abort.
- Sykepleierstyrt abortpoliklinikk på sykehusene prøves ut flere steder i landet og evalueres.
- En nasjonal undersøkelse om pasientopplevelser og pasienterfaringer blant kvinner som tar abort gjennomføres av Folkehelseinstituttet.
- Pasient- og brukerundersøkelsene ved helseforetakene oppdateres med egne spørsmål til abortpasienter (både selektiv abort og spon-

- tanabort), for å få mer kunnskap om pasientenes opplevelse og gjøre tjenestene mer tilpasset.
- Læringsnettverk for jordmødre og sykepleiere om abort med årlige regionale samlinger og digitale kurs.
- E-læringskurs for helsepersonell om informasjon, veiledning og rådgivning til kvinner.
- Vurdere oppdatering av de nasjonale kvalitetsindikatorerne til å også omfatte flere kvalitetsindikatorer på abortområdet.

Kapittel 32

Abort utenfor sykehus før tiende svangerskapsuke

32.1 Utvalgets vurderinger og forslag

De fleste som ønsker å ta abort, tar i dag direkte kontakte med sykehus og ved tidlige aborter er det trygt for de fleste å reise hjem etter å ha fått de første medikamentene og fullføre aborten hjemme. Dette er også i tråd med Verdens helseorganisasjons anbefalinger. Et tilbud hos avtalespesialist eller i kommunal regi ville gitt kortere reisevei for en del kvinner. Noen av kvinnene vil, uavhengig av organisering av tjenesten og hvem som er tjenestetilbyder, fortsatt gjennomgå abort på sykehus grunnet risiko komplikasjoner. Klare seleksjonskriterier¹ for hvem som skal henvises til spesialisthelsetjenesten for abort ville vært en forutsetning for gode forløp for kvinnene.

Dersom tidlig abort før niende eller tiende svangerskapsuke skal kunne tilbys utenfor sykehus, er det en rekke forutsetninger og rammer som må avklares. Utvalget mener det kan være behov for å avklare svangerskapslengde presist med bruk av ultralyd, for å kunne bestemme om den gravide kan tilbys hjemmeabort. Uten ultralydundersøkelse kan en heller ikke fastslå at graviditeten er intrauterin (i livmorhulen) og tilgjengelig for trygg abort ved medikamentell metode. I sykehus i dag gjøres ultralydundersøkelse av alle abortsøkende for å kunne bestemme abortmetode. Disse undersøkelsene gjøres enten av sykepleiere som har fått opplæring i ultralyd for å bestemme svangerskapslengde, av jordmødre, eller av leger. Avtalespesialister i gynekologi og fødselshjelp har alle kompetanse og utstyr til å gjøre ultralydundersøkelser, men det er svært ulikt hvor i landet det er avtalespesialister med avtale med sykehusene om ulike tjenester. I den kommunale helsetjenesten er ikke ultralydapparat en del av det vanlige utstyret på helsestasjoner og legekontorer og det er varierende om det er kompetanse til å gjøre undersøkelsen. Når det gjelder

ultralyd i allmennpraksis har fastlegene i varierende grad ultralyd og kompetanse til å benytte dette. En undersøkelse i Norge indikerer at rundt 40 prosent av fastlegene har tilgang på ultralydapparat (Myklestul, 2020). Bruken er økende. Også en del jordmødre som arbeider i kommunene, har en del opplæring og kompetanse i bruk av ultralyd. Dersom en i den kommunale helsetjenesten ønsker å etablere et tilbud om hjemmeabort vil jordmødre og fastleger i kommunen sannsynligvis være sentrale aktører for å kunne gjennomføres et slikt tilbud.

Hvis de som tar hjemmeabort får behov for helsehjelp må de ha tilgang på døgkontinuerlig kompetent tjeneste slik de har på sykehusene i dag. For at det skal kunne etableres et forsvarlig tilbud om hjemmeabort utenfor sykehus, må det derfor foreligge både enhetlige nasjonale faglige anbefalinger, seleksjonskriterier og avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Avklaringer rundt oversendelse av epikrise og utveksling av meldinger må også foreligge. Aborter er meldepliktig til Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister. Per i dag er det bare sykehus som rapporterer til registrene. Endring av dette forutsetter forskriftsendringer og IT-tekniske endringer og nødvendige utredning i forkant av endringene, inkludert vurdering av finansiering.

Ett av de to medikamentene som benyttes ved abort (mifepriston) er det per i dag bare sykehuslegene som kan forskrive. Dersom ansvar for forskrivning av medikamenter til tidlige hjemmeaborter skal overføres til andre institusjoner eller helsepersonell utenfor sykehus, forutsettes nærmere avklaring av endring av regelverk for forskrivning. Abort hos avtalespesialister har vært prøvd ut i en studie, og resultatene viser at kvinnene opplevde å bli godt ivaretatt og de følte seg trygge (Pay, 2018).

Bakgrunnen for valg av organisering i andre land kan være ulik, både økonomiske, faglige, demografiske og samfunnsmessige forhold spiller inn. I Sverige og Danmark er abort, i likhet med i

¹ Se Nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen for eksempel på seleksjon av fødende til ulike nivå (Helsedirektoratet Høringsutkast 2022)

Norge, et tilbud som gis på sykehus. I England, Australia og på New Zealand tilbys hjemmeabort fra primærhelsetjenesten med varierende erfaringer.

Som vist i kap. 13.10 er de kommunale helse- og omsorgstjenestene per i dag ikke organisert slik at abort kan tilbys med dagens utstyr, personell og rammer. Utvalget mener at for å tilrettelegge for at abort kan tilbys og organiseres på en hensiktsmessig måte, bør det ikke lenger være et krav i loven om at abort skal foregå på sykehus.

I likhet med andre helsetjenester vil krav til organisering, plassering, kompetanse og metoder for helsehjelpen også følge av krav til faglig forsvarlige helsetjenester og de til enhver tid oppdaterte nasjonale faglige retningslinjer for aborttjenesten.

Abort utenfor spesialisthelsetjenesten i Norge reiser flere spørsmål. Utvalget ser at dette krever en bredere utredning og samtidig endrede rammebetingelser, både rettslig og organisatorisk. Både dagens abortlov, en rekke forskrifter og registreringssystemer må endres før dette eventuelt kan skje. Spørsmål knyttet til økonomi og prioritering må også avklares og spørsmål om kvinne-

nes opplevelse og trygghet. En slik ordning kan gjennomføres innenfor lovforslagets § 12. Sørge for ansvaret vil da ligge i spesialisthelsetjenesten, selv om oppfyllelse av rettigheten vil ligge i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må da eventuelt inngås avtale mellom nivåene.

32.2 Utvalgets forslag til tiltak

- Nærmere utredning av alternativ organisering av aborttjenesten ved tidlig medikamentell hjemmeabort i Norge.

Utvalget foreslår at det utredes nærmere hvordan et tilbud kan organiseres utenfor sykehus til kvinner som skal ta abort hjemme før tiende svangerskapsuke. I den forbindelse skal det utredes rapportering, registrering og melding til sentrale helseregistre, finansiering og behov for endring i lov eller forskrifter. Etter at utredningen er ferdig kan et tilbud om abort utenfor sykehus før uke 10 prøves ut som et pilotprosjekt i kommuner som ønsker å prøve dette ut.

Kapittel 33

Mer kunnskap om abort

33.1 Forskning om abort

Det er fremdeles en begrenset forskning om abort i Norge og i Norden (Helsedirektoratet, 2023). For å gi et godt tilbud til kvinner mener Abortutvalget at det er behov for å fremskaffe mer kunnskap om abort og om tjenestetilbudet. Dette bør gjøres både gjennom forbedring av registre og kvalitetssystemer, kvalitetssikring og forskning. Det er behov for mer registerbasert, epidemiologisk forskning, helsetjenesteforskning og kliniske studier. Det trengs også mer forskning om abort i Norge sett fra den gravides side og de politiske, etiske og samfunnsmessige sidene ved abort. For å få mer kunnskap er det viktig at det tilrettelegges for forskning med bred og tverrfaglige forskningstilnærming innen både medisin og helsefag, humanistiske, samfunnsvitenskapelige og juridiske fag.

33.2 Utvalgets forslag til tiltak

Abortutvalget mener det bør satses bredere på forskning på abort i Norge innen flere fagområder. Utvalget anbefaler et eget satsingsområde for forskning på abort der prosjekter fra ulike fagdisipliner kan søke om midler til forskning gjennom Norges forskningsråd.

33.3 Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister

Norge har omfattende helseregistre som legger til rette for overvåking, forskning og kvalitetssikring av helsetjenestene. Abortregisteret er et av få sentrale helseregistre der opplysningene ikke er registrert med personnummer. Det betyr at mulighetene for å benytte registeret til overvåking, forskning og kvalitetssikring er redusert.

Det er behov for å kunne følge med på utviklingen når det gjelder aborter i Norge og å sikre mulighet for overvåking og forskning av god kva-

litet. Overvåking og forskning på reproduktiv kvinnehelse, risikofaktorer for abort og årsaksammenhenger mellom abort og medisinske tilstander hos fostere, vil også bedres gjennom å endre registreringen til personidentifiserbare opplysninger.

Samtidig er utvalget oppmerksom på at det bør utvises forsiktighet ved innhenting og behandling av særlig sensitive opplysninger om norske borgere, også i nasjonale registre. Selv med systemer for sikring av personvernet er det alltid en risiko for at opplysninger som er registrert om den enkelte borger, kan bli tilgjengelig for andre interesser, og misbrukes.

At en person har gjennomgått en abort, grunnen til aborten og følgene av inngrepet er svært sensitiv og privat informasjon. Dette har blant annet sammenheng med at abort oppfattes som etisk problematisk i deler av befolkningen. Det må derfor tas høyde for at bevisstheten om at aborten blir registrert, i seg selv kan innebære et hinder for enkelte gravide. Samtidig kan en fortsatt særregulering av abortopplysninger også være med på å opprettholde et inntrykk av at abort er et særlig skam- og tabubelagt tema.

På denne bakgrunn vil utvalget anbefale en grundig utredning av behovet for og utfordringene med et personidentifiserbart register om abort. Utvalget har ikke hatt mulighet for, innenfor de rammer som er lagt for utvalgets arbeid, å gjøre en tilstrekkelig grundig vurdering og vektning av de hensyn som taler for og mot en slik registrering.

33.4 Utvalgets forslag til tiltak

- Utvalget anbefaler en gjennomgang av abortregisterforskriften slik at forskriften synkroniseres med ny abortlov. Det bør samtidig utredes om registeret skal inneholde personidentifiserbare opplysninger.
- Det utredes nærmere om det skal etableres et felles register eller felles «registerparaply» for

svangerskap i Norge der Medisinsk fødselsregister og Abortregisteret samles.

33.5 Tidlig ultralyd og non-invasiv prenatal test (NIPT)

Tilbudet om tidlig ultralyd og NIPT til gravide er fra 2022/2023 innført etter politisk enighet i bioteknologiforliket. Fagmiljøene har i forbindelse med innføringen etterlyst bedre opplæringstilbud, informasjon og veiledning og uttrykt bekymring for implementering av tilbudet. Det politiske vedtaket sikrer at alle kvinner får tilbud om tidlig ultralyd i svangerskapet, og at alle over 35 år får tilbud om NIPT. For mange oppleves dette som et gode. Samtidig har det vært diskusjon om informasjonen som gis er god nok og om kvinnene er forberedt når de kommer til undersøkelse (Magelssen et al., 2022). Tilbudet representerer en stor endring i svangerskapsomsorgen i Norge. Når det gjøres funn ved tidlig ultralyd og NIPT, henvises kvinnene til videre utredning. Kvinnene vil stå overfor valget mellom å fortsette svangerskapet eller avbryte. Det er i få tilfeller behandlingsmulighet. NIPT innebærer undersøkelse for tre trisomier, hvorav trisomi 21 er den hyppigst forekommende av disse tre, mens de to andre er svært sjeldne.

I de aller fleste svangerskap, nærmere 97 prosent, oppstår det ikke sykdom eller medisinske tilstander hos fosteret. Det har derfor vært problematisert om det er fornuftig å gi omfattende informasjon til alle gravide om abortvalgssituasjonene som kun tre prosent vil havne i. Det kan hevdes at unødvendig uro bringes inn i svangerskapsomsorgen. Utvalget ser dette poenget, men mener likevel at god forhåndsinformasjon om muligheten for funn i fosterdiagnostikken er vesentlig. Stortingsvedtaket i 2020 om tidlig ultralyd til alle gravide, var delvis begrunnet i et ønske om å styrke gravidens valgfrihet. En forutsetning for informerte valg rundt tidlig ultralyd og fosterdiagnostikk er tilgang på god informasjon. Utvalget mener derfor at innføringen av tilbudet bør evalueres, slik at informasjon og oppfølging av kvinner i forbindelse med tidlig ultralyd og NIPT blir best mulig, og at kvinner som står overfor et valg om å fortsette svangerskapet eller ta abort, opplever å få god nok oppfølging både i forkant og etterkant. I evalueringen bør man særlig se på informasjon og veiledning kvinnene mottar før og etter undersøkelsene.

33.6 Utvalgets forslag til tiltak

- Innføring av tilbudet om tidlig ultralyd og NIPT bør følges opp med en følgeevaluering.

Kapittel 34

Anbefalinger forutsatt at dagens grense for selvbestemt abort opprettholdes

34.1 Nye beslutningsorganer ved søknad om abort

Utvalget er bedt om å vurdere et alternativ til dagens abortnemnder som ivaretar dagens grense for selvbestemmelse ved utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Utvalgets anbefaling om å legge ned dagens abortnemnder og opprette nye abortnemnder i kap. 27.8 tar utgangspunkt i utvalgets gjennomgang av ivaretagelse av den gravide, saksbehandling, praksis og åpenhet i dagens nemnder. Utvalget har avdekket vesentlige svakheter ved dagens nemnder. Det kan stilles spørsmål ved om nemndenes saksbehandling er i samsvar med grunnleggende menneskerettslige krav til prosess i saker om abort. Forslaget til nye abortnemnder tar sikte på å sikre økt ivaretagelse av abortsøkende, styrket rettssikkerhet i prosessen, økt kvalitet på abortnemndenes avgjørelser og åpenhet.

Abortutvalget mener de samme hensyn gjør seg gjeldende og de samme krav må legges til grunn enten grensen for selvbestemmelse settes til utgangen av tolvte svangerskapsuke eller utgangen av 18. svangerskapsuke. Utvalget har derfor ikke utformet et særskilt forslag forutsatt at dagens grense for selvbestemmelse opprettholdes. Også hvis grensen for selvbestemmelse er utløpet av tolvte svangerskapsuke anbefaler utvalget 5–10 abortnemnder med sammensetning og saksbehandling som beskrevet i kap. 27.8 og i utkastet til ny abortlov kap. 36.

Dersom dagens grense for selvbestemmelse ved utgangen av tolvte svangerskapsuke opprett-

holdes vil det bli vesentlig flere saker per nemnd enn hvis grensen forskyves til utgangen av 18. svangerskapsuke. Dette kan løses ved at den enkelte abortnemnden organiseres med flere avdelinger, tilsvarende for eksempel diskrimineringsnemnden, som per i dag har fem avdelinger. Utvalget vil i så fall anbefale at det sikres en sekretariatsfunksjon for abortnemndene, slik at det legges til rette for likebehandling av saker i nemnden.

34.2 Nye vilkår for abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke

Utvalget har i kap. 25 foreslått nye vilkår for abort etter tidspunktet for selvbestemmelse. De nye vilkårene skal understreke at valget om abort, også etter tidspunktet for selvbestemmelse, skal ta utgangspunkt i den gravides ønsker, behov, og vurdering av egne ressurser og livssituasjon. Utvalget foreslår samtidig formuleringer som ikke skal bidra til stigmatiserende og stereotype oppfatninger av personer med funksjonsnedsettelse.

Utvalget mener at lovens vilkår for abort bør endres uavhengig av om grensen for selvbestemmelse settes til utløpet av den 18. eller tolvte svangerskapsuken. Også ved en eventuell grense for selvbestemmelse ved utløpet av tolvte svangerskapsuke anbefaler utvalget de vilkårene for abort som er tatt inn i utkastet til ny abortlov i kap. 36.

Kapittel 35

Betaling for helsehjelp ved abort

35.1 Dagens regler om betaling for helsehjelp ved abort

Dagens abortlov har ingen uttrykkelig regulering av hvilken tilknytning kvinner må ha til Norge for å få tilgang til abort. Dermed må spørsmålet løses ut fra reglene i pasient- og brukerrettighetsloven som har regler om virkeområde i § 1-2. Etter denne bestemmelsen gjelder pasient- og brukerrettighetsloven for «alle som oppholder seg i riket». Videre kan Kongen «i forskrift gjøre unntak» fra reglene om rett til helse- og omsorgstjenester. «for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket». Med hjemmel i denne bestemmelsen har departementet fastsatt forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Fulle rettigheter til helsetjenester har bare personer som har lovlig opphold i riket og som oppfyller vilkårene i alternativene a–c. Dette gjelder blant annet de som har fast opphold eller er medlemmer i folketrygden eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat, slik som EØS-avtalen. Utenfor faller for eksempel personer uten lovlig opphold. Turister med lovlig opphold vil falle innenfor, så sant de er fra et land som Norge har inngått gjensidighetsavtale med.

Selv om en person ikke har fulle rettigheter, kan de ha rett til bestemte helsetjenester ut fra særbestemmelser i forskriften. Alle som oppholder seg i riket – uansett om oppholdet er lovlig eller ikke – har rett til «øyeblikkelig hjelp», jf. § 4. Dessuten har de krav på helsehjelp som ikke vente, jf. § 5. Her nevner forskriften uttrykkelig «svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven», jf. bokstav c. Alle som oppholder seg i Norge har derfor rettskrav på abort, også om den gravide ikke har lovlig opphold.

Forskriften regulerer ikke spørsmålet om betaling. Spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 har regler om dekning av utgifter for pasienter som ikke har bosted i riket. Disse skal «dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene selv». Hvis det er en «planlagt spesialisthelsetjeneste», kan den som

gir tjenesten «kreve dokumentasjon på at pasienten kan dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene». Pasienten har krav på en «spesifisert regning som viser hvilke ytelser pasienten har mottatt, og hvilken pris som er beregnet for ytelsene». Dersom pasienten ikke kan dekke utgiftene selv, skal de dekkes av «vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter». Spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 gjør et unntak for utgifter til tvungent psykisk helsevern som skal dekkes av staten.

Departementet har gitt rundskriv om dekning av utgifter ved helsehjelp i helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge, jf. rundskriv I-2017/3, særlig pkt. 4. Her skriver departementet at det ikke kan kreves forhåndsbetaling «ved øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som ikke kan vente». Det må «vurderes konkret «om det skal informeres om kostnadene i forkant av slik helsehjelp. Spørsmålet om pasientens mulighet til å betale for helsehjelpen bør uansett ikke tas opp når hjelpen ytes. Pasientens betalingssevne og inndrivelsesmuligheter skal vurderes i etterkant. Ifølge rundskrivet skal abort ytes uten å kreve forhåndsbetaling, mens det er en anbefaling («bør») om å unnlate å ta opp hva kostnaden vil være for inngrepet. Hvor stor utgift pasienten må betale, vil dels bero på hvilken abortmetode som er aktuell. I praksis har det hendt at gravide er bedt om forhåndsbetaling før abort, men i tilsynspraksis er det slått ned på dette.

Utvalget har ikke hatt mulighet til å gjøre systematiske undersøkelser, og det er vanskelig å vite hvordan praksis er ved de ulike helseforetakene. En del kvinner – som er uten lovlig opphold i Norge eller som av andre grunner ikke har rett til fulle helsetjenester – får tilsendt faktura for kostnaden for abortinngrepet. Det er nok ulikt hvordan innkrevingen følges opp av de regionale helseforetakene.

I perioden 2009–2020 var Helsesenter for papirløse i kontakt med 500 gravide kvinner (582 svangerskap). 28,4 prosent av kvinnene ble henviset til abort (Eick et al., 2022). Det utgjør 12 svan-

gerskapsavbrudd per år. Disse tallene viser bare de i gruppen av gravide uten lovlig opphold som har vært i kontakt med helsesenteret. I tillegg kommer de i den gruppen som oppsøker hjelp, pluss gravide som av andre grunner står uten rett til fulle helsetjenester.

Departementets rundskriv tar ikke uttrykkelig opp betaling for helsetjenester for barn, men etablert praksis er at barn (personer under 18 år) verken skal avkreves forhåndsbetaling eller få tilsendt faktura i etterkant. Gravide under 18 år vil derfor ha gratis tilgang til abort, også om de er uten lovlig opphold.

Dagens regelverk tar ikke opp fosterantallsreduksjon for gravide som mangler fulle rettigheter til helsehjelp i Norge. Som sagt har forskriften om helsehjelp til personer uten fast opphold i riket en egen bestemmelse som fastsetter at denne gruppen har rett til svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven, jf. § 5 bokstav c. Etter abortloven § 2 a skal «fosterantallsreduksjon regnes som abort», men en har neppe hatt i tankene at dette kan ha implikasjoner for reguleringen av gravide som mangler lovlig opphold.

35.2 Utvalgets vurdering og forslag – gratis helsehjelp ved abort

Reguleringen av abort til personer som mangler fulle rettigheter til helsehjelp i Norge må ses i sammenheng med andre typer helse- og omsorgstjenester. Jevnt over bygger regelverket på en restriktiv holdning, hvor det skilles mellom selve tilgangen på tjenesten og betalingsspørsmålet. Spørsmålet er i stor grad regulert gjennom forskrift, og i liten grad gjennom lovvedtak og den diskusjonen i Stortinget som lovbehandling fører med seg.

Utvalget mener at abort står i en særstilling, og derfor kan og bør reguleres på en annen måte enn andre typer helsetjenester for gravide som mangler fulle rettigheter til velferdsstaten. Etter dagens regelverk har disse gravide rett til abort, men er de over 18 år, kan de i ettertid bli presentert for regningen for den faktiske kostnaden. Utvalget mener at det her er behov for en endring av rettstilstanden. Dagens regelverk setter gravide i en vanskelig situasjon. De vil normalt ha kunnskap om at de vil få regning i etterkant, men vil gjerne også vite at det kan være usikkert i hvilken grad den inndrives. Alternativene vil da være å fortsette et svangerskap som ønskes avbrutt, eventuelt finne løsninger som er gratis. Dette kan være tilbud i Norge utenfor helsetjenesten, eller tilbud i utlandet.

Utvalget mener at ingen gravid bør settes i en slik valgsituasjon, og foreslår derfor å knesette i lovteksten at abort skal være gratis. Det finnes ingen oversikt over hvor mange gravide som vil nyte godt av en slik endring av rettstilstanden, men tallene fra Helsesenter for papirløse indikerer at det er en svært begrenset gruppe. En mulig innvending kan være innreise til Norge for å få tilgang til gratis abort, men dette vil bare gjelde for gravide utenfor EU- og EØS-området, siden borgere fra EU- og EØS-området vil ha rett til samme tilgang som norske gravide. Utvalget mener at risikoen for utstrakt bruk er så liten, at en da heller får komme tilbake med en lovendring om det skulle være nødvendig.

Fosterantallsreduksjon er en høyspesialisert helsetjeneste, hvor det kan være knapphet. Utvalget foreslår derfor en forskriftshjemmel slik at tilgangen til fosterantallsreduksjoner kan begrenses til de som har lovlig opphold i Norge.

Del V
Utvalgets forslag til ny abortlov

Kapittel 36

Utvalgets forslag til ny abortlov

Kap. 1 – Alminnelige bestemmelser

§ 1 *Lovens formål*

Loven skal sikre gravide likeverdig rett til abort og tilgang til trygge aborter, ivaretagelse og støtte. Samtidig skal loven sikre respekten for det ufødte liv.

Loven skal sikre gravide muligheter til å gjøre selvstendige beslutninger om egen kropp og eget privatliv.

§ 2 *Virkeområde*

Loven gjelder for alle som oppholder seg i riket.

Kongen kan bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard.

§ 3 *Definisjoner*

I denne lov forstås med

1. abort: Å avbryte et svangerskap ved hjelp av medikamenter eller kirurgisk inngrep.
2. svangerskapsuke: Svangerskapets lengde beregnes ut fra første dag i den gravides siste menstruasjon eller ved hjelp av ultralyd og måling av fosterets størrelse.
3. utgangen av 18. svangerskapsuke: 17 uker og 6 dager fra første dag i siste menstruasjon.
4. utgangen av 22. svangerskapsuke: 21 uker og 6 dager fra første dag i siste menstruasjon.
5. fosterantallsreduksjon: Inngrep som avbryter utviklingen for ett eller flere fostre i et flerlingsvangerskap, mens svangerskapet fortsetter for ett eller flere av de andre fostrene.

Kap. 2 – Rett til abort

§ 4 *Rett til abort*

Gravide har rett til abort til utgangen av 18. svangerskapsuke.

§ 5 *Adgang til abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke*

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke skal abortnemnda tillate abort når

- a. svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse.
- b. graviditeten oppstod under forhold som nevnt i straffeloven §§ 312 – 314, eller svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 291 – 296, 299, 301, 302 og 314.
- c. medisinske forhold ved fosteret, forhold ved den gravide, den gravides livssituasjon, eller en kombinasjon av disse gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende.
- d. det er sannsynlig at det foreligger en alvorlig tilstand hos fosteret, eller det er sannsynlig at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel.

Den gravides oppfatning av situasjonen skal tillegges betydelig vekt ved vurderingen av om vilkårene er oppfylt.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke er abort ikke tillatt, med mindre det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødselen, se likevel § 6.

§ 6 *Nødsituasjoner*

Dersom svangerskapet medfører overhengende fare for den gravides liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i denne lov. Behandling etter denne bestemmelsen avgjøres av behandlende lege.

§ 7 *Rett til informasjon, veiledning og oppfølging*

Gravide som vurderer abort har rett til veiledning i valgsituasjonen og informasjon om relevante offentlige velferdsordninger og tjenestetilbud.

Før abort gjennomføres, har den gravide rett til informasjon om aborten og medisinske virkninger.

Den som har gjennomgått abort, har rett til oppfølgingssamtaler i etterkant.

§ 8 *Krav eller søknad om abort*

Krav om abort etter § 4 eller søknad om abort etter § 5 skal fremsettes av den gravide.

Ved behov skal helsepersonell gi den gravide individuelt tilpasset bistand med å fremsette krav eller søknad om abort.

Nødvendig dokumentasjon kan vedlegges søknaden, eller innhentes av abortnemnda.

§ 9 *Myndige gravide uten beslutningskompetanse*

Dersom myndige gravide mangler beslutningskompetanse for å fremsette krav eller søknad om abort, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3, kan verge kreve eller søke om abort på vegne av den gravide. Den gravide skal først ha mottatt informasjon, veiledning og støtte etter §§ 7 og 11. Den gravide skal om mulig gi sitt samtykke.

Hvis den gravide ikke har verge i tilfelle som nevnt første ledd, skal verge oppnevnes av Statsforvalteren i tråd med reglene i vergemålsloven § 20 flg.

Reglene i vergemålsloven gjelder utfyllende.

§ 10 *Barns beslutningskompetanse*

Mindreårige gravide kan selv fremsette krav eller søke om abort. Alternativt kan krav eller søknad fremsettes i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-4, 4-4 og 4-5 dersom barnet ikke er i stand til å forstå valgsituasjonen eller fremsette krav eller søknad om abort. Dersom kravet eller søknaden fremsettes av foreldre eller andre med foreldreansvar, skal den mindreårige gravide om mulig gi sitt samtykke.

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder utfyllende.

Kap. 3 – Helsetjenestens plikter

§ 11 *Informasjon og veiledning*

Virksomheten skal sørge for at den gravide får tilbud om individuell og tilpasset informasjon og veiledning fra helsepersonell, jf. § 7 første ledd.

I tillegg skal den gravide informeres om aborten og mulige komplikasjoner fra kvalifisert helsepersonell, jf. § 7 andre ledd.

Den som har gjennomgått abort skal få tilbud om oppfølgingssamtaler, jf. § 7 tredje ledd.

All informasjon og veiledning i forbindelse med abort skal være objektiv og nøytral.

§ 12 *Tilbud om abort*

Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen tilbys abort i tråd med loven §§ 4 og 5.

De regionale helseforetakene kan inngå avtale med andre tilbydere om aborttjenester.

§ 13 *Helsepersonells reservasjonsrett*

Helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det, skal fritas fra å utføre eller assistere ved abort eller fosterantallsreduksjon. Retten til fritak gjelder ikke for helsepersonell som gir pasienten stell og pleie før, under og etter behandlingen.

Fritaket må gjøres generelt og gjelde for alle former for abort.

Ved abort som utføres med medikamenter gjelder retten til fritak for helsepersonell som assisterer ved eller utfører avbruddet, herunder rekvirerer eller ordinerer medikamenter i forbindelse med aborten. Dette gjelder selv om den gravide selv inntar medikamentene.

§ 14 *Gratis helsehjelp*

Helsehjelp i forbindelse med abort og fosterantallsreduksjon skal være gratis. Departementet kan i forskrift gjøre unntak for fosterantallsreduksjoner for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.

Kap. 4 – Særlige regler om fosterantallsreduksjon

§ 15 *Adgang til fosterantallsreduksjon*

Abortnemnda kan tillate fosterantallsreduksjon når

- svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet(-a) medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse.
- det er sannsynlig at det foreligger en alvorlig tilstand hos et foster, eller det er sannsynlig at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel.
- det er høy risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel dersom svangerskapet videreføres for alle fostre.
- medisinske forhold ved fosteret(-ne), forhold ved den gravide, den gravides livssituasjon, eller en kombinasjon av disse gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende. I vurderingen av om fosterantallsreduksjon skal tillates etter dette vilkåret skal kravene til grunn for fosterantallsreduksjon veies opp mot risiko for skade, for tidlig fødsel eller død for gjenværende foster.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke er fosterantallsreduksjon ikke tillatt, med mindre det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel, se likevel § 6.

§ 16 *Veiledning ved fosterantallsreduksjon*

Ved søknad om fosterantallsreduksjon skal den gravide møte ved senter for fostermedisin til veiledning og få informasjon om inngrepets art, medisinske virkninger og risiko før søknaden tas til behandling i abortnemnda.

§ 17 *Helsetjenester ved fosterantallsreduksjon*

Undersøkelse og utredning i forbindelse med fosterantallsreduksjon skal skje ved senter for fostermedisin.

Fosterantallsreduksjon skal gjennomføres ved nasjonal behandlingstjeneste for fostermedisin.

Metode og gjennomføring skal følge de til enhver tid anerkjente medisinske retningslinjer for fosterantallsreduksjon.

§ 18 *Vedtaksmyndighet i saker om fosterantallsreduksjon*

Søknad om fosterantallsreduksjon skal behandles i abortnemnd, jf. kap. 5.

I saker om fosterantallsreduksjon skal abortnemnda bestå av en lege med kompetanse innen fostermedisin, en jurist og en person med helsefaglig kompetanse.

§ 19 *Forholdet til abortlovens øvrige regler*

Abortlovens regler gjelder for fosterantallsreduksjoner om ikke annet er bestemt.

Kap. 5 – Vedtaksmyndighet i abortsaker

§ 20 *Vedtaksmyndighet ved søknad om abort*

Abortnemndene behandler søknader om abort og fosterantallsreduksjon etter §§ 5 og 15.

§ 21 *Organisering og oppnevning*

Abortnemndene er uavhengige organer. Verken departementet eller helseforetakene kan instruere abortnemndene i deres faglige virksomhet.

Abortnemndene skal bestå av en lege som er nemndas leder, en jurist, og en person med helsefaglig kompetanse. Legen skal ha relevant spesialistutdanning.

To av nemndsmedlemmene skal være kvinner.

Medlemmer og varamedlemmer oppnevnes av helseforetakene for fire år, med mulighet for én gangs gjenoppnevning.

§ 22 *Behandling av søknad om abort*

Abortnemndenes vedtak skal som hovedregel treffes av en samlet abortnemnd.

Vedtak om tillatelse til abort etter § 5 første ledd bokstav d kan fattes av nemndleder alene.

Vedtak skal fattes med enkelt flertall.

§ 23 *Saksbehandling i abortnemndene*

Saksbehandlingen i abortnemndene er fortrinnsvis skriftlig. Den gravide har ikke plikt til å møte for nemnda.

Saksbehandlingen skal skje raskt og uten unødvendig opphold fra mottatt søknad. Som hovedregel skal søknad behandles neste virkedag etter mottatt søknad.

Den gravide kan kreve å møte for abortnemnda.

§ 24 *Abortnemndenes vedtak*

Abortnemndenes vedtak om å tillate eller nekte abort skal være skriftlig og begrunnet. Begrunnelsen skal vise til de regler vedtaket bygger på, og de faktiske forhold og hensyn som nemnda har vektlagt.

§ 25 *Underretning*

Den gravide skal underrettes så snart som mulig om vedtaket og begrunnelsen. Den gravide skal få vedtaket og begrunnelsen skriftlig.

§ 26 *Åpenhet*

Abortnemndene skal informere offentligheten om sin praksis, innenfor de rammer som følger av nemndenes taushetsplikt, jf. § 32.

§ 27 *Møteprotokoll*

Abortnemndene skal føre protokoll med opplysninger om når vedtak er truffet, hva vedtaket gjelder, og hva nemndas medlemmer har stemt for og imot.

Kap 6 – Nasjonal klagenemnd for abort (Abortklagenemnda)

§ 28 *Automatisk klage*

Ved avslag på søknad om abort fra abortnemnd, skal nemnda straks sende vedtaket og sakens dokumenter til Abortklagenemnda. Den gravide kan trekke søknaden.

Abortklagenemnda skal prøve alle sider av saken.

§ 29 *Organisering og oppnevning*

Abortklagenemnda er et uavhengig organ.

Medlemmene i Abortklagenemnda oppnevnes av departementet for fire år, med mulighet for én gangs gjenoppnevning.

Abortklagenemnda skal bestå av fem medlemmer, hvorav minst to medlemmer skal være leger og ett medlem skal være jurist. Den ene legen skal ha relevant spesialistutdanning. Leder skal

være lege. For hvert medlem kan det oppnevnes inntil to varamedlemmer.

§ 30 Avgjørelse i Abortklagenemnda

Abortklagenemnda skal behandle klager og treffe vedtak i møte.

Abortklagenemndas avgjørelser treffes med enkelt flertall.

§ 31 Saksbehandling i abortklagenemnda

Saksbehandlingen i Abortklagenemnda skjer ved muntlige diskusjoner. Den gravide kan kreve å møte for Abortklagenemnda, men har ikke plikt til å møte.

Saksbehandlingen skal skje raskt og uten unødvendig opphold fra mottatt søknad.

Sakene i Abortklagenemnda forberedes av et sekretariat.

§ 32 Kvalitetssikrings- og veiledningsoppgaver

Abortklagenemnda skal utøve kvalitetssikring med abortnemndenes avgjørelser. I forbindelse med kvalitetssikringen skal Abortklagenemnda, uten hinder av taushetsplikt, ha rett til innsyn i abortnemndenes vedtak.

Abortklagenemnda skal veilede abortnemndene i lovforståelse.

Abortklagenemnda kan uten hinder av taushetsplikt informere abortnemnda som fattet det aktuelle vedtaket om Abortklagenemndas vedtak og begrunnelse.

Abortklagenemnda kan ikke instruere abortnemndene eller omgjøre sak uten klage.

Kap 7 – Andre bestemmelser

§ 33 Informasjonsbehandling

Medlemmer i abortnemndene har taushetsplikt etter helsepersonelloven §§ 21 til 23, med mindre noe annet fremgår av loven her.

§ 34 Innhenting av opplysninger

Abortnemndene og Abortklagenemnda kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt innhente opplysninger om den gravides helse-, sosial- og trygdeforhold, forutsatt at den gravide har samtykket i det.

§ 35 Forholdet til forvaltningsloven

Dersom ikke annet er bestemt, gjelder forvaltningsloven for virksomheten i abortnemndene og Abortklagenemnda.

§ 65 Forholdet til helselovgivningen

Dersom ikke annet er bestemt, gjelder annen helselovgivning for utførelse av abort og helsetjenester i forbindelse med abort.

§ 37 Forskrift til abortloven

Departementet kan gi nærmere forskrift om abortnemndenes og Abortklagenemndas organisering og saksbehandling.

Departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om krav til helsetjenester ved abort og fosterantallsreduksjon, og helsepersonells reservasjonsrett.

§ 38 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.

Kapittel 37

Merknader til de enkelte paragrafene

Kapittel 1 – Almennelige bestemmelser

§ 1 Lovens formål

Paragrafen angir abortlovens formål. Formålsbestemmelsen gir uttrykk for de verdier som ligger til grunn for loven, og samfunnshensyn som ligger til grunn for de statlige inngrepene i den gravides selvbestemmelse.

Formålet gir uttrykk for den avveiningen mellom verdier og hensyn, til kvinnens selvbestemmelse og tilgang til trygge aborter opp mot hensynet til å sikre respekt for det ufødte liv, som vil ligge til grunn i abortnemndenes behandling av søknader om abort.

§ 2 Virkeområde

Utkastet til § 2 første ledd er nytt. Verken abortloven eller -forskriften har regler om det personelle virkeområdet. Utvalget foreslår at loven skal gjelde for alle som oppholder seg i riket, som er samme formulering som er brukt i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2. Utvalget har ikke foreslått å innføre hjemmel for å gjøre unntak for personer som ikke er faste statsborgere eller som ikke har fast opphold i riket, slik som det er mulighet for etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2. Bakgrunnen er at abort er en tjeneste som bør være tilgjengelig for alle gravide som faktisk er i Norge, uavhengig av oppholdsgrunnlag. Se også utkastet til § 14 og merknadene til denne om gratis aborttjenester. Imidlertid er fosterantallsreduksjoner en så spesialisert tjeneste at det kan være grunnlag for å gjøre unntak gjennom forskrift.

Utkastet til § 2 annet ledd viderefører abortloven § 15 første ledd annet setning, jf. også abortforskriften § 24. Svalbardloven § 2 fastsetter at norsk «privatrett og strafferett og den norske lovgivning om rettspleien» gjelder for Svalbard, når ikke annet er fastsatt. Derimot gjelder «andre lovbestemmelser» ikke for Svalbard, «uten når det særskilt er fastsatt». Det er derfor behov for en særskilt lovbestemmelse som fastsetter at abortlo-

ven skal gjelde for Svalbard. At abortloven skal gjelde for Svalbard betyr ikke at abort skal skje der, men at gravide som oppholder seg på Svalbard skal kunne søke om abort derfra. Departementet har fastsatt en egen forskrift om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen (FOR-2015-06-22-747). Denne forskriften kan videreføres, men henvisningen til abortloven må oppdateres som følge av ny abortlov.

Jan Mayen står i en særstilling fordi så få har tilhold der. Det er ikke nødvendig med egen regulering, slik som etter dagens abortforskrift.

§ 3 Definisjoner

Med abort forstås i loven provosert abort, ikke spontanabort. Provosert abort er når et svangerskap avbrytes med den hensikt å hindre fødsel av et barn. Provoserte aborter kan utføres med ulike metoder, slik som bruk av medikamenter eller kirurgiske inngrep.

Svangerskapsuke gir informasjon om hvor langt et svangerskap har kommet. Svangerskapets lengde beregnes ut fra første blødningsdag i den gravides siste menstruasjon. Grunnlaget for beregningen er en svangerskapslengde på 283 dager fra første dag i siste menstruasjon. Ultralydmål skal vektlegges. Datering bør helst utføres ved den tidligste ultralydundersøkelsen.

Ved grensen for selvbestemmelse er det viktig å ta hensyn til at fostrene kan vokse i forskjellig hastighet og dermed forholde seg til hele normalområdet i vurdering av svangerskapets lengde.

Dersom svangerskapets varighet bedømmes med ultralyd, vil følgende mål være veiledende i vurdering av svangerskapets lengde¹:

Ved utgangen av 18. svangerskapsuke brukes BPD (biparietal diameter – avstand mellom tinningbeina) for å fastsette svangerskapslengde. 97,5 prosentilen er her følgende:

– BPD 44 mm

¹ Beregningene er gjort 10.11.2023 av Håkon Gjessing ved Folkehelseinstituttet, basert på eSnurra-materialet.

Når svangerskapets varighet er bedømt med ultralyd, vil følgende mål være veiledende for å bestemme når fosteret er ved utgangen av 22. svangerskapsuke.

- BPD 55 mm
- Femur lengde (lårbenslengde) 37 mm.

Helsedirektoratet anbefaler i Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen at eSnurra brukes som metode til å vurdere svangerskapslengde.

Kapittel 2 – Rett til abort

§ 4 Rett til abort

Retten til selvbestemt abort frem til utgangen av 18. svangerskapsuke inneholder i realiteten to ulike rettigheter. For det første bestemmer loven at den gravide, fritt kan velge å avbryte svangerskapet innen utgangen av 18. svangerskapsuke. For det andre har den gravide en rett til selve abortinngrepet. Offentlig helsetjeneste har en korresponderende plikt til å utføre inngrepet i tråd med den gravides beslutning, jf. «sørge for» ansvaret i lovens § 12. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke vil den gravide ha rett til å få utført inngrepet dersom abortnemnden har innvilget søknaden.

Kvinnen har ikke rett til å velge abortmetode, men har rett til å medvirke ved valg av forsvarlige metoder, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd.

§ 5 Adgang til abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke

Dagens abortlov § 2 tredje ledd setter opp vilkårene for abort etter utløpet av tolvte svangerskapsuke. Utkastet til ny lov inneholder en annen inndeling av vilkårene, selv om de dels er en videreføring av dagens lov.

Første ledd bokstav a bestemmer at abort er tillatt etter utgangen av 18. svangerskapsuke når svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse. Dette vilkåret tar sikte på å fange opp tilfeller der det er stor risiko for at svangerskap, fødsel eller omsorg vil forårsake fysisk eller psykisk skade på den gravide, eller føre til en forverring av eksisterende sykdom. Her må det foreligge en årsakssammenheng mellom svangerskap, fødsel eller omsorgen for barnet og belastningen på kvinnen. Vilkåret er en videreføring av gjeldende rett.

Første ledd bokstav b bestemmer at abort er tillatt etter utgangen av 18. svangerskapsuke når graviditeten oppstod under forhold som nevnt i straffeloven §§ 312–314, eller svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 291–296, 299, 301, 302 og 314. I saker fremmet etter denne bestemmelsen er det ikke forutsatt at nemnda skal vurdere kvinnens samlede livssituasjon. Omstendighetene er uansett så alvorlige at en kvinne ikke bør tvinges til å fullføre svangerskapet. På bakgrunn av at kvinner som har vært utsatt for slik forbrytelse kan ønske å ikke bli trukket inn i en straffesak, stilles det ikke krav om anmeldelse til politiet. Nemnda må på bakgrunn av de opplysningene den mottar, foreta en vurdering av om det er sannsynliggjort at det foreligger brudd på en av de aktuelle straffebestemmelsene. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett

Første ledd bokstav c bestemmer at abort er tillatt etter utgangen av 18. svangerskapsuke når medisinske forhold ved fosteret, forhold ved den gravide, den gravides livssituasjon, eller en kombinasjon av disse gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende. Vilkåret innebærer en delvis videreføring av § 2 tredje ledd bokstav c og e i dagens abortlov, men slik at adgangen til abort knyttes til kvinnens konkrete utfordringer, selvbestemmelse og vurdering av situasjonen, basert på de forhold som foreligger, og ikke direkte til kvinnens eller fosterets egenskaper. Vilkåret innebærer i tillegg en videreføring av dagens § 2 tredje ledd bokstav b.

Vurderingen av om fremtidig omsorg vil være krevende på grunn av medisinske forhold ved fosteret bør først og fremst hvile på en objektiv vurdering, som abortnemnda må ha kompetanse til å gjøre. For en del forhold ved fostre må det kunne legges til grunn, uten videre vurdering, at disse forholdene normalt medfører langvarig og omfattende omsorg. Dette vil blant annet gjelde tilstander som krever hyppig oppfølging i helsetjenesten i en ikke ubetydelig periode. Det vil også gjelde tilstander som normalt vil kreve særlige tilrettelagte tiltak under oppveksten. Et grunnlag kan også være svært forsinket eller ingen selvstendigjøring. Både fysiske og intellektuelle avvik kan gi grunnlag for abort.

Slik vilkåret er formulert, avgrenses det mot forhold ved fosteret som fortrinnsvis er av rent estetisk karakter, som utseendemessige forhold. Gravides eventuelle frykt for stigmatisering, utenforskap, trakassering og mobbing på grunn av fosteret/barnets funksjonsnedsettelse kan heller

ikke vektlegges i vurderingen av om abort skal tillates.

Det bør stilles krav om at medisinske tilstander hos fostret bekrefte ved godkjente tester før abort kan innvilges på grunn av medisinske forhold hos fosteret.

Vilkåret bestemmer også at abort skal tillates når forhold ved den gravide kan gjøre svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende. Dette kan både handle om forhold som rusmiddelavhengighet, kognitive og intellektuelle forhold eller psykiske lidelser. Vilkåret kan omfatte tilfeller som har blitt vurdert etter dagens abortlov § 2 tredje ledd bokstav e om alvorlig sinnslidelse og psykisk utviklingshemming i betydelig grad. Vilkåret innebærer imidlertid ingen direkte årsakssammenheng mellom funksjonsnedsettelse hos den gravide og adgang til abort, men knytter adgangen til abort til en konkret vurdering av at svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet vil være særlig krevende for den gravide.

Forhold ved den gravides livssituasjon som gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende er i hovedsak en videreføring av det sosiale vilkåret i dagens abortlov § 2 tredje ledd bokstav b. Dagens vide adgang til abort på grunn av sosiale forhold opprettholdes. Forhold ved den gravides livssituasjon vil derfor inkludere en rekke forhold av ulik karakter. For det første mener utvalget at økonomiske forhold kan gjøre svangerskap, fødsel, oppvekst eller fremtidig omsorg særlig krevende. Som nevnt over mener utvalget at det her bør legges til grunn en objektiv standard, slik at for eksempel lavinntekt eller fattigdom kan begrunne abort.

Forhold ved den gravides livssituasjon kan også dreie seg om den gravides sosiale nettverk og familieforhold. En vanskelig livssituasjon med manglende støtte og tap av nettverk og familie og sosialt stigma kan gjøre fremtidig oppvekst og omsorg for barnet krevende. Vilkåret stiller ikke krav om at slike forhold skal foreligge før svangerskapet, men omfatter også reaksjoner og forhold som utløses av svangerskap, fødsel eller omsorg.

Omsorg for barn kan også være særlig krevende, både fysisk, psykisk og emosjonelt for kvinner og familier som er utsatt for vold fra nærpersoner.

Første ledd bokstav d bestemmer at abort er tillatt etter utgangen av 18. svangerskapsuke når

det foreligger alvorlige tilstander hos fostret, eller det er sannsynlig at fostret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel. Dette vilkåret gir adgang til abort ved alvorlige tilstander hos fosteret. Som alvorlige tilstander regnes sykdom eller funksjonsnedsettelse som med stor sannsynlighet vil medføre vesentlig smerte, smertefulle behandlinger og inngrep, gjentatte sykehusinnleggelse, stor avhengighet og kort forventet levetid. Slike tilstander kan medføre store påkjenninger for den gravide og paret i form av psykiske påkjenninger, omsorgsoppgaver langt ut over det normale, og praktiske utfordringer. Omsorg for et barn med alvorlige tilstander kan påvirke hverdag og familieliv i vesentlig grad.

Selv om lovens ordlyd i bokstav d innebærer en direkte sammenheng mellom fostrets tilstand og egenskaper, og adgang til abort, er også dette vilkåret begrunnet i kvinnens selvbestemmelse over egen kropp og vurdering av hennes og ev. familiens fremtid og livssituasjon. Av hensyn til kvinnen og en skånsom prosess vil imidlertid ikke kvinnen i slike tilfeller måtte begrunne sitt valg om abort. Det er tilstrekkelig at medisinske forhold dokumenteres.

Den gravides oppfatning av situasjonen skal tillegges betydelig vekt ved vurderingen av om vilkårene er oppfylt. Den gravides oppfatning av de objektive vilkår som følger av loven skal ikke vektlegges. Det som skal tillegges vekt er den gravides oppfatning av den situasjon hun befinner seg i. Nemndens plikt til å legge vesentlig vekt på den gravides opplevelse vil ikke fritta nemndene for en viss undersøkelsesplikt.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke er abort ikke tillatt, med mindre det er klart at fostret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel. I noen tilfeller vil fosteret ha en tilstand som er uforenlig med liv utenfor livmoren uansett tidspunkt for forløsning. Tilstanden vil kunne være forenlig med overlevelse i minutter, timer, dager eller noen uker. Tilstanden kan her likevel være uforenlig med liv dersom erfaringer klart tilsier at overlevelsesmulighetene er tilnærmet ikke-eksisterende utover en slik tidsperiode. Det kan i disse tilfellene for eksempel dreie seg om akrani (manglende utvikling av skallen), anencefali (manglende utvikling av hjernen) og en del andre utviklingsavvik som er entydig uforenlige med liv. I slike tilfeller kan abort også innvilges etter utgangen av 22. svangerskapsuke. Abortnemnden fatter vedtak i slike saker. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett

§ 6 Nødsituasjoner

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende abortlov § 10, men med en presisering om hvem som skal fatte avgjørelse om at svangerskapet skal avbrytes.

Bestemmelsen tar sikte på å verne om den gravides liv og helse. Den omfatter nødrettssituasjoner hvor svangerskapet kan avbrytes for å avverge vesentlig helseskade eller tap av liv hos den gravide. Dersom vilkårene er innfridde, kan avbrytelsen foretas på ethvert tidspunkt i svangerskapet, uavhengig av abortgrensene som ellers fremgår av loven. Formålet med bestemmelsen å ta hensyn til tidskritiske situasjoner, hvor svangerskapet må avbrytes raskt og det ikke vil være tid å fremsette krav eller søknad om abort.

Bestemmelsen må tolkes i lys av helsepersonelloven § 7 om plikten til å gi øyeblikkelig hjelp.

§ 7 Rett til informasjon, veiledning og oppfølging

Bestemmelsen klargjør at den gravide har rett på informasjon og veiledning med sikte på at den gravide skal få et best mulig vurderingsgrunnlag for å kunne ta en beslutning. Dersom den gravide ønsker det, skal hun ha rett på informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne, både om hun velger abort eller velger å beholde barnet/gjennomføre svangerskapet, jf. § 11 første ledd. Gravide som vurderer abort har rett til veiledning. Det er ikke krav om at den gravide har fremsatt krav om eller søkt om abort for at rettigheten skal gjøres gjeldende. Informasjonen skal omfatte aktuelle tjenester, økonomiske ytelser som den gravide vil ha rett til, og eventuelle andre aktuelle sosiale hjelpetiltak. Aktuelle instanser som kan bidra med denne type informasjon er fastlege, fostermedisinske senter, Nav, familievernkontor og helsestasjon. Hvis det er påvist medisinske tilstander hos fosteret, skal kvinnen få tilbud om informasjon og veiledning fra annet personell som arbeider med funksjonshemmede, for eksempel habiliteringstjenester og relevante bruker- og interesseorganisasjoner.

Det klargjøres at den gravide, i forkant av en abort, skal ha rett på informasjon om selve aborten, hvordan denne foregår og om medisinske virkninger og mulige komplikasjoner, jfr. bestemmelsene i § 11 andre ledd, og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Hun skal også i medhold av ny bestemmelse ha rett til oppfølgingssamtaler etter aborten, jfr. bestemmelsene i § 11 tredje ledd. Dette er endring av gjeldende rett.

Informasjon og oppfølging skal så langt som mulig gjennomføres i tråd med kvinnens behov, både med tanke på varighet og hos hvem oppfølgingen skal foregå. Rettighetene etter denne bestemmelsen korresponderer med plikten i § 11.

§ 8 Krav eller søknad om abort

Abortloven skiller mellom krav om abort etter § 4, hvor den gravide har rett til selvbestemt abort til slutten av 18. svangerskapsuke, og søknad om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke til abortnemnda etter 5. Formålet med bestemmelsen er å tydeliggjøre at krav og søknad om abort skal være frivillig og være basert på den gravides egne ønsker. Det er derfor den gravide som har kompetanse til å fremme krav eller søknad om abort. Med mindre det fremgår unntak av denne lov, er utgangspunktet at alle gravide selv skal fremsette søknad om abort uavhengig av alder, evner eller egenskaper.

Gravide skal ha likeverdig tilgang til aborttjenester. Dette betyr at helsepersonell må gi den gravide bistand med å fremme krav eller søknad, dersom hun har behov for det. Bistanden skal ta utgangspunkt i den gravides individuelle forutsetninger. Bistanden kan innebære hjelp til å fylle ut og sende søknad på grunn språkutfordringer, rus, fysisk eller sensorisk funksjonsnedsettelse, analfabetisme eller andre lignende forhold. Helsepersonell kan i denne sammenheng for eksempel være fastlege, personell på helsestasjon eller sykehus.

§ 9 Myndige gravide uten beslutningskompetanse

Bestemmelsen er modernisert, blant annet for å harmonere med menneskerettslige forpliktelser og bestemmelser i vergemålsloven. Gravide skal så langt som mulig selv fremsette krav eller søknad om abort, jf. ny § 8. Bistand og veiledning skal gis den gravide for å støtte opp under frivillighet og selvbestemmelse, og styrke den gravides beslutningskompetanse. Om den gravide har beslutningskompetanse skal vurderes etter at tilpasset informasjon og veiledning (beslutningsstøtte) er gitt.

Formålet med bestemmelsen er å ivareta retten til abort for gravide som ønsker abort, men som ikke selv evner å fremsette krav eller søknad. Bakgrunnen for dette kan være funksjonsnedsettelse som for eksempel utviklingshemming eller andre psykiske eller fysiske funksjonsnedsettelser. Det sentrale vurderingstema for om bestemmelsen får anvendelse er om den gravide, i den konkrete situasjonen, er i stand til å forstå valg-

tuasjonen og følgene av å fremsette krav eller søknad om abort. Denne vurderingen skal foretas av kvalifisert helsepersonell i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

Dersom kvalifisert helsepersonell har kommet til at den gravide mangler beslutningskompetanse til å fremsette krav eller søknad om abort, er det den gravides verge som handler på hennes vegne. Verge må kunne oppnevnes raskt dersom den gravide ikke har verge fra før.

Gravide skal så langt som mulig gi sitt samtykke til krav eller søknad, selv om hun mangler beslutningskompetanse i relasjon til abortspørsmålet. Bestemmelsen gir ikke grunnlag for å utøve tvang.

§ 10 Barns beslutningskompetanse

Bestemmelsen er ny, og viser til at reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-4, 4-4 og 4-5 skal gjelde for beslutningsprosesser om abort som involverer mindreårige gravide i situasjoner der mindreårige på grunn av alder eller andre forhold ikke er i stand til å ivareta og hevde sine interesser og ønsker i forbindelse med abort. Utgangspunktet i abortloven er at den gravide selv fremsetter krav eller søknad om abort. Dette gjelder også dersom den gravide er mindreårig. Mindreårige gravide skal gis informasjon, veiledning og beslutningsstøtte. Selv om dette gis, kan mindreårige gravide i enkelte tilfeller på grunn av individuelle egenskaper, alder og modenhet mangle evne til å forstå valgsituasjonen eller fremsette krav eller søknad. Pasient- og brukerrettighetsloven gir regler om informasjon til foreldre. Bestemmelsen slår fast at disse også skal gjelde for abort.

Selv om foreldre, eller andre med foreldresvaret fremsetter krav eller søknad om abort, skal den mindreårige gravide så langt som mulig gi sin tilslutning til dette. Formålet er å motvirke at det gjennomføres aborter mot den gravides vilje.

Helsepersonell skal tilstrebe god og trygg foreldreinvolvering for mindreårige som ønsker abort. Det kan imidlertid tenkes at mindreårige settes i vanskelige eller farlige situasjoner dersom foreldre informeres om barnets ønske om abort. Hvorvidt foreldre har rett på denne informasjonen, skal vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4. Selv om hovedregelen er at barn over 16 år fatter egne helseavgjørelser, kan det tenkes at yngre barn også er i stand til å fatte avgjørelser om abort.

Kapittel 3 – Helsetjenestens plikter

§ 11 Informasjon og veiledning

Bestemmelsen korresponderer med rettighetsbestemmelsen i § 7. Med «virksomheten» i første ledd første punktum menes både regionale helseforetak og kommuner. Veiledning og informasjon skal gis på ulike stadier i abortforløpet og av fastlege, helsesykepleier, jordmor, sykepleier, sosionom eller annet helsepersonell med kompetanse på seksuell og reproduktiv helse. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 skal informasjonen være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Enkelte gravide vil ut fra språklige, kulturelle eller kognitive utfordringer kunne ha behov for at informasjon og veiledning som beskrevet i § 7 Rett til informasjon, veiledning og oppfølging blir individuelt tilpasset. Det innebærer at virksomheten som tilbyr veiledning og informasjon må ha system som tar hensyn til språklige og kulturelle forskjeller i den samiske urbefolkningen og i innvandrerbefolkningen, og som tar høyde for ulik kognitiv fungering og sensoriske funksjonsnedsettelse. Dette innebærer også å benytte kvalifisert tolk der skal ha et særlig ansvar for å informere om mulige komplikasjoner i forbindelse med aborten, jfr. første ledd andre punktum.

Oppfølgingssamtale(-r) i tråd med første ledd tredje punktum skal tilbys og så langt mulig gjennomføres i tråd med kvinnens behov, både med tanke på varighet og hos hvem oppfølgingen skal foregå. Det er naturlig at fastlege og kommunale helsetjenester har et særlig ansvar for å organisere tilbud om oppfølgingssamtaler. Dette er endring av gjeldende rett.

Etter lovens første ledd fjerde punktum forutsettes det at helsepersonell som skal veilede og informere både har veiledningskompetanse og særlig kompetanse på seksuell og reproduktiv helse. Dersom den gravide ønsker annen rådgivning for selv å kunne treffe det endelige valg, kan helsepersonell informere henne om andre rådgivende instanser. Informasjon og veiledning skal være i tråd med gjeldende lovregulering og man bør følge faglige retningslinjer. Informasjon og veiledning skal gjennomføres på en objektiv, nøytral måte, med respekt for at ansvaret for beslutningen om svangerskapsavbrudd er den gravides.

Helsepersonells eget syn på abort skal ikke tilkjennegis i veiledning av og informasjon til den gravide og eventuelt partner. Helsepersonellens reservasjonsrett gjelder kun for personell som utfører eller assisterer ved selve abortinngrepet,

ikke for plikten til å gi nødvendig informasjon og veiledning.

Virksomheten skal organiseres slik at informasjon- og veiledningsplikten overholdes, jf. helsepersonelloven § 16 og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring.

§ 12 Tilbud om abort

Å oppfylle kvinners rett til abort er en del av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester, herunder abort. Dette innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Å oppfylle kvinners rett til abort kan innebære at tjenesten ytes av et helseforetak, eller ved at de inngår avtale med andre tjenesteytere.

Det vises til utvalgets forslag i kap. 32.1 om abort før utgangen av 10. svangerskapsuke utenfor sykehus. En slik ordning kan gjennomføres innenfor lovforslagets § 12. Sørge-for-ansvaret vil da ligge i spesialisthelsetjenesten, selv om oppfyllelse av rettigheten vil ligge i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det må da inngås avtale mellom virksomhetene.

§ 13 Helsepersonells reservasjonsrett

Bestemmelsen viderefører innholdet i gjeldende abortforskrift § 15, men er flyttet fra forskrift til lov slik at fritaket tydeliggjøres. Det er gjort enkelt språklige endringer. Bestemmelsen må tolkes i lys av bestemmelsene om trosfrihet i menneskerettsloven.

Fritaket kan ikke gjøres gjeldende for enkelttilfeller, men mot å utføre eller bistå ved abort generelt. Helsepersonell kan ikke be om fritak for annen helsehjelp i forbindelse med aborten, f.eks. henvisning, mottaking, journalskriving, for- og etterbehandling samt vanlig pleie og stell. Fritaket knytter seg til deltakelse under selve aborten.

For å få fritak, er det tilstrekkelig at helsepersonellet oppgir at en ønsker dette av samvittighetsgrunner.

§ 14 Gratis helsehjelp

Utkastet til § 14 er nytt. Dagens abortlov inneholder ingen regler om at denne helsehjelpen skal være gratis. De fleste gravide vil likevel ha gratis

tilgang til abort i tråd med de alminnelige reglene i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Imidlertid er det noen gravide som mangler fulle rettigheter til helsetjenester, for eksempel fordi de er uten lovlig opphold i Norge. Denne gruppen vil i dag ha rett til abort, men vil kunne bli møtt med et betalingskrav i etterkant. Utvalget foreslår å endre rettstilstanden for så gjelder betalingsspørsmålet, jf. diskusjonene i kap. 35.

I utkastet til § 14 foreslår utvalget en egen forskriftshjemmel for fosterantallsreduksjon hvor det skal være hjemmel for å gjøre unntak fra gratisprinsippet. Dette er en høyspesialisert tjeneste hvor utvalget mener at det kan være grunn til å være mer restriktiv i tilgangen. Ordlyden i utkastet til lovtokst er lagt tett opp til ordvalget i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 første ledd.

Kapittel 4 – Særlige regler om fosterantallsreduksjon

§ 15 Adgang til fosterantallsreduksjon

Utkastet til § 15 er en videreføring av abortloven § 2 a, i den forstand at alle søknader om fosterantallsreduksjon må avgjøres av nemnd. Oppbyggingen av utkastet til § 15 skiller seg imidlertid fra abortloven ved at vilkårene nå er samlet i bestemmelsen om fosterantallsreduksjon, fremfor dagens løsning hvor § 2 a viser til vilkårene for abort.

Fosterantallsreduksjon skiller seg fra abort ved at fosterantallsreduksjon gjøres med mål om å fortsette et svangerskap og føde ett eller flere barn, og at svangerskapet ikke avsluttes. Siden inngrepet kan føre til skade på eller død av gjenværende foster/fostre reguleres dette ikke likt som abort. Utkastet til første ledd bokstav a, b og d er identiske med vilkårene for abort i utkastet til § 5. Utkastet til første ledd bokstav c er en særregulering for fosterantallsreduksjon, siden inngrepet kan føre til skade på de gjenværende fostrene, og bygger på abortloven § 2 a fjerde ledd.

§ 16 Veiledning ved fosterantallsreduksjon

Før en eventuell fosterantallsreduksjon skal den gravide være grundig informert om både risiko knyttet til å fortsette svangerskapet for alle fostre, og risiko og påkjenninger knyttet til å gjennomføre en fosterantallsreduksjon. Dette ivaretas ved en obligatorisk veiledning som gjennomføres i samsvar med denne bestemmelsen. Det legges til grunn at nødvendige undersøkelser er gjennomført som grunnlag for veiledningen.

§ 17 Helsetjenester ved fosterantallsreduksjon

Dagens praksis er at det primært er på medisinsk indikasjon utredningen skjer ved senter for fostermedisin, mens søknader om uselektiv fosterantallsreduksjon uten medisinsk indikasjon kan komme via gynekolog eller den gravide selv. Av faglige grunner er det viktig at alle gravide som ønsker fosterantallsreduksjon først undersøkes grundig ved et senter for fostermedisin. Dette fastslås i lovbestemmelsen.

I 2016 besluttet Helsedirektoratet at alle fosterantallsreduksjoner skulle utføres ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs hospital. Dette er regulert i tredje ledd.

§ 18 Vedtaksmyndighet i saker om fosterantallsreduksjon

Forslaget er at alle søknader om fosterantallsreduksjon behandles av én abortnemnd, fortrinnsvis nemd som er lokalisert ved nasjonal behandlingstjeneste for fostermedisin.

Vurdering av medisinske forhold og vektning av sosiale forhold opp mot risiko for gjenværende foster er svært krevende ved fosterantallsreduksjon. Paragrafen bestemmer at alle søknader om fosterantallsreduksjon skal behandles av kun én abortnemnd. Denne abortnemnda skal, i forhold til andre abortnemnder, være styrket med ekspertise innen fostermedisin. Nemnda skal være lokalisert ved sykehuset som også har den nasjonale behandlingstjenesten for fostermedisin.

§ 19 Forholdet til abortlovens øvrige regler

Loven bestemmer at abortlovens øvrige regler gjelder for fosterantallsreduksjoner, om ikke annet er bestemt. Dette omfatter blant annet innledende bestemmelser, reglene om rett til informasjon og veiledning, helsetjenestenes plikter, reglene for saksgang og behandling i abortnemnd og Abortklagenemnda og avsluttende bestemmelser om taushetsplikt og informasjonsbehandling.

Kapittel 5 – Vedtaksmyndighet i abortsaker

§ 20 Vedtaksmyndighet ved søknad om abort

Utvalget har foreslått å videreføre abortnemndene som vedtaksmyndighet. Dagens abortlov inneholder regler om «nemnd», jf. § 7 annet ledd. I forskrift og veileder brukes «primærnemnd». Selv om «Abortnemndene» viderefører «nemnd» i

dagens lov, har de en annen funksjon etter lovforlaget enn dagens nemnder, jf. kap. 27.8.

§ 21 Organisering og oppnevning

Dagens abortlov inneholder få regler om primærnemndene og overlater mye til regulering gjennom forskrift, jf. abortloven § 12. Lovforslaget bygger på at flere av saksbehandlingsreglene skal lovfestes, men mange av forslagene er en videreføring av regler som i dag følger av abortforskriften. Abortnemndene er forvaltningsorgan, og avgjørelse om abort er enkeltvedtak etter forvaltningsloven, jf. lovforslaget § 34. En del av bestemmelsene i forvaltningsloven er tatt inn i lovutkastet. Kvinner som søker abort kan dermed i stor grad finne frem til hvilke regler som gjelder ved å lese i den nye abortloven, fremfor å måtte krysslese med forvaltningsloven. Fremdeles vil det være behov for regulering i forskrift av enkelte detaljspørsmål, for eksempel spørsmål om aldersgrense for nemndsmedlemmer og godtgjørelse, jf. abortforskriften §§ 13 og 14.

Utkastet til første ledd er nytt. Dagens lov eller forskrift fastsetter ikke uttrykkelig at nemndene skal være uavhengige, jf. diskusjonen i kap. 11.2 om gjeldende rett. Et sentralt trekk ved uavhengige forvaltningsorgan er at de ikke kan instrueres i enkeltsaker. Dette er nå tatt inn i lovteksten ved at abortnemndene ikke kan instrueres i deres faglige virksomhet. Derimot kan nemndene instrueres for så vidt gjelder saksbehandlingen og organiseringen av departementet eller helseforetakene. Abortklagenemnda kan veilede i lovforståelse.

Utkastet til andre ledd er nytt. Dagens nemnder består av to medlemmer, som begge skal være leger, jf. abortloven § 7 annet ledd. Ingen av disse er leder. Abortnemndene skal etter lovutkastet bestå av tre medlemmer. Leder skal være lege med relevant spesialistutdanning. Normalt vil dette være spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer (gynekolog). Ett medlem skal være jurist, dvs. ha mastergrad i rettsvitenskap eller tilsvarende utdanning. Ett medlem skal ha helsefaglig kompetanse. Dette dekker alle grupper som har autorisasjon etter helsepersonelloven § 48.

Utkastet til tredje ledd er nytt. Dagens lov inneholder ingen regler om kjønnssammensetning, mens veilederen fastsetter at primærnemnd skal bestå av én kvinne og én mann. Likestillings- og diskrimineringsloven § 28 første ledd bokstav a slår fast at i nemnder som har to eller tre medlemmer, skal begge kjønn være representert.

Utkastet til fjerde ledd er nytt, men abortforskriften har regler om oppnevning og sammensetting av nemnder, jf. § 11. I dag skal det ene faste medlemmet være lege ved den avdeling hvor svangerskapsavbruddet foretas, mens det andre medlemmer oppnevnes av statsforvalteren. Lovutkastet bygger på at de regionale helseforetakene skal ha ansvar for abortnemndene, og dermed skal de etter forslaget også stå for oppnevningene. Som i dag er oppnevningsperioden på fire år, men det er presisert i lovforslaget at gjenoppnevning bare kan skje én gang. Om et medlem kommer inn under en periode, må vedkommende da kunne sitte i mer enn åtte år. Fremdeles vil det være behov for nærmere regulering av en del spørsmål om nemndsoppnevning i forskrift bl.a. knyttet til varamedlemmene. Disse må følge rollene, slik at en lege ikke kan være vara for en jurist, men om nemnden består av to leger med relevant spesialutdanning, trenger ikke varamedlemmene til legene å være personlige.

§ 22 Behandling av søknad om abort

Utkastet til første ledd er nytt. Dagens primærnemnder treffer naturlig nok vedtak når begge medlemmene deltar. Normalordningen etter utkastet til ny abortlov er at hele nemnda deltar. Om ett medlem er fraværende, må varamedlem innkalles. Abortnemndene avgjør selv om saken avgjøres i fjernmøte/digitalt møte eller i ordinært møte hvor alle medlemmene er til stede, eventuelt i kombinasjon eller gjennom skriftlig saksbehandling.

Utkastet til andre ledd er nytt. Dagens primærnemnder fatter vedtak når begge medlemmene deltar, mens etter utkastet kan leder fatte vedtak alene etter § 5 bokstav d. Disse sakene vil ofte haste og krever medisinsk kompetanse. Leder er imidlertid ikke forpliktet til å fatte vedtak etter denne sakstypen alene. Om saken er spesielt krevende, bør den avgjøres av full abortnemnd.

Utkastet til tredje ledd er nytt. Dagens primærnemnder må være enstemmige for å innvilge svangerskapsavbrudd, jf. abortforskriften § 6 annet ledd. Strengt tatt er «enkelt» flertall et unødig uttrykk, men er brukt siden det tross alt ikke kan misforstås.

§ 23 Saksbehandling i abortnemndene

Saksbehandlingen i dagens primærnemnder har vært utsatt for en del kritikk, jf. diskusjonene i kap. 27.4 og 27.7. Samtidig foreslår utvalget å videreføre mange av saksbehandlingsreglene. Dette

betyr ikke at abortnemndene skal fungere som de tidligere primærnemndene, bare med tre medlemmer fremfor to. Abortnemndene skal ha en annen rolle, særlig knyttet til veiledningsoppgaven, som nå er tonet ned. På samme måte som i dag er søknader om abort krevende saker fordi de er så nært knyttet til den gravide privatliv. Det er derfor behov for en grundig saksbehandling som også er skånsom. Dessuten må saksbehandlingen være tilpasset den enkelte sak. Noen ganger er saksutfallet opplagt, mens det andre ganger er behov for mer inngående diskusjoner. Ansvaret for å utrede saken tilstrekkelig ligger uansett på abortnemnda, jf. forvaltningsloven § 17. Se også utkastet til § 34 om innhenting av opplysninger.

Utkastet til første ledd er nytt. Etter dagens abortforskrift § 5 tredje ledd skal kvinnen gis anledning til å uttale seg skriftlig eller muntlig for nemnda, og de to alternativene er likestilte. Ett av kritikkpunktene mot dagens primærnemnder er opplevelsen knyttet til å måtte møte i nemnd, jf. kap. 11.5. Utkastet bygger på at den gravide selv kan kreve å få møte abortnemnden, som normalt vil skje digitalt. Den gravide har altså ingen plikt til å møte, men abortnemnda har uansett ansvar for at saken er forsvarlig opplyst. Om sosiale forhold står sentralt, og søknaden er knapp på dette punkt, må abortnemnda eventuelt bruke skriftlige kilder for å få disse utdypet, om kvinnen ikke ønsker å møte. Se også utkastet til § 34 om innhenting av opplysninger.

Utkastet til annet ledd er dels en videreføring av regler i dagens abortforskrift og dels nytt. Etter abortforskriften § 5 første ledd skal saken behandles «hurtigst» mulig og etter § 6 første ledd må vedtak treffes «snarest mulig etter at saken er ferdig forberedt». Utkastet til ny lovtekst inneholder litt andre ordvalg enn dagens forskrift, uten at det er tilsiktet en endring. Derimot er forslaget om at søknad «som hovedregel» skal behandles «neste virkedag» nytt. Dette er en mer spesifikk tidsangivelse enn dagens abortforskrift, samtidig som det åpnes for unntak. Saksbehandlingen må være forsvarlig og saken tilstrekkelig opplyst, og i enkelte saker kan det være behov for å hente inn mer opplysninger.

Utkastet til tredje ledd er nytt, jf. også det som er sagt foran under første ledd. Etter abortforskriften § 5 tredje ledd «skal» kvinnen gis anledning til å uttale seg, enten skriftlig eller muntlig. I lovforslaget gis kvinnen en rett til å møte i abortnemnda.

Lovutkastet inneholder bare et utvalg av saksbehandlingsregler, mens andre følger av forvaltningsloven, jf. nedenfor under utkastet til § 35.

§ 24 Abortnemndenes vedtak

Utkastet til § 24 er dels en videreføring av abortforskriften § 6. Forskriften bygger på forskjellige krav alt etter som søknaden innvilges eller ikke, hvor det ved innvilgelse er tilstrekkelig med en henvisning til den aktuelle bestemmelsen. Også forvaltningsloven bygger på ulike krav avhengig av om parten får innvilget en søknad eller ikke, jf. § 25 annet ledd, selv om parten alltid kan kreve etterfølgende begrunnelse. Lovutkastet bygger på at kravene til begrunnelse skal være de samme uansett saksutfall. Dette må ses i sammenheng med at flertallet foreslår at grensen for selvbestemt abort foreslås utvides. Dermed skal færre saker avgjøres i abortnemndene sammenlignet med dagens primærnemnder, og dermed kan det forsvares å bruke noe mer ressurser på begrunnelsen i den enkelte sak. Samtidig vil begrunnelser kunne gjøres korte der hvor saksutfallet er opplagt, særlig der hvor den gravide får medhold. Selve ordvalget i utkastet til § 21 er inspirert av forvaltningsloven § 25, men er knappere. Se også NOU 2019: 5, utkastet til ny forvaltningslov § 48 (krav til begrunnelse). En begrunnelse skal først og fremst forklare saksutfallet for kvinnen, men har også en side til Abortklagenemnda, jf. utkastet til § 32 om kvalitetssikring og veiledningsoppgaver.

§ 25 Underretning

Utkastet til § 25 er en videreføring av abortloven § 8 og abortforskriften § 7, men reguleringen er mindre detaljert enn dagens ordning. Forvaltningsloven § 27 har regler om underretning av vedtaket, og slik sett er det ikke nødvendig med særregulering i abortloven med mindre det skal gjøres unntak. At den gravide skal «underrettes så snart som mulig» er samme ordlyd som i forvaltningsloven § 27 første ledd. Etter lovutkastet er skriftlig begrunnelse eneste alternativ, mens forvaltningsloven § 27 åpner for underretning muntlig eller på annen måte. Kvinnen bør om mulig uansett få muntlig informasjon om vedtaket umiddelbart etter at det er fattet. Slik orientering er ikke det samme som underretning etter loven.

Også dagens abortlov- og forskrift åpner for muntlig underretning, men utvalget mener at det ikke er behov for et slikt unntak. Nødsituasjoner er regulert i en særlig bestemmelse, jf. utkastet til § 6, og da følger ikke saksbehandlingen reglene i abortloven. Den automatiske klageordningen etter § 28 er særegen for abortfeltet. Utvalget har vurdert om en henvisning til klageordningen bør

fremgå av § 25, men er kommet til at dette er unødvendig. Uansett må abortnemndene i sin underretning orientere om at saken automatisk går til klagebehandling med mindre den gravide trekker søknaden.

Fremdeles vil det være behov for å gi noen særlige regler om underretning i ny forskrift til abortloven på de punktene hvor det er behov for å gjøre unntak eller justeringer i forhold til reguleringen i forvaltningsloven § 27.

Forvaltningsloven § 27 regulerer mindreårige som er parter, men her er det behov for særregler siden også mindreårige kan søke om abort, jf. utkastet til § 10. Dagens abortforskrift regulerer også underretning til verge, og det vil også være behov for i fremtiden. Etter forvaltningsloven § 27 skal underretningen inneholde opplysninger om dokumentinnsyn, og dette er ikke nødvendig å gjenta i utkastet til abortlov eller ny forskrift.

§ 26 Åpenhet

Utkastet til § 26 er ny. Verken abortloven eller abortforskriften inneholder en slik bestemmelse. Dagens nemndsystem har vært kritisert for å være for lukket, og siktemålet med bestemmelsen er å legge til rette for åpenhet og diskusjoner i det offentlige rom om abort og forvaltning av loven. Abortnemndene må selv finne ut hvordan dette skal gjøres, men med den begrensning som følger av reglene om taushetsplikt. Slik offentliggjøring kan for eksempel skje i form av årsrapporter som presenterer statistikk, og kanskje også noen type-tilfeller som har vært oppe i praksis. Flere nemnder kan eventuelt gå sammen om å lage årsrapporter.

§ 27 Møteprotokoll

Dagens abortlov inneholder ingen regler om protokoll. Derimot har abortforskriften § 19 bestemmelser om protokoll og journalføring. Utvalget har vurdert om det er nødvendig med egne regler om protokoll, siden vedtakene uansett skal grunngis og må oppbevares etter reglene i arkivloven.

Utkastet til første ledd gjelder krav til møteprotokoll. Protokollen skal inneholde opplysninger om når vedtak er truffet, hva vedtaket gjelder, og hvilke medlemmer som har stemt for og imot hvilket resultat. Protokollen bør inneholde andre opplysninger som er nødvendige for god orden og etterprøvbarehet. At medlemmenes identitet fremkommer, er viktig for senere å kunne vurdere spørsmål om inhabilitet og eventuell virkning for vedtaket.

Normalt bør også begrunnelsen for vedtaket tas inn i protokollen, og dissenterende medlemmer må få innført sin mindretallsbegrunnelse om de ønsker det. Også ellers bør det enkelte medlem kunne få sin eventuelle avvikende mening protokollert. Nemndlederen kan kreve at medlemmer som ønsker det, selv forfatter et utkast til tekst.

Det bør normalt være en godkjenningsordning for protokollens innhold. Hvis feil oppdages, skal de rettes. Det vil ofte være tilstrekkelig at protokollens innhold blir godkjent på neste møte. Derksom det går særlig lang tid mellom møtene, bør andre rutiner innføres.

Utkastet inneholder ikke regler om journalføring. Det er ikke behov for særlige regler ved siden av pasientjournalloven.

Kapittel 6 – Nasjonal klagenemnd for abort (Abortklagenemnda)

§ 28 Automatisk klage

Utkastet til § 28 er en videreføring av abortloven § 8 annet ledd. Normalordningen etter forvaltningsloven er at borgere som ikke får medhold i en søknad, selv må ta initiativ til å klage. Abort er en så særpreget avgjørelse at den gravide bør ha rett til automatisk overprøving. Dermed videreføres ordningen med at den gravide selv må trekke søknaden. Denne retten tilkommer bare den gravide selv. Om den gravide har verge, kan ikke vergen trekke søknaden på hennes vegne. Abortnemnda skal «straks» sende saken til abortklagenemnda, slik ordningen er i dag etter abortloven § 8 annet ledd.

Normalordningen etter forvaltningsloven er at klageorganet kan prøve alle sider av saken, jf. forvaltningsloven § 34 annet ledd (se også NOU 2019: 5 og utkastet til ny forvaltningslov § 60(2)). Slik sett er siste setning overflødig, men det kan være på sin plass med en gjentakelse for å unngå mulige misforståelser. Dessuten er det presisert at Abortklagenemnda «skal» prøve alle sider av saken, mens forvaltningsloven bruker «kan».

Ellers gjelder forvaltningslovens regler om Abortklagenemndas saksbehandling. Samtidig er abort særpreget ved at sakene haster, og derfor må normalt Abortklagenemnda avgjøre saken. Bare helt unntaksvis kan det være aktuelt å gjøre bruk av muligheten etter forvaltningsloven til å sende saken tilbake til abortnemnda for ny behandling der.

§ 29 Organisering og oppnevning

Utkastet til § 29 er en videreføring av abortloven § 8 tredje ledd med noen mindre endringer. Dagens abortlov opprettet den sentrale klagenemnda, men utvalget foreslår «Abortklagenemnda» som organ for alle klagesaker.

Utkastet til første ledd fastsetter at medlemmene i Abortklagenemnda oppnevnes av departementet, mens denne kompetansen i dag er lagt til Kongen. Dermed er det ikke lenger nødvendig med et delegasjonsvedtak fra regjeringen. Også i dag er oppnevningsperioden fire år, men med gjenoppnevning inntil to ganger. Utvalget foreslår å begrense til én gang for å få litt hyppigere utskiftning.

Utkastet til annet ledd om sammensetning er stort sett en videreføring av ordningen for dagens sentrale klagenemnd, jf. abortloven § 8 tredje ledd. Utkastet fastsetter at leder skal være lege, og at den ene legen skal ha relevant spesialistutdanning. Samme formulering er brukt i utkastet til § 20 annet ledd, og det siktes begge steder til spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Varamedlemmene er her personlige og bør ha samme kompetanse som de de er vara for.

§ 30 Avgjørelse i Abortklagenemnda

Utkastet til § 30 første ledd er nytt. Verken dagens abortlov eller abortforskriften inneholder regler om at saken i den sentrale klagenemnda skal behandles skriftlig eller i møte. Klagesakene er i dag få, men de fleste avslag i primærnemnd er med svangerskapslengde etter utgangen av 18. svangerskapsuke. Derfor er det viktig med en grundig saksbehandling, og det er derfor foreslått at behandling av sakene skal skje i møte. Det er opp til Abortklagenemnda om møtet skal skje fysisk eller på digitale plattformer.

Utkastet til § 30 andre ledd er en videreføring av abortloven § 8 annet ledd siste setning. Også i dag skjer avgjørelser i den sentrale klagenemnd med enkelt (simpelt) flertall, jf. merknadene til 21 tredje ledd om terminologi. Siden nemnda skal bestå av fem medlemmer (inkludert vara), er det ikke aktuelt med dobbeltstemme for leder.

Også i fremtiden vil det være behov for enkelte nærmere bestemmelser i forskrift for eksempel knyttet til godtgjørelse mv. For eksempel regelen i abortforskriften § 12, der det slås fast at medlemmene i klagenemnda ikke må ha behandlet begjæringen i primærnemnd. I kommentar til bestemmelsen i Veileder til abortforskriften står det at medlemmene i den sentrale

klagenemnda ikke samtidig kan sitte i primærnemnd.

§ 31 Saksbehandling i Abortklagenemnda

Utkastet til § 31 første ledd første setning er en justering av abortloven § 8 annet ledd tredje setning om at klagenemnda skal behandle saken «snarest mulig», Ordvalget er samordnet med reglene i § 22 om saksbehandlingen i abortnemnda, men innholdsmessig er dette er videreføring av gjeldende rett. Det er ønskelig med en avgjørelse så snart som mulig, samtidig som saksbehandlingen må være forsvarlig.

Utkastet til § 31 første ledd annen setning er en videreføring av abortforskriften § 8 tredje ledd. Kvinnen har i dag en rett til å møte i både primær- og klagenemnd.

Utkastet til § 31 annet ledd er nytt. I dag er det ikke lov- eller forskriftsfestet at den sentrale klagenemnd skal ha et sekretariat. Utvalget foreslår at denne funksjonen legges til Helseklage, jf. diskusjonen i kap. 27.7 og 27.8, men hvilket organ som skal ha denne funksjonen trenger ikke å fremgå av lovteksten.

§ 32 Kvalitetssikrings- og veiledningsoppgaver

Utkastet til § 32 er nytt. I dag inneholder verken abortloven eller -forskriften nærmere bestemmelsen om oppgavene til den sentrale klagenemnd ut over klagesaksbehandlingen. Verken någjeldende forvaltningslov, eller utkastet til ny forvaltningslov, inneholder uttrykkelige regler om direktiver fra et overordnet til et underordnet organ. Samtidig følger det av det hierarkiske systemet at et overordnet organ normalt kan instruere et underordnet organ om lovforståelse, i tillegg til saksbehandling og skjønnsutøving, jf. NOU 2019: 5 pkt. 32.1 s. 510. Dette gjelder både generelt, og i konkrete saker. Disse alminnelige prinsippene er ulovfestede, og de kan derfor være vanskelig å finne frem til. Saker om abort er nært knyttet til den gravides privatliv, og det er ønskelig med klare føringer for hvilken rolle Abortklagenemnda skal ha overfor abortnemndene. Utvalget har derfor funnet det hensiktsmessig å lovfeste enkelte punkter.

Utkastet til første ledd lovfester prinsippet om at Abortklagenemnda skal ha ansvar for kvalitetssikring av abortnemndenes avgjørelser. Kvalitetssikring har ikke et klart definert innhold, men kjernen er at Abortklagenemnda skal kunne holde

seg orientert om avgjørelsene i nemndene med sikte på å oppnå likebehandling og å fange opp prinsipielle saker for å avklare hvordan disse skal løses. For å få tilgang til avgjørelsene er det foreslått lovregulert at klagenemnda kan gjøre seg kjent med vedtak uten hinder av taushetsplikt.

Utkastet til annet ledd er nytt. Abortklagenemnda er her gitt en lovfestet adgang til veiledning knyttet til «lovforståelsen». Som nevnt foran, er det alminnelige utgangspunktet at et overordnet organ kan gi instruks i enkeltsaker. Utvalget mener at abortnemndene bør ha en selvstendig rolle, hvor de bare kan instrueres i enkeltsaker etter klage, jf. utkastet til tredje ledd. Derfor foreslår utvalget at Abortklagenemnda skal «veilede», og instruks skal bare brukes i klagesaker.

Utkastet til tredje ledd er strengt tatt unødvendig, men for å avklare all tvil er det foreslått i lovteksten at Abortklagenemnda kan orientere abortnemnda om innholdet i vedtaket.

Utkastet til fjerde ledd er nytt. Etter forvaltningsloven har et overordnet organ en viss adgang til omgjøring utenom klage, jf. forvaltningsloven § (se også utkastet til ny forvaltningslov § 63, jf. NOU 2019: 5 s. 619–620). Lovforslaget inneholder her en innsnevring av omgjøringssadgangen ved at Abortklagenemnda bare kan omgjøre saker i klagesak. Bakgrunnen er at saker om abort er nært knyttet til kvinnens privatliv, og det ville gripe sterkt inn i dette om en innvilgelse i abortnemnd skulle kunne omgjøres. Riktignok er det lite praktisk på grunn av tidsaspektet, men det bør være tydelig i lovteksten at en innvilget abort ikke kan omgjøres. Et avslag vil alltid bringes inn for Abortklagenemnda på grunn av den automatiske klageadgangen, jf. utkastet til § 28.

Kapittel 7 – Andre bestemmelser

§ 33 Informasjonsbehandling

Opplysninger om abort er svært sensitiv, og det er viktig med strenge taushetspliktbestemmelser. Derfor klargjøres det at det helsepersonellovens taushetspliktbestemmelser som skal gjelde. Loven legger til grunn at helsepersonell aktivt skal hindre at andre får adgang til helseopplysninger.

Det har vært uklart om taushetsplikten er til hinder for at abortklagenemnden kan orientere abortnemnden som behandlet saken i første instans om innholdet i sitt vedtak. Hensynet til kvalitetssikring og en enhetlig praksis tilsier at den aktuelle abortnemnd orienteres om Abortklagenemndens vedtak med begrunnelse.

§ 34 Innhenting av opplysninger

For å ivareta utredningsplikten (påse at saken er godt opplyst), jf. forvaltningsloven § 17 første ledd, kan nemnden innhente opplysninger fra andre etater om helse-, sosial- og trygdeforhold. Dersom dette er aktuelt, må den gravides samtykke innhentes.

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett.

§ 35 Forholdet til forvaltningsloven

Utkastet til § 35 mangler motstykke i dagens abortlov. Imidlertid fastsetter abortforskriften § 21 at forvaltningslovens regler gjelder for behandling og avgjørelse om saker om å tillate eller avslå svangerskapsavbrudd, for så vidt forholdet ikke er uttømmende regulert i lov om svangerskapsavbrudd eller i denne forskrift. Utkastet til § 35 viderefører dagens abortforskrift § 21, selv om ordvalget er litt annerledes.

Rettslig sett er det unødvendig å fastsette at forvaltningsloven gjelder, siden forvaltningsloven gjelder for ethvert organ for stat, slik som abortnemnda og Abortklagenemnda. Samtidig er det tradisjon for å ta inn en henvisning til forvaltningsloven i helselovgivningen.

En søknad om abort vil være et enkeltvedtak etter forvaltningsloven siden det angår den gravides rett til svangerskapsavbrudd. Dermed gjelder de særlige reglene i kap. IV-VI, jf. forvaltningsloven § 3.

Et lovteknisk spørsmål er hvor langt abortloven skal gå i å vise til regler om saksbehandlingen som uansett følger av forvaltningsloven. Dagens abortlov inneholder få saksbehandlingsregler, mens en del flere følger av abortforskriften. Utvalget har valgt å lovfeste de saksbehandlingsreglene som utvalget mener er særlig viktige ved abort. Dessuten har utvalget valgt å videreføre flere av saksbehandlingsreglene som i dag følger av abortforskriften. Når et felt over mange år har hatt en særlig saksbehandlingsregel i forskrift, kan det være grunn til å beholde denne for å unngå tvil om den faktisk er videreført, selv om den rettslig sett er unødvendig på grunn av reguleringen i forvaltningsloven.

Uansett er det vanskelig å velge ut hvilke saksbehandlingsregler som bør fremgå særskilt av abortloven. Forvaltningsloven er den generelle loven for offentlig saksbehandling, og den har så mange bestemmelser at det er umulig å speile alle i abortloven. I dag fremgår for eksempel en del regler om fullmektig, jf. abortforskriften § 8 tredje

ledd, men utvalget anser disse som overflødige ved siden av forvaltningsloven § 12.

På noen punkt foreslår utvalget regler som er mer presise enn forvaltningsloven, for eksempel knyttet til saksbehandlingstid. Utvalget foreslår også en automatisk klageadgang ved abort, jf. utkastet til § 27, som mangler motstykke i forvaltningsloven. Dessuten foreslår utvalget særregler knyttet til instruksjonsmyndigheten til abortklagenemnda, jf. utkastet til § 32 og merknadene til denne. Utvalget foreslår også en annen regulering av taushetsplikt enn den som følger av forvaltningsloven, jf. utkastet til § 33.

En sak om abort vil også kunne involvere andre enn den gravide, jf. diskusjonene i kap. 9. Utvalget har vurdert å lovfeste at bare den gravide er part i saken for å unngå all tvil, men har falt ned på at det er unødvendig å gjøre dette

Abortforskriften § 21 fastsetter at også unntak fra forvaltningsloven kan gjøres gjennom forskrift. Forvaltningsloven selv åpner for at unntak kan gis gjennom forskrift, jf. § 1, som er foreslått videreført i utkastet til ny forvaltningslov § 2(2), jf. NOU 2019: 5 s. 566. Imidlertid er det anbefalt at hjemmelsloven selv uttrykkelig åpner for at unntak kan gjøres gjennom forskrift, og dette er foreslått presisert i lovteksten.

§ 36 Forholdet til helselovgivningen

Utkastet til § 36 er nytt. Dagens abortlov inneholder ikke regler om forholdet til helselovgivningen. Derimot fastsetter abortforskriften § 22 at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for behandling og avgjørelse av saker om å tillate eller avslå svangerskapsavbrudd, for så vidt forholdet ikke er uttømmende regulert i lov om svangerskapsavbrudd eller i denne forskrift.

Utkastet til § 36 går videre enn abortforskriften § 22. Den viser ikke bare til pasient- og brukerrettighetsloven, men til «annen helselovgivning». Sistnevnte har ikke et presist innhold, men det ville også vært vanskelig med en oppregning i lovteksten, som eventuelt måtte blitt supplert om ny eller endret lovgivning kom til. Aktuelle lover utover pasient- og brukerrettighetsloven er særlig helsetilsynsloven og pasientjournalloven, men andre lover er også relevante, slik som for eksempel apotekloven, legemiddeloven, lov om medisinsk utstyr og helseforskningsloven. Dessuten er det foreslått at de regionale helseforetakene skal ha ansvar for abortnemndene, slik at spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven gjelder. Det er også fastsatt at helsepersonelloven skal gjelde

for så vidt gjelder taushetsplikt. For abortregisteret vil også helseregisterloven gjelde.

Helselovgivningen skal gjelde for «utførelse av abort og helsetjenester i forbindelse med abort». Det er med dette foreslått en grensedragnings mellom denne helsetjenestedelen og selve avgjørelsen av abort som følger forvaltningsloven.

Se også §§ 9 og 10 som har henvisninger til pasient- og brukerrettighetsloven.

§ 37 Forskrift til abortloven

Det kan gis nærmere bestemmelser om organisering og saksbehandling ved abort og fosterantallsreduksjoner. Det innebærer bl.a. at det kan gis bestemmelser om oppnevning av nemnda og varamedlemmer og om godtgjørelse til nemndsmedlemmer. Det kan også gis organisatoriske bestemmelser om sekretariatets rolle i klagenemnda og

om klagenemndas rolle når det gjelder kvalitets sikring og veiledning, jf. § 3.

Det er foreslått egne lovbestemmelser om saksbehandling i nemndene og i klagenemnda, jf. § 23 og § 31. Det kan gis utfyllende bestemmelser om disse reglene.

Departementet kan gi utfyllende bestemmelser om nemndas opplysning i den enkelte sak og om hvordan kvinnens behov for informasjon ivaretas.

Departementet kan medhold av andre ledd gi bestemmelser om krav til den helsetjeneste som tilbys. Helsetjenestene skal være forsvarlige og oppfylle en minimumsnorm.

Det kan gis utfyllende bestemmelser om helsepersonells reservasjonsrett. I dagens abortforskrift er det gitt bestemmelser om stillingsutlysning og opplysning om reservasjonsrett. Det kan være grunnlag for å gi slike bestemmelser med hjemmel i § 37.

Del VI
Økonomiske konsekvenser

Kapittel 38

Økonomiske konsekvenser

38.1 Økonomiske konsekvenser

På oppdrag fra Abortutvalget har Oslo Economics vurdert de økonomiske konsekvensene av utvalgets forslag til endringer i abortloven, samt øvrige tiltak knyttet til bedre informasjon, økt kompetanse i helsetjenesten og mer kunnskap om abort i Norge. Rapport fra Oslo Economics ligger i vedlegg 9.

38.2 Sammendrag

Abortutvalget har sett på abortlovens bestemmelser og oppfølgingen av kvinner som tar abort, samt vurdert alternativer til dagens abortnemnder. Utvalgets flertall foreslår at grensen for selvbestemt abort flyttes fra uke 12 til uke 18, og foreslår nye abortnemnder som skal være tverrfaglig sammensatt. Utvalget foreslår 5–10 abortnemnder. Videre foreslår utvalget en rekke ulike tiltak som skal bidra til et enklere og bedre abortforløp, likebehandling og økt kunnskap om abort i Norge.

38.2.1 Utvalgets forslag ventes ikke å påvirke antallet aborter

Basert på erfaringer fra andre land, og at det allerede gjennomføres omfattende undersøkelser tidlig i svangerskapene, er det ikke ventet at den foreslåtte utvidelsen av grensen for selvbestemmelse vil påvirke antall aborter.

38.2.2 Tverrfaglig og utvidet primærnemnd gir økt kostnad per nemndsmøte

Utvalget foreslår at abortnemndene lokaliseres ved sykehusene med fostermedisinske sentre og at nemnda settes sammen av tre medlemmer: en jurist, en lege og et medlem med helsefaglig kompetanse. Dette vil kunne bidra til styrket tverrfaglig kompetanse og mer enhetlig praksis.

Sammenlignet med dagens ordning innebærer forslaget at antallet medlemmer i hver nemnd øker fra to til tre. Isolert sett fører tiltaket til en økt kostnad per nemndsmøte. Sett i sammenheng med forslaget om utvidet grense for selvbestemmelse vil imidlertid besparelsene ved redusert antall nemndsbehandlete abortbegjæringer være større enn kostnaden ved å øke antallet nemndsmedlemmer.

38.2.3 Utvidet grense for selvbestemmelse gir økt grad av reproduktive frihet

Abortutvalgets flertall foreslår å flytte grensen for selvbestemt abort fra utgangen av tolvte svangerskapsuke til utgangen av 18. svangerskapsuke. Dette gir anslagsvis en reduksjon på om lag 435 nemndsbehandlete begjæringer om abort hvert år. En utvidet grense for selvbestemmelse gir økt grad av reproduktiv frihet for flere kvinner enn i dag. I kombinasjon med forslaget om å endre sammensetningen av nemndene, anslår vi at utvidet grense for selvbestemmelse vil medføre tidsbesparelser for kvinner som ønsker abort, pårørende, nemndsmedlemmer, annet helsepersonell på sykehuset og sosionomer tilsvarende en verdi på mellom 2 og 3 millioner kroner. De økonomiske besparelsene er i hovedsak knyttet til redusert tidsbruk for nemndsmedlemmene og kvinnen og eventuelle pårørende som deltar i møtet.

38.2.4 Færre primærnemnder gir økt reisetid, men reduserte kostnader til kompetanseheving

Det er i dag 23 abortnemnder i Norge. Gitt grensen for selvbestemt abort ved utgangen av tolvte svangerskapsuke, anslår vi at kostnadene ved dagens nemnds-system er på mellom 6 og 9 millioner kroner årlig. Utvalget foreslår at antallet primærnemnder reduseres til mellom 5 og 10 nemnder. Selv om utvalget foreslår å øke antallet medlemmer per nemnd, innebærer færre nemnder at antall nemndsmedlemmer samlet sett reduseres.

Tiltaket vil dermed kunne gi reduserte kostnader til ivaretagelse og utvikling av nemndmedlemmers kompetanse. For abortsøkende, pårørende og nemndmedlemmer vil forslaget medføre økt reisetid ved eventuelle fysiske møter. Samtidig foreslår Abortutvalget at det tilrettelegges for å avholde nemndmøtene digitalt, og digitalt oppmøte for kvinnen i nemndmøtet. Dette kan redusere omfanget av reiser.

38.2.5 Tiltakene vil innebære implementeringskostnader

De foreslåtte tiltakene knyttet til endring i grensen for selvbestemmelse, sammensetning av abortnemndene og antall abortnemnder vil medføre et behov for implementering av endringene, herunder systemer for nemndenes saksbehandling. Dette vil anslagsvis ha en kostnad på mellom 20 og 50 millioner kroner. Deler av arbeidet kan trolig løses innenfor rammene av allerede eksisterende organiseringer i den sentrale helseforvaltningen, mens andre deler av arbeidet kan lyses ut og gjennomføres med bruk av ekstern bistand.

Dersom de foreslåtte lovendringene blir vedtatt, vil det være behov for å utarbeide informasjonsmateriell til helse- og omsorgstjenesten, og de ansatte i tjenesten vil måtte bruke tid på å sette seg inn i endringene og hva det innebærer for dem. Dette har anslagsvis en kostnad på mellom 7 og 17 millioner kroner, men opplæringen kan trolig i stor grad skje som del av ordinær fagutvikling.

38.2.6 Kostnadene ved øvrige tiltak avhenger av omfang og detaljnivå

Abortutvalget foreslår en rekke andre tiltak. For å sikre bedre tilgang på informasjon om abort, fore-

slår utvalget å bygge ut helsenorge.no med mer informasjon, språk og funksjonaliteter, og å utarbeide standardiserte pasientinformasjonsskriv. Videre foreslår utvalget utredning av et digitalt søknadsskjema for abort. Utvalget foreslår videre en utredning av abort før uke 10 utenfor sykehus. For å styrke tilbudet om veiledning rundt en abort foreslår utvalget å lovfeste kvinnens rett til tilbud om veiledning og helsetjenestens plikt til å gi veiledning. Samtidig foreslås kurs for helsepersonell om veiledning i forbindelse med abort og fosterdiagnostikk.

For å bidra til et enklere abortforløp foreslår utvalget nasjonale faglige retningslinjer, en fastlegetakst for oppfølgingssamtaler av både spontaneaborter og provoserte aborter, kvalitetssikringsprosjekter av organiseringen med hensyn til abort, utprøving av sykepleierstyrt abort-poliklinikk, nasjonale undersøkelser om pasienterfaringer blant kvinner som tar abort, etablering av læringsnettverk og utvikling av e-læringskurs for helsepersonell, og å vurdere oppdatering av de nasjonale kvalitetsindikatorerne på abortområdet. For å øke kunnskapen om abort foreslås bredere forskning på området, utredning av endringer i Abortregisteret og Medisinsk fødselsregister, og en følgeevaluering av tilbudet om tidlig ultralyd og NIPT.

Tiltakene spenner over et bredt spekter av virkemidler, og kostnadene ved tiltakene vil variere avhengig av omfang og detaljnivå. Før man går videre med tiltakene, bør det gjøres en grundigere vurdering av hvilke økonomiske virkninger de ulike tiltakene vil medføre.

Del VII
Dissenser

Kapittel 39

Dissens fra utvalgsmedlemmene Morten Magelssen og Marte Kvittum Tangen

Utvalgets medlemmer Morten Magelssen og Marte Kvittum Tangen støtter ikke flertallets forslag om utvidelse av grensen for selvbestemmelse fra 12 til 18 (17+6) uker. Dette standpunktet begrunner de særlig med at det er utbredt skepsis til utvidelse av abortgrensen i befolkningen; at å opprettholde dagens grense kan bidra til å beskytte mot en mindre aksept for det uperfekte og det som er annerledes; at å utvide abortgrensen nedtoner fosterets verdi; at behandling i abortnemnd etter uke 12 gjør at fosterets interesser blir tatt i betraktning; at behandling i abortnemnd kan være en støtte for noen gravide; at en 12-ukersgrense kan være til hjelp for gravide som opplever press; at det er vanskelig å begrunne en grense akkurat ved 18 uker; og at utvidelse av abortgrensen kan bidra til polarisering. I det som følger utdypes argumentene.

Abort reiser vanskelige etiske spørsmål

Norske borgere flest ser på abort som et vanskelig etisk spørsmål. Det er en verdikonflikt der viktige verdier står mot hverandre, noe også utvalgets forslag til ny formålsparagraf gir uttrykk for. Abortloven må derfor være et kompromiss basert på en vekting av verdiene. En god lov vil uttrykke et stabilt kompromiss, som borgere med ulike verdisyn kan finne det akseptabelt å leve med.

Det er en utbredt skepsis til utvidelse av abortgrensen i befolkningen

I SSBs velgerundersøkelse ved Stortingsvalget i 2021 mente 47 prosent at grensen for selvbestemt abort burde gå ved uke 12 (54 prosent blant kvinner, 40 prosent blant menn). 1 prosent svarte at grensen burde gå ved uke 18 og 14 prosent ved uke 22. I samme undersøkelse svarte 77 prosent at de støttet selvbestemt abort. Ytterligere 12 prosent mente at abort bør tillates «hvis kvinnen på grunn av personlige forhold har svært vanskelig

for å ta seg av et barn». 9 prosent mente at «abort bør tillates bare hvis kvinnens liv eller helse er i fare». 2 prosent hevdet at «abort bør aldri tillates».

Blant dem som er skeptisk til utvidelse av abortgrensen, er det et bredt spekter av holdninger

Fra ulike posisjoner på dette spekteret kan dagens lov fremstå enten som en god lov, som et akseptabelt kompromiss, eller som et smertefullt eller uakseptabelt kompromiss. Hvor ulike disse posisjonene enn er, står de sammen om én ting: De vil ikke kunne støtte en utvidelse av dagens abortgrense. Utvalgets flertall foreslår derimot å bryte opp dagens kompromissløsning og erstatte det med noe som altså for mange nordmenn fremstår som en ubalansert eller mindre akseptabel løsning. Dette i et spørsmål som i sin natur er vanskelig og kaller på kompromisser og balansering av verdier.

Denne dissensen er skrevet ut fra en bevissthet om at gruppen av alle de som går imot utvidelse av abortgrensen, er svært bred, og at man vil argumentere og vekte argumenter ulikt. I det som følger har det vært et mål å fremstille flest mulig argumenter som kan være relevante for denne gruppen.

Lover former holdninger

Uavhengig av selve vernet av fosteret som følger av restriksjoner på abort i gitte situasjoner, vil abortloven også ha en viktig ekspressiv funksjon – den sier noe om verdier.¹ Ved at abortloven legger begrensninger på abort begrunnet i beskyttelse av fosteret, formidles det at fosteret faktisk har verdi. Videre kan slike begrensninger uttrykke at abort ofte er et vanskelig valg, og at det kan være en verdikonflikt eller et etisk dilemma. Det kan

¹ Sunstein, C. R. (1996). On the Expressive Function of Law. *University of Pennsylvania Law Review*, 144(5), 2021–2053. <https://doi.org/10.2307/3312647>

også fortolkes som et signal om at samfunnet generelt setter respekt for menneskelivet høyt. Signaleffekten er trolig med på å forme borgernes holdninger både til abort og til beslektede spørsmål. Lovens ekspressive funksjon er viktig uavhengig av om restriksjonene i loven faktisk fører til færre aborter.

Vern om enkeltmenneskers integritet og rettigheter er kjernen i det liberale demokratiet og i rettsstaten. Som utvalgets drøftinger viser, er det bredt erkjent at det i den tidlige fasen av livet oppstår noen dilemmaer som krever at vi vurderer ulike hensyn opp mot hverandre. Her vil den gravides rett til å bestemme over eget liv tilsi at fosteret ikke kan gis samme ubetingede vern som menneskeliv for øvrig. Det er likevel verdt å understreke at hvordan vi begrunner og avgrenser abortlovgivningen, vil ha følger for hvordan menneskers rettigheter og integritet oppfattes også utover fosterstadiet. Slik vil abortloven ha betydning for hele samfunnet.

Utviklingen innen bioteknologi og medisin utfordrer oss til en særlig gjennomtenkning av begrunnelsen for vern om menneskers liv og integritet, og ikke minst hvordan vi ser på sykdom, annerledeshet og det uperfekte som vi alle på ulike måter bærer med oss. I dette er det derfor en tydelig fellesskapsdimensjon. Mennesker med nedsatt funksjonsevne har til alle tider vært særlig sårbare og har også blitt utsatt for systematiske overgrep. Når teknologien åpner stadig nye muligheter til seleksjon på tidlige stadier av livet, bør det mane til en særlig forsiktighet og ydmykhet. Lovene vi vedtar, må legge til rette for en utvikling som fremmer inkludering, mangfold og likeverd.

En 12-ukersgrense kan bidra til å beskytte mot en mindre aksept for det uperfekte og det som er annerledes

Fosterdiagnostikken gir nye muligheter til å få mer informasjon om fosterets utvikling, helse, sykdom og genetiske egenskaper, på et stadig tidligere stadium av svangerskapet. Fra 2020 tilbys gravide fosterdiagnostikk i form av tidlig ultralyd i svangerskapsuke 11 til 14. Gravide har også anledning til å ta blodprøven NIPT (non-invasiv prenatal testing), og noen får tilbud om denne testen i den offentlige helsetjenesten, da for å oppdage kromosomavvik. Men mange utenlandske klinikker og selskap tilbyr i dag utvidet NIPT-test som blant annet kan gi informasjon om fosterets kjønn. Utviklingen står i et spenningsforhold til bioteknologilovens § 4-5, som angir at det kun er

tillatt å opplyse om kjønn før 12. svangerskapsuke når kvinnen er bærer av alvorlig kjønnsbundet sykdom. Kombinasjonen av stadig mer potent teknologi som gir informasjon om fosterets egenskaper, og utvidet grense for selvbestemt abort, kan tenkes å åpne for sorteringspraksiser som går under samfunnets radar.

Mange tilstander som kan begrunne et valg om abort, oppdages før uke 18, det vil si i perioden for selvbestemmelse hvis flertallets forslag tas til følge. Da blir gravide og par stående alene med vanskelige valg om svangerskapsavbrudd eller ikke. Det gjelder selv om de får veiledning om medisinske og andre forhold, for veiledningen er nettopp ment å bygge opp under gravide/pars selvstendige valg. Når diagnostikken har vist avvik, kan behandling i abortnemnda være viktig for gravide/par, som dermed kan dele ansvaret for et vanskelig valg. Abortrådet kan også være viktig i et samfunnsperspektiv, de økende mulighetene til fravalg basert på avvik og egenskaper tatt i betraktning. Om dette skriver fire medlemmer i det danske Etske råd. De mener:

[at] en 12-ugers grænse alt andet lige er bedre til at sikre mod tendenser til et selektionssamfund end en senere grænse, idet den gør flere beslutninger om abort på baggrund af fosterdiagnostik til et samfundsanliggende snarere end en privat sag. I lyset af den hastige udvikling i fosterdiagnostiske metoder og en generel samfundsudvikling hen imod mindre og mindre accept af det anderledes og uperfekte, finder de, at en 12-ugers grænse er et velegnet middel til at beskytte mod det, de ser som problematiske tendenser til et selektionssamfund.²

Ved å utvide abortgrensen nedtones fosterets verdi

Abort er et vanskelig spørsmål nettopp fordi verdiene som kommer i konflikt, er så viktige. Gravides handlingsrom, interesser og helse er svært viktige verdier. Men respekt for fosterets liv er også en viktig verdi. Overordnede idémessige trender i Vesten i vår tid forsterker verdikonflikten: vi er blitt mer oppmerksomme på individuell frihet og selvbestemmelse; og samtidig også på viktigheten av respekt for liv og naturens og menneskets verdi. I forslaget om full selvbestemmelse

² Det Etske Råd. Udtalelse om provokeret abort. 2023. <https://nationaltcenterforetik.dk/etske-temaer/abort-og-fosterdiagnostik/2023/udtalelse-om-graensen-for-provokeret-abort> (lest 29.9.23).

helt frem til og med uke 18 nedtones fosterets verdi, og dermed også det etiske og politiske alvorret i senabort.

Kravet om behandling i abortråd etter uke 12 harmonerer med en utbredt tanke om at fosterets moralske verdi øker gradvis gjennom svangerskapet, og at fosterets rettsvern bør øke på samme måte. Etter en innledende periode med full selvbestemmelse kommer da en fase etter uke 12 der det kreves stadig sterkere begrunnelse for abort, og der noen andre i tillegg til kvinnen selv tilser at en slik begrunnelse er til stede. Siden fosteret er et liv med moralsk verdi, har staten ansvar for og en god grunn til å beskytte fosteret. Det kan gjøres gjennom at et abortråd tar den endelige beslutningen.

Hele utvalgets svar på den berettigede kritikken av abortnemndene er altså å foreslå omfattende endringer i organisering og arbeidsform for nemndene. Dagens abortnemnder vil legges ned. I den nye nemndsordningen som utvalgets foreslår, er viktige innvendinger mot dagens nemnder forsøkt hensyntatt. Den gravide har rett, men ikke plikt, til å møte nemnda. En intensjon med de nye abortnemndene er at prosessen skal oppleves mindre belastende enn hva noen gravide har opplevd i møte med dagens nemnder.

Selv motsigende holdning til nemndene

Argumentasjonen til flertallet kan synes å innebære en selv motsigende holdning til abortnemndene. På den ene siden stiller hele utvalget seg bak vurderingen om at dagens nemndsordning både på papiret og i praksis har mange svakheter, og utvalget foreslår en ny nemndsordning til erstatning for dagens nemnder. På den andre siden legger utvalgets flertall abortnemndenes nåværende praksis til grunn når de gjør den lave avslagsprosenten til et argument for å fjerne nemndsordningen i svangerskapsuke 13-17. Men abortnemndsordningen som er foreslått, er ment å unngå viktige svakheter ved dagens ordning. Samtidig foreslår utvalget også nye kriterier for innvilgelse av abort etter grensen for selvbestemmelse. Hvis utvalgets forslag til nye abortnemnder og nye kriterier tas til følge, er det et åpent spørsmål hvilke innvilgelses- og avslagsprosent vi vil se.

Abortnemndene gir fosteret en form for beskyttelse

Utvalgets flertall hevder at nemndene i svært liten grad beskytter fosteret, ettersom det kun er et

fåfall gravide som får avslag på abortsøknad hvert år. Dette er etter utvalgsmedlemmene Magelssen og Tangens oppfatning en for snever måte å se det på. De nye abortnemndene har til hensikt å veie hensynet til fosteret opp mot grunnene som den gravide har for å søke abort. På denne måten blir fosteret hensyntatt, og fosterets verdi blir veiet opp mot andre hensyn, også der abortnemnda ender med å innvilge abort. Det er også grunn til å tro at abortloven gjennom sin utforming med et «knekkpunkt» ved uke 12, er med på å påvirke gravidens beslutninger om å søke abort eller ikke. Dagens 12-ukersgrense kommuniserer at abort etter dette stadiet av svangerskapet er en større og noen ganger vanskeligere beslutning, og at det er en fordel at valg om abort gjøres før denne grensen.³

Behandling i abortnemnd kan være en støtte for gravide

Som utvalgets gjennomgang har vist, gir noen gravide uttrykk for at nemndsbehandlingen var verdifull for dem fordi det ga anledning til å dele ansvaret for en vanskelig og belastende beslutning. I vår tid holder vi individets selvbestemmelse høyt i kurs. Det har vært en riktig og viktig utvikling. Men medaljens bakside er at individer kan oppleve å bli stående alene med svært krevende valg. Når helsetjenesten tilbyr veiledning, skal den som nevnt være nøytral, igjen for å bygge opp under individets mulighet til *selv* å treffe sitt valg, basert på egne verdier. Behandling i abortnemnd kan gi det som for noen oppleves som en velkommen støtte, gjennom å løfte valget opp fra å være noe helt privat som du dermed også står helt alene om å ta ansvar for – til å være noe som samfunnet *dele* ansvaret for. Et mål for abortnemnda er at det også skal være en støtte, som ikke *bare* skal godkjenne eller avvise, men også møte kvinnens eller parets tvil. Gjennom innvilgelse av søknad om abort vil abortnemnda ha gitt en vurdering av grunnene for abort og tilslutning til at dette kan være *gode* grunner, som oppfyller de kriterier samfunnet har satt. Det kan også gjøre at det i ettertid blir lettere å leve med valget en har tatt.

³ Gro Harlem Brundtland la vekt på dette momentet i sin argumentasjon mot utvidelse av grensen for selvbestemmelse: «Vi må heller ikke indirekte stå i fare for å inspirere til flere senaborter. Dette kan være en fare hvis noen antar at det er like greit å vente med en så viktig avgjørelse for den enkelte kvinne og familie, til langt etter 12 uker.» (Bjørn Haugan mfl., «Tapte abortkamp etter advarsel fra Gro». *VG.no* 6.4.2019. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/50pKbe/tapte-abortkamp-etter-advarsel-fra-gro> (lest 6.10.23).)

Utvalget som helhet har presisert at retten til informasjon og beslutningsstøtte må styrkes og ikke må bli nedprioritert på hektiske sykehusavdelinger. Dette er svært viktig.

En 12-ukersgrense kan være til hjelp for dem som opplever press

Som utvalgets diskusjon av abortnemndene viser, kan 12-ukersgrensen være en støtte for gravide som opplever press til å ta abort. Når grensen er passert, er abort ikke lenger så aktuelt siden det krever vurdering i abortnemnd. Tilsvarende kan saksbehandling i abortnemnda noen ganger avdekke at kvinnen selv ikke ønsker abort, men er presset til det av barnefar, familiemedlemmer eller andre. Hvis perioden for selvbestemmelse utvides, svekkes dette vernet som altså har vært viktig for noen gravide.

Kan det begrunnes at grensen settes ved akkurat 18 uker?

Utvalgets flertall anfører mange argumenter mot uke 12 som grense for selvbestemmelse. Men flere av argumentene vil *også* ramme deres eget forslag om uke 18. Dette gjelder særlig kritikken om at en grense ved uke 12 innskrenker gravidens selvbestemmelse: Også en grense ved uke 18 gjør inngrep i selvbestemmelsen. Det følger med rimelighet av at måten man kan uttrykke at fosteret har selvstendig verdi, er ved å gjøre inngrep i den gravidens selvbestemmelse. Etter som flertallet mener at fosterets verdi øker gradvis og derfor fra et gitt stadium har krav på beskyttelse, blir et spørsmål tilbake hvorfor dette stadiet skal være uke 18, og ikke like gjerne for eksempel uke 12 som i dag. Flertallets argument om at kvinner må få nyttiggjøre seg informasjon fra fosterdiagnostikken uten å trenge godkjenning fra en nemnd, rammer også forslaget om å sette grensen ved uke 18. For tidlig ultralyd og NIPT oppdager ikke alle fosteravvik: Det vil fortsatt være gravide som får påvist fosteravvik ved rutineultralyd i uke 17-19 og etter tilleggsundersøkelser som kan være tidkrevende. Mange av disse vil først være i posisjon til å gjøre et valg etter uke 18.⁴ I sum gjør denne argumentasjonen at det blir noe tilfeldig over valget av akkurat uke 18. Denne observasjonen støttes av at i det danske Ethiske Råd er argumentasjo-

nen til dem som går inn for en grense ved 15 uker, nærmest identisk med argumentasjonen til dem som foreslår uke 18.⁵ Det at det er så vanskelig å begrunne en grense akkurat ved uke 18, gjør også at flertallets forslag er sårbart for innvendinger om at abort helt frem til levedyktighet (uke 22) må være akseptabelt. Og av flertallets diskusjon – og en annen dissens – fremgår det jo også at flere utvalgsmedlemmer allerede nå mener at uke 22 kan være en akseptabel grense. Etter som argumentene for hvorfor uke 18 er å foretrekke fremfor et annet uketall er svake, bereder det grunnen for en utvidelse helt til uke 22 i neste omgang.

Hvilke slutninger kan trekkes av forskningen om abortlovgivningens betydning?

Som vist i utredningen, er det primært andre ting enn abortlovgivningen som bestemmer omfanget av abort i et land. Men sammenhengene mellom abortlov og abortpraksis som forskningen påviser, er ikke «naturlover» som må antas å være gyldige til enhver tid og i ethvert land og situasjon. Lover bidrar til å forme holdninger, og det har også den norske abortloven gjort. Holdninger til abort påvirker igjen gravidens valg og overveielser om abort. Det kan derfor ikke tas for gitt at en utvidelse av abortgrensen – i Norge, i vår tid – ikke vil ha *noen* innvirkning på antallet aborter totalt eller på fordelingen mellom tidlige og sene aborter, slik utvalgets flertall synes å legge til grunn. Og også om abortloven ikke påvirker antallet aborter i stort, vil den kunne være avgjørende i enkelttilfeller. Det er ikke uviktig. Som vist til over, er en ordning med abortnemnd og spesifikke kriterier mellom uke 12 og 18 et signal om at fellesskapet krever visse grunner for abort når svangerskapet er kommet så langt. Man vet ingenting om hvor mange kvinner som eventuelt unnlater å søke abort fordi de har passert uke 12 – og dermed heller ikke kommer med i nemnds- og abortstatistikken.

Å motvirke polarisering

Dagens abortlov regnes gjerne som et kompromiss som balanserer ulike hensyn. Ved å endre en så grunnleggende side ved loven som ukersgrensen for selvbestemmelse, utfordres denne balansen. Det er i så fall et åpent spørsmål om uke 18 på sikt vil kunne få samme grad av oppslutning. Hvis ikke kan endringen bidra til polarisering, noe flere vestlige samfunn opplever knyttet til abort. Det

⁴ Sundhedsstyrelsen. *Sundhedsfaglige aspekter forbundet med at ændre abortgrænsen*. 2023, s. 47. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Abort/Sundhedsfaglige-aspekter-forbundet-med-at-aendre-abortgraensen.ashx>

⁵ Det Ethiske Råd. Udtalelse om provokeret abort.

kan også lede til at abortloven stadig tas opp til justering og blir gjenstand for politisk debatt og forhandling, noe som ikke nødvendigvis er gunstig. Ved en heving av dagens grense for selvbestemmelse er det sannsynlig at flere helsepersonell – både jordmødre, leger og sykepleiere – vil ønske å benytte seg av reservasjonsretten. Det kan tenkes å gi utfordringer for sykehusavdelinger som allerede har en presset bemanningssituasjon. Dette kan også føre til at enkelte må reise lenger enn i dag for å ta abort, og være lenger borte fra jobb og familie. Det kan være både en økonomisk og sosial belastning for kvinnen. Dersom en endring til uke 18 får slike utfall, kan flertallets forslag i ytterste konsekvens svekke enkelte kvinners reelle selvbestemmelse og muligheter for å ta abort.

Et bredt sammensatt segment av befolkningen er kritisk til å heve abortgrensen

Som vist innledningsvis, er et stort antall norske borgere kritisk til utvidelse av abortgrensen. De vil argumentere og vekke hensynene på ulike måter. De kan være ikke-religiøse, eller kristne eller andre religiøse; de kan argumentere allment, eller med støtte i premisser i eget livssyn. Innen «koalisjonen» av dem som vil stille seg kritisk til utvidet selvbestemmelse ved abort, finnes altså et vidt spekter av måter å se abortspørsmålet på. For å synliggjøre denne bredden blant borgere som finner sammen i å avvise utvidet selvbestemmelse, vil vi til sist gi to eksempler på slike perspektiver.

For det første argumenterer noen ut fra at livet i biologisk forstand begynner ved befruktningen, og at fosteret dermed allerede fra begynnelsen er et medlem av menneskearten. Selv om det er helt avhengig av de beskyttende omgivelsene i livmoren og næringen fra mor, er fosteret et eget individ som dirigerer egen vekst og utvikling ut fra «oppskriften» i sitt eget DNA (arvestoff). Mer enn et «potensielt menneske» er det et «menneske med potensial» – til å bli et fullt utviklet foster, en nyfødt, et barn, og etter hvert en ungdom og voksen. Disse betraktningene om fosteret kan danne grunnlaget for en etisk vurdering – av at fosteret er «én av oss» som har krav på beskyttelse også så lenge det er på fosterstadiet. Vi skylder derfor fosteret å vise det respekt, ved å ta dets interesser og rett til liv i betraktning når interessekonflikter og vanskelige dilemmaer oppstår. Fra dette perspektivet kan hele konseptet med ren selvbestemmelse for den gravide i abortspørsmålet ses som problematisk, fordi det innebærer at den gravide

blir «dommer i egen sak»: Det kan ikke være ren selvbestemmelse, for her finnes det allerede også et annet, gryende *selv*, vil innvendingen være. Dette perspektivet tilsier at en nemnd, eller samvalg eller obligatorisk rådgivning, kan ha en plass for at fosteret i tillegg til moren også skal ha en ekstern instans som tar dets interesser i betraktning.

Andre støtter ikke den tilnærmingen, men argumenterer slik: Abort er et særlig vanskelig spørsmål, der det finnes flere ulike syn som alle kan være rimelige og velbegrunnede. Det er ingen grunn til å tro at vi noen gang vil nå frem til et omforent syn. Vi er derfor henvist til å gjøre avveininger mellom hensynene og interessene som står mot hverandre. Det beste vi kan klare, er å komme frem til et kompromiss som kan være noenlunde stabilt over tid fordi et betydelig flertall vil gi det sin begrunnede tilslutning. I dette perspektivet vil det fremheves at det bør være stort rom for selvbestemmelse i vanskelige etiske avveininger som angår en selv. Selvbestemmelse, men ikke utelukkende: Fosterets økende verdi gjennom svangerskapet må også vektes inn. Abortspørsmålet er vanskelig, vi må i fellesskap gjøre så godt vi kan for å finne en farbar vei. Men det har vi som samfunn faktisk klart, ved dagens kompromiss som det har vært bred oppslutning om. Som det het i en lederartikkel i Aftenposten i 2021:

Hvis det slås fast at beslutningen skal ligge hos kvinnen også etter [12. uke], og bare henne, oppheves i praksis forståelsen av at fosterets verdi og rett på beskyttelse øker gradvis gjennom svangerskapet. Den brede forståelsen for dette er en av grunnene til at dagens abortlov har så sterk støtte i Norge (Aftenposten, 2021).

Utvalgsmedlemmene Magelssen og Tangen mener at det er positivt at utvalget har klart å enes om noen viktige endringer og forbedringer av dagens abortlovgivning. Dette var en sentral del av mandatet. Utvalget ville med det kunne lagt grunnlaget for en stabil og varig abortlov som kunne stått seg i mange tiår framover. Men ved å endre på det sentrale premisset for dagens kompromiss i abortlovgivningen åpner flertallet for at abortloven og tilhørende regelverk blir et politisk forhandlingskort på en helt annen måte enn det har vært i norsk politikk de siste tiårene.

Utvalgsmedlemmet Tangen vil legge til at dette vil svekke forutberegneligheten og tryggheten norske kvinner har nytt godt av siden dagens abortlov ble vedtatt. Med de eksemplene vi ser på

at abortlovgivning brukes aktivt i politiske kampanjer i andre vestlige land, er det uklokt å legitimere at de som på et gitt tidspunkt utgjør det politiske flertallet har mulighet til å endre abortlovens sentrale premiss. Uke 12 burde ligge fast nettopp

for å sementere kompromisset mellom de ulike meningene i det norske samfunnet om abort, og med det heve abortloven over den daglige politiske forhandlingen.

Kapittel 40

Dissens fra utvalgsmedlem Elham Baghestan

Utvalgets medlem Elham Baghestan støtter utvalgets flertall i at grensen for selvbestemmelse for kvinner bør utvides, men støtter ikke at kvinnen ikke skal ha selvbestemmelse fra utgangen av 18. til 22. svangerskapsuke, og at andre enn kvinnen selv (en nemnd) skal beslutte om hun kan ta abort fra utgangen av 18. til 22. svangerskapsuke. Dette medlemmet mener at ettersom abort er tillatt inn til utgangen av 22. svangerskapsuke i Norge av både medisinske, helsemessige og sosiale grunner, er det kvinnene selv, som med god støtte og veiledning, bør ha det siste ordet i en slik avgjørelse.

Utvalgets flertall anbefaler en videreføring av nemnder etter utgangen av 18. svangerskapsuke. Dette vil innebære at et stort antall kvinner må gjennom nemndsbehandling hvert år selv om svært få kvinner får endelig avslag. I 2022 måtte 158 kvinner møte i nemnd for å få behandlet søknad om abort med svangerskapslengde fra 18 til 22 uker. Av disse var det bare 7 som fikk endelig avslag på søknad om abort.

De nye vilkårene i flertallets forslag til ny abortlov legger hovedsakelig opp til samme vilkår som i nåværende lov frem til utgangen av 18. svangerskapsuke. Det vil si at kvinnens vurdering av egen situasjon er tungtveiende. I dag får tilnærmet 100 prosent innvilget abort etter de vilkårene. Medlemmene i abortnemndene er ikke mer kompetente til å ta slike avgjørelser på vegne av kvinnen enn kvinnen selv. Det kvinnen kan trenge er støtte, veiledning og informasjon i prosessen. Å satse på en slik støttefunksjon er mer nyttig og bærekraftig i denne sammenhengen.

Dette medlemmet mener også at 18 uker er en tilfeldig grense uten medisinsk relevans for å bruke som en grense for selvbestemmelse. Det er kun Sverige som bruker 18 uker som en grense for selvbestemt abort i de nordiske landene. Sverige har hatt 18 uker som grense for selvbestemmelse siden 1974 og har i likhet med Norge og Danmark ikke hatt store endringer eller utredninger om endring av loven på nesten 50 år. Den svenske grensen for selvbestemmelse er derfor

ikke et forbilde med tanke på at det ikke skal være selvbestemmelse i perioden mellom 18. og 22. svangerskapsuke. Derimot har de fleste land som i den siste 10 års perioden har modernisert sine lover lagt seg på en høyere grense, på mellom 20 og 24 uker. Av de nordiske landene er det bare Island som har utredet bredt hvordan en ny og moderne lov skal være. I 2019 fjernet de nemndene helt og har nå en grense for kvinnens selvbestemmelse på 22 uker.

Alle argumenter i NOU-en som peker mot at kvinnen skal få mer selvbestemmelse peker mot å fjerne nemndene og gi kvinnen selv myndighet til å ta beslutningen frem til 22 uker. Når det er sagt anerkjenner dette medlemmet viktigheten av å ha en abortlov med god oppslutning og støtte i befolkningen. Dette medlemmet har tro på at med en bred debatt basert på oppdatert kunnskap om abort vil mange i befolkningen støtte at kvinner skal ha det siste ordet frem til uke 22. Kvinnesynet og synet på autonomi og selvbestemmelse er endret i samfunnet de siste 40 årene. I dag fremstår det å mene at en nemnd er bedre i stand til å vurdere og beslutte abort enn kvinnen selv som gammeldags og basert på fordommer om kvinner.

Norge har sluttet seg til internasjonale konvensjoner om kvinners rettigheter og menneskerettigheter. Det skal svært tungtveiende grunner til før en stat kan frata kvinner selvbestemmelse over private forhold og spørsmål knyttet til å danne en familie og få barn. Å frata kvinner selvbestemmelse og autonomi må begrunnes særskilt og i lov. Dette medlemmet mener at det ikke er vist at man har tilstrekkelig gode og tungtveiende grunner til å gjøre dette inngrepet i kvinners privatliv. Å frata kvinnene selvbestemmelse om spørsmålet om abort frem til 22. uke innebærer en videreføring av et nemnds-system med fare for ulik behandling, mangel på rettssikkerhet og mangel på forutsigbarhet for kvinner som søker om abort. I tillegg innebærer å frata kvinnen selvbestemmelse i perioden 18. til 22. uke både ekstra ressursbruk og en stor ekstra belastning for kvin-

nene, uavhengig av om hun får innvilget eller avslått sin søknad.

Målet med å frata selvbestemmelse i perioden 18 til 22 uker er først og fremst begrunnet i å ivareta fosteret. Det er ingenting som tyder på at en ved å frata selvbestemmelse fra utgangen av 18. til

utgangen av 22. svangerskapsuke, og at en nemnd skal ta endelig beslutning, beskytter fostrene på en bedre måte enn dersom man støtter kvinner i deres valg og tilrettelegger for veiledning og ivaretagelse av kvinnene etter hennes ønske og behov.

Kapittel 41

Dissens fra utvalgsmedlemmene Astrid Grydeland Ersvik, Berge Solberg, Elham Baghestan, Kari Sønderland, Nina Lem Samuelsen og Tilde Broch Østborg

Om selvbestemmelse ved fosterantallsreduksjon

Mindretallet er enig med flertallet om at det er vesentlige forskjeller mellom ordinær abort og fosterantallsreduksjoner, og at det derfor er behov for å regulere disse ulikt. Mindretallet har imidlertid et annet syn på hvordan fosterantallsreduksjoner skal reguleres i loven.

Mindretallet legger til grunn at fosterantallsreduksjoner skal være forsvarlige og i tråd med helsepersonelloven § 4. Dette betyr at fosterantallsreduksjonene må gjennomføres på en forsvarlig måte uten (stor/vesentlig/signifikant) fare for skade på den gravide eller gjenværende foster. De handlingsalternativer som kvinnen kan velge, må derfor være vurdert som forsvarlige av kompetent helsepersonell.

Innenfor disse rammer mener mindretallet det vil være riktig at den gravide selv, etter å ha mottatt relevant informasjon, beslutter om hun ønsker å få utført fosterantallsreduksjon.

For noen få kvinner vil det være overkommelig å få ett barn, men ikke to eller tre. Dette kan handle om hennes livssituasjon, hensyn til hennes andre barn, økonomisk situasjon eller andre forhold. For andre kvinner, med ett alvorlig sykt foster, kan det være nødvendig med fosterantallsreduksjon for å redde det gjenværende fosteret i livmoren. Kvinnens beveggrunner for fosterantallsreduksjon kan ofte være sammenfallende med eller tilsvarende beveggrunnene som ved ordinære svangerskapsavbrudd.

Det er viktig at den gravide er godt informert om selve inngrepet, mulig risiko og handlingsalternativer. Derfor er vi enig med flertallet i at

denne informasjonen skal være obligatorisk. Dersom kvinnen fortsatt ønsker å gjennomføre inngrepet etter at grundig veiledning er gitt, så er det hennes liv, omsorgssituasjon og fremtid som primært står på spill. Det er hun som må håndtere et eventuelt for tidlig født barn, en senabort eller dødfødsel. Vi ser ikke at noen andre kan ha bedre forutsetninger for å fatte en avgjørelse enn henne.

Ved fosterantallsreduksjon finnes det en liten, men reell risiko for gjenværende foster. Internasjonale studier tyder på at risikoen for skade på gjenværende foster øker vesentlig dersom inngrepet gjennomføres etter svangerskapsuke 14, jf. kapittel om fosterantallsreduksjon. Utvalgets mindretall mener derfor at den gravides rett til selv å ta beslutning om fosterantallsreduksjon kun bør gjelde frem til 14. svangerskapsuke. Etter dette tidspunkt behandles søknader om fosterantallsreduksjon i nemnd, i tråd med flertallets forslag.

Å gjennomgå et flerlingssvangerskap gir økt risiko for en rekke negative svangerskapsutfall, blant annet svangerskapsforgiftning, senabort eller prematur fødsel, keisersnitt, anemi, hypemesis gravidarum, svangerskapsdiabetes m.fl. Å nekte kvinnen en reell selvbestemmelse i denne relativt tidlige fasen av svangerskapet mener vi er et betydelig inngrep i hennes autonomi. Av medisinsk-faglige grunner bør inngrepet skje etter 12. uke.

Det må være kvinnens valg om hun er villig til å ta den (svært lave) risiko for det gjenværende foster som foreligger, etter å ha mottatt informasjon om denne risikoen.

Referanser

- Aberg, A., Mitelman, F., Cantz, M. & Gehler, J. (1978). Cardiac puncture of fetus with Hurler's disease avoiding abortion of unaffected co-twin. *Lancet*, 2(8097), 990-991. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(78\)92550-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(78)92550-3)
- ACOG. (2017). Committee Opinion No. 719 Summary: Multifetal Pregnancy Reduction. *Obstet Gynecol*, 130(3), 670-671. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002292>
- Aftenposten. (2021, 4. mai). Abortloven er god. *Aftenposten, lederartikkel*. <https://www.aftenposten.no/meninger/leder/i/zgKayv/aftenposten-mener-abortionloven-er-god>
- Alex, L. & Hammarstrom, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion – a feminist perspective. *Scand J Caring Sci*, 18(2), 160-168. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00257.x>
- Andenæs, J. (1956). Hva er gjeldende norsk rett om abortus provocatus? *Rt-1956-833*. <https://lovdata.no/pro/JUS/rt-1956-0833-art>
- Arnesen, H. S. (2023). Arbeidsdeling i hjemmet: Er likestilte par mer fornøyde? <https://www.ssb.no/befolkning/barn-familier-og-husholdninger/artikler/arbeidsdeling-i-hjemmet-er-likestilte-par-mer-fornoyde>
- Austveg, B. (2017). *Abort. En etisk argumentasjon*. Humanist forlag
- Bain, L. E. (2020). Mandatory pre-abortion counseling is a barrier to accessing safe abortion services. *Pan Afr Med J*, 35, 80. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.35.80.22043>
- Baltzersen, E. (2023, 14. februar). Politikk og religion påvirker europeernes syn på abort. *Masterbloggen, Kilden*.
- Baltzersen, E. S. (2022). *Attitudes Towards Assisted Reproductive Technology (ART) and Abortion: Evidence from Europe* [Master thesis, University of Oslo]. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-98433>
- Barr, J. A. (2014). *Tertullian's Attitude towards the Human Foetus and Embryo* [Doctor of Philosophy, The University of Queensland]. The University of Queensland.
- Barstad, A. (2013). *Hopning av dårlige levekår En analyse av Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2013* (Reports 2016/32, Issue. SSB). SSB. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/285523?_ts=1588ffd8b60
- Bauer, E. E. (2019). *Svangerskapets usikkerheter: Opplevelser av fosterdiagnostikk og selektiv abort* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. <http://hdl.handle.net/10852/69611>
- Beauchamp, T. L. (1994). *Principles of biomedical ethics / Tom L. Beauchamp, James F. Childress*. Oxford University Press.
- Bergsvik, J., Fauske, A. & Hart, R. K. (2020). *Effects of policy on fertility: A systematic review of (quasi)experiments* (Discussion Papers No. 922, February 2020). SSB. Effects of policy on fertility: A systematic review of (quasi)experiments (ssb.no)
- Beriwal, S., Impey, L., Ioannou, C. (2020). Multifetal pregnancy reduction and selective termination. *The Obstetrician and Gynaecologist*, 22(4). <https://doi.org/10.1111/tog.12690>
- Beta, J., Zhang, W., Geris, S., Kostiv, V. & Akolekar, R. (2019). Procedure-related risk of miscarriage following chorionic villus sampling and amniocentesis. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 54(4), 452-457. <https://doi.org/10.1002/uog.20293>
- Bispemøtet. (2019, 15. februar). *Samtalen om abort – et bidrag fra Bispemøtet*. <https://www.kirken.no/nb-NO/om-kirken/aktuelt/samtalen-om-abortion-et-bidrag-fra-bispemotet/>
- Bjørge, L., Hermanrud, M. S., Løkeland, M. & Oppegaard, K. S. (2023). Veileder i gynekologi – provosert abort. I *Veileder i gynekologi*. Norsk gynekologisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/provosert-abortion/>
- Bondø, T.-H. (2015, 17. mars). Ga ekskjæreste abortpiller – risikerer syv års fengsel. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/JzOOR/ga-ekskjaereste-abortpiller-risikerer-syv-aars-fengsel>
- Boonin, D. (2002). *A Defense of Abortion*. Cambridge University Press.

- Boonin, D. (2019). *Beyond Roe: Why Abortion Should Be Legal – Even If the Fetus is a Person*. Oxford University Press.
- Borgan, E. (2021). Snart tar dette over for p-piller blant unge. forskning.no. <https://www.forskning.no/barn-og-ungdom-seksualitet/snart-tar-dette-over-for-p-piller-blant-unge/1915939>
- Breimo, J. P. (2014). Koordinering og tilstedeværelse – om kjønnede forventninger til pårørende i rehabiliteringsprosesser. *Coordinating and being present – on the gendered expectations of family members in rehabilitation processes*, 38(3-4), 253-269. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1781-2014-03-04-05>
- Breivik, J.-K., Eriksen, T. H. (2006). Kulturell kompleksitet i det nye Norge. *Normalitet* (Bd. 2). Universitetsforlaget.
- Busch, S. V. (2023). *Senabort – den usynlige sorgen*. Humanist Forlag AS.
- Campbell, O. (2021, 13. oktober). *Abortion Remedies from a Medieval Catholic Nun (!)*. JSTOR Daily. <https://daily.jstor.org/abortion-remedies-medieval-catholic-nun/>
- CEDAW (2006). *Concluding comments of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, China*. (U.N. Doc. CEDAW/C/CHN/CO/6 (2006)). https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw36/cc/CHINA_advance%20unedited.pdf
- Center for reproductive rights. (2023). *The Worlds Abortion Laws*. <https://reproductive-rights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
- Chelouche, T. (2007). Doctors, Pregnancy, Childbirth and Abortion during the Third Reich. *Israel Medical Association Journal*, 9(3): 202-206.
- CHOP. (2023, 13. november). <https://www.chop.edu/treatments/fetal-surgery-spina-bifida/about>
- Clemet, K., Halvorsen, K. & Aase, K. (1996). *Abort – en debatt for 90-årene*. Universitetsforlaget.
- Committee, H. R. (1993). *General Comment 22, Article 18 (Forty-eighth session, 1993)*. (U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 at 35 (1994)). <http://hrlibrary.umn.edu/gencomm/hrcom22.htm>
- Committee Opinion No. 719. (2017). Summary: Multifetal Pregnancy Reduction. *Obstet Gynecol*, 130(3), 670-671. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002292>
- Committee Opinion No. 719. (2017). Committee Opinion No. 719: Multifetal Pregnancy Reduction. *Obstet Gynecol*, 130(3), e158-e163. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002302>
- Committee, U. H. R. (2016). *Views adopted by the Committee under article 5 (4) of the Optional Protocol, concerning communication No. 2324/2013, Mellet v. Ireland*. <https://juris.ohchr.org/casedetails/2152/en-US>
- Committee, U. H. R. (2019). *International Covenant on Civil and Political Rights, General comment No. 36, Article 6: right to life*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/261/15/PDF/G1926115.pdf?OpenElement>
- Convention on the Rights of the Child. (2013). *Concluding observations on the combined third and fourth periodic reports of China, adopted by the Committee at its sixty-fourth session (CRC/C/CHN/CO/3-4)*. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww2.ohchr.org%2Fenglish%2Fbo-dies%2Fcrcc%2Fdocs%2Fco%2Fcrcc_c_chn-co_3-4.doc&wdOrigin=BROWSELINK
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities. (2017). *Concluding observations on the initial report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (CRPD/C/GBR/CO/1)*. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPP-RiCAqhKb7yhspCUnZhK1jU66fLQJyHIkqMIT3RDaLiqzhH8tVNxhro6S657eVNwu-qlzu0xvsQUehREyYEQD%2BldQaLP31QDpR-cmG35KYFtgGyAN%2BaB7cyky7>
- Dahl, S. L., Vaksdal, R. H., Barra, M., Gamlund, E. & Solberg, C. T. (2019). Abort og fosterreduksjon: En etisk sammenligning. *Etikk i praksis*, (1), 89-111. <https://doi.org/10.5324/eip.v13i1.3002>
- Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Augusti, E.-M. & Skauge, A. D. (2023). *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/03/NKVTS_Rapport_1_23_Omfang_vold_overgrep.pdf
- de Beauvoir, S. & Parshley, H. M. (2010). *The Second Sex*. Random House.
- De Bie, F. R., Kim, S. D., Bose, S. K., Nathanson, P., Partridge, E. A., Flake, A. W. & Feudtner, C. (2023). Ethics Considerations Regarding Artificial Womb Technology for the Fetotate. *The American Journal of Bioethics*, 23(5), 67-78. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2048738>
- Det etiske råd 2023: *Provokeret abort: Hvor skal grænsen gå?.* Udtalelse fra Det Etiske råd, Dan-

- mark, Nationalt Center for Etik, september 2023
- DeMarco, D. (1984). *The Roman Catholic Church and Abortion: An Historical Perspective – Part II*. Catholic culture. <https://www.catholicculture.org/culture/library/view.cfm?id=3362##>
- Dietrichson, S. (2021a). *Vil det skal bli lettere å dele erfaringer med abort*. Kilden. <https://kjonnsforskning.no/nb/2021/06/vil-det-skal-bli-lettere-dele-erfaringer-med-abort>
- Dietrichson, S. (2021b). *Vil det skal bli lettere å dele erfaringer med abort*. Kilden. <https://kjonnsforskning.no/nb/2021/06/vil-det-skal-bli-lettere-dele-erfaringer-med-abort>
- Difi. (2017). *Fortsatt uavhengig? En kartlegging av uavhengige myndighetsorganer* (Difi-rapport 2017: 13). https://dfo.no/sites/default/files/fagomr%C3%A5der/Rapporter/Rapporter-Difi/fortsatt_uavhengig_en_kartlegging_av_uavhengige_myndighetsorganer_difi_rapport_2017_13.pdf
- Ditlefsen, H. & Rognaldsen, E. (2021, 5. mai). Ekskjæresten utsatte «Ingvild» for abortpress. *NRK*. <https://www.nrk.no/sorlandet/ekskjaeresten-utsatte-ingvild-for-abortpress-1.15474347>
- Den norske legeförening. (2019, 2. april). Høringsuttalelse – endringer i abortloven. Rådet for legeetikk, Den norske legeförening.
- Dolonen, K. A. (2021, 19. august). Jordmødre vil reservere seg om politikerne endrer abortloven. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2021/08/jordmodre-vil-reservere-seg-om-politikerne-endrer-abortloven>
- Døving, R. (2015). Bør mannen være part i abortloven? *Nytt norsk tidsskrift*, 32(1), 43-53. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3053-2015-01-05>
- Eggebø, T. M. (2020). Non-invasiv prenatal test (NIPT). *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 140(9). <https://doi.org/10.4045/tidskr.20.0145>
- Eick, F., Vallersnes, O. M., Fjeld, H., Sørbye, I., Storkås, G., Ekrem, M., Børner, M., Løberg, S. A., Ebbing, C., Voldner, N. & Dahl, C. (2022). Use of non-governmental maternity services and pregnancy outcomes among undocumented women: a cohort study from Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 789. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05112-0>
- Ekström, M.-M., Tiblad, E., Norman, M., Stephansson, O. & Granfors, M. (2023). Maternal, pregnancy and neonatal outcomes in triplet pregnancies in Sweden – a nationwide cohort study. *Ups J Med Sci*, 128(1), e9473. <https://doi.org/10.48101/ujms.v128.9473>
- Elsackers, M. J. (2010). *Reading between the lines: Old Germanic and early Christian views on abortion* [PhD thesis, University of Amsterdam]. <https://hdl.handle.net/11245/1.327030>
- Elvbakken, K. T. (2001). *Abortpolitikkenes utfordringer* (Bd. nr 35, desember 2001). Makt- og demokratiutredningen 1998-2003.
- Elvbakken, K. T. (2021). *Abortspørsmålets politiske historie*. Scandinavian University Press. Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/9788215042923-2021>
- Endestad, I. & Rønes, A. (2023, 9. januar). Begrepet «selvbestemt abort» må utvides. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/AP78Oz/begrepet-selvbestemt-abort-maa-utvides>
- Erichsen, B. C. (2017). *Norske kvinners liv og kamp : 1850-2000 : Bind 1*. Res publica.
- Erikson, S. L. (2003). Post-diagnostic abortion in Germany: reproduction gone awry, again? *Soc Sci Med*, 56(9), 1987-2001. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00218-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00218-6)
- Eser, A. & Koch, H.-G. (2005). T.M.C. ASSER PRESS. <https://www.asser.nl/asserpress/books/?rId=4330>
- ESHRE. (2013). *Delivery rates are unaffected by a policy of transferring fewer embryos coupled with reimbursing six cycles of fertility treatment*. European Society of Human Reproduction and Embryology. <https://www.eshre.eu/Press-Room/Press-releases-2013/Policy-of-transferring-fewer-embryos>
- ESHRE. (2023). *Number og embryos to transfer during IVF/ICSI*. ESHRE Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Guidelines-in-development/Embryo-transfer>
- Eskild, A., Helgadottir, L.B., Jerve, F., Qvigstad E. Stray-Pedersen, S. Løset, Å. (2002): *Provosert abort blant kvinner med fremmedkulturell bakgrunn i Oslo*. *Tidsskr Nor Lægefören* 2002 122: 1355-7
- Eskild, A., Nesheim, B.-I., Busund, B., Vatten, L., Vangen, S. (2007), *Childbearing or induced abortion: the impact of education and ethnic background. Population study of Norwegian and Pakistani women in Oslo, Norway*. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 86: 298-303. <https://doi.org/10.1080/00016340601133780>
- Eskild, A. (2016). Foreldrepengene styrer re-produksjonen. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/en/node/58866>

- European Court of Human Rights, P. U. (2023). *Factsheet – Health*. https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/fs_health_eng
- Evans, M. I., Andriole, S. & Britt, D. W. (2014). Fetal reduction: 25 years' experience. *Fetal Diagn Ther*, 35(2), 69-82. <https://doi.org/10.1159/000357974>
- Evans, M. I., Fletcher, J. C., Zador, I. E., Newton, B. W., Quigg, M. H. & Struyk, C. D. (1988). Selective first-trimester termination in octuplet and quadruplet pregnancies: clinical and ethical issues. *Obstet Gynecol*, 71(3 Pt 1), 289-296.
- Evans, M. I., Goldberg, J. D., Horenstein, J., Wapner, R. J., Ayoub, M. A., Stone, J., Lipitz, S., Achiron, R., Holzgreve, W., Brambati, B., Johnson, A., Johnson, M. P., Shalhoub, A. & Berkowitz, R. L. (1999). Selective termination for structural, chromosomal, and mendelian anomalies: international experience. *Am J Obstet Gynecol*, 181(4), 893-897. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)70321-2](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(99)70321-2)
- Feidal-Nilsen, A. & Klingenberg, C. (2022, 9. desember). De mest premature barna – Internasjonalt praksis og etiske grunnprinsipper. *Paidos*. <https://paidos.no/de-mest-premature-barna-internasjonalt-praksis-og-etiske-grunnprinsipper/>
- Fiala, C., Agostini, A., Bombas, T., Lertxundi, R., Lubusky, M., Parachini, M. & Gemzell-Danielsson, K. (2022). Abortion: legislation and statistics in Europe. *The European journal of contraception & reproductive health care*, 27(4), 345. <https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2057469>
- Fielding, S. & Schaff E. A. (2004). Social context and the experience of a sample of U.S. women taking RU-486 (mifepristone) for early abortion. *Qual Health Res*. 14(5), 612-627. <https://doi.org/10.1177/1049732304263677>. PMID: 15107166.
- Flatseth, M. (2009). *Førende forestillinger i fosterpolitikken. En metaforanalyse av hvordan kvinne, foster og abort blir konstituert i stortingsdebatter om abort og fosterdiagnostikk*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen]. Merethe_Flatseth_PhD_ALLKO-PI_28_07_09_(uib.no)
- Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler. (2022). *Forskrift om endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek*. (FOR-2022-06-02-977) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-08-24-2616>
- Forskningsrådet. (1999). *Grenser for behandling av for tidlig fødte barn. Konsensuskonferanse*. Norges forskningsråd.
- Fox, K. & Donato, V. D. (2019). Abortion is a right in Italy. For many women, getting one is nearly impossible. CNN. <https://edition.cnn.com/interactive/2019/05/europe/italy-abortion-intl/>
- Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser. (2023). Beskrivelse av trisomi 18. <https://frambu.no/diagnosebeskrivelse/beskrivelse-av-diagnosen-trisomi-18/>
- Fredman, S. (2018). *Comparative Human Rights Law*. Oxford University Press.
- Fredman, S. (2019). *Comparative Human Rights Law*. Oxford University Press, Incorporated. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ngsso/detail.action?docID=5745823>
- Gambir, K., Kim, C., Necastro, K. A., Ganatra, B., Ngo, T. D. & Gambir, K. (2020). Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020(3), CD013181-CD013181. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013181.pub2>
- Giaever, Ø. (2005). Eugenic indication for abortion – a historical background. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125(24), 3472-3476.
- Gillon, R. (2003). Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be «first among equals». *Journal of Medical Ethics*, 29(5), 307-312.
- Greasley, K. (2017). *Arguments about Abortion: Personhood, Morality, and Law*. Oxford University Press, Incorporated. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ngsso/detail.action?docID=4832151>
- Grünfeld, B. & Nyfeministenes og Kvinnefrontens abortgruppe (1973). *Selvbestemt abort – En kvinneverett*. Pax forlag.
- Gulbrandsen, P. (2000). Hva er galt ved selektiv abort? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120(9).
- Gunnes, G. (2018, 17. november). Et kristent og feministisk ja til dagens abortlov. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/p68P9w/et-kristent-og-feministisk-ja-til-dagens-abortlov-gyrid-gunnes>
- Gupta, S., Nathan S. F., Feinberg, J., Chad, K. K. & Rebarber, A. (2015). Outcomes in twin pregnancies reduced to singleton pregnancies compared with ongoing twin pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*, 213(4), 580.e1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.06.018>
- Hack, K., Derks, J., Elias, S., Franx, A., Roos, E., Voerman, S., Bode, C., Koopman-Esseboom, C. & Visser, G. (2008). Increased perinatal

- mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twin pregnancies: clinical implications of a large Dutch cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115, 58-67. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01556.x>
- Hagen, G. H. & Hage, C. Ø. (2011). Medisinstudenters holdninger til abort [Prosjektoppgave, Universitetet i Oslo]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 1768-1771. doi: 10.4045/tidskr.10.1161
- Halldén, B.-M., Christensson, K. & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scand J Caring Sci*, 23(2), 243-250. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00612.x>
- Halldén, B.-M., Kyllike Christensson, Pia Olsson. (2005). Meanings of being pregnant and having decided on abortion: young Swedish women's experiences. *Health Care Women Int*, 26(9), 788-806. <https://doi.org/10.1080/07399330500230961>
- Hansen, V. B., Holm, J. & Hansen, V. B. (2023). *Avbrutt: fortellinger om abort* (1. utg.). Res publica.
- Harris, L. (2017). Old Ideas for a New Debate: Medieval and Modern Attitudes to Abortion. *Medieval Feminist Forum, A Journal of Gender and Sexuality*, 53(1), 131-149. <https://doi.org/10.17077/1536-8742.2091>
- Hart, R. K. & Kravdal, Ø. (2020). *Fallende fruktbarhet i Norge. Hva kan det skyldes og hva kan man gjøre med det hvis det oppfattes som et problem?* Folkehelseinstituttet. Fallende fruktbarhet i Norge – FHI
- Haugan, H. M., Bjørge, L. & Løkeland-Stai, M. (2023). Nemndabort 1979–2022 – hva har skjedd? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 143(14). <https://doi.org/10.4045/tidskr.23.0472>
- Heðinsdóttir, K. & Scott-Fordsmand, H. (2023). Abortpolitik: pragmatisme eller prinsipper? <https://ugeskriftet.dk/bfl/abortpolitik-pragmatisme-eller-prinsipper>
- Heino, Anna, Gissler, Mika 2023: Aborter i Norden 2021. Statistikrapport 10/2033. THL, Finland, <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/sexuell-och-reproduktiv-halsa/aborter/aborter-i-norden>
- Heinsen, L. L. (2022). *The Moral Labour of Making Death. An Ethnography of Second-trimester Selective Abortion in Welfare State Denmark* [Doktorgradsavhandling, Aalborg University]. doi:10.54337/aau532692968
- Helgadóttir, L. B., Qvigstad, E., Melseth, E., Vangen, S., Eskild, A. (2006). Nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i Oslo 2000–03. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 126, 1744-1746.
- Hellevik, P. & Øverlien, C. (2016). Teenage intimate partner violence: Factors associated with victimization among Norwegian youths. *Scand J Public Health*, 44(7), 702-708. <https://doi.org/10.1177/1403494816657264>
- Helsedirektoratet. Rutineultral lyd i svangerskapet – Kort om innholdet i ultralydundersøkelsen. Rutineultral lyd i svangerskapet.pdf (helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet. (2013). *Uavhengig ekspertgruppe for vurdering av svangerskapsavbrudd. Rapport*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Evalueringsav bioteknologiloven 2015. Oppdatering om status og utvikling på fagområdene som reguleres av loven*. (IS-2360). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluerings-av-bioteknologiloven/Evaluering%20av%20bioteknologiloven%202015.pdf/_/attachment/inline/5f6f0e0c-669c-479f-856b-34f2230deb96:ce7dcccfe8d82e3199724e40bd70442f717aefc7/Evaluering%20av%20bioteknologiloven%202015.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). *Veileder til forskrift om svangerskapsavbrudd*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/abort-svangerskapsavbrudd-veileder-til-forskrift>
- Helsedirektoratet. (2020). *Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem. Rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet mars 2020*. (IS-2895). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf/_/attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf
- Helsedirektoratet (2017) *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og Skolehelsetjenesten*, oppdatert 2023
- Helsedirektoratet. (2023a). *Assistert befruktning statistikk*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/assistert-befruktning>
- Helsedirektoratet. (2023b). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsebiblioteket.no/>

- innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/svan-
gerskapsomsorgen
- Helsedirektoratet. (2023c). *Kunnskapsinnhenting for Abortutvalget*. Helsedirektoratets svar på oppdrag TTB2022-52 fra Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2023d). *Til deg som vurderer abort*. <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/abort/>
- Helsenorge. (2023). *Fosterdiagnostikk*. <https://www.helsenorge.no/undersokelse-og-behandling/fosterdiagnostikk/#morkakeprove>
- Hirvonen, E. (2017). *Polish Abortion Tourism* [Master's thesis, Laurea University of Applied Sciences]. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/138222/thesis_Ewa_Hirvonen.pdf?sequence=1
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Høringsuttalelse til Utkast til endringer i lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/-Horing-utkast-til-endringer-i-lov-om-humanmedisinsk-bruk-av-bioteknologi-mm-bioteknologiloven/id421846/?showSvar=true&term=&page=1&isFilterOpen=true>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017-2022*. Helse- og omsorgsdepartementet. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022) (regjeringen.no)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023 – regjeringen.no
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet 2020-2024*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/59df2395e37f473b93e2da02db01f69c/hod-handlingsplan.pdf>
- Hofmann, B., Magelssen, M. & Oftestad, E. A. (2021). *Hva vil vi med fosterdiagnostikken? fosterdiagnostikkens etikk* (1. utgave). Cappelen Damm akademisk.
- Hognert, H., Skjeldestad, F. E., Gemzell-Danielson, K., Heikinheimo, O., Milsom, I., Lidegaard, Ø. & Lindh, I. (2018). Ecological study on the use of hormonal contraception, abortions and births among teenagers in the Nordic countries. *BMJ Open*, 8(10), e022473. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022473>
- Holm, S. (2008). The expressivist objection to prenatal diagnosis: can it be laid to rest? *Journal of Medical Ethics*, 34(1), 24-25.
- Hugdahl, G. M. (2021). *The right choice and the free choice. An empirical ethical contribution to a Christian, feminist ethic of reproductive justice* [Doktorgradsavhandling, MF vitenskapelig høyskole].
- Høstmælingen, N., Kjørholt, E. S., Sandberg, K. & United, N. (2020). *Barnekonvensjonen : barns rettigheter i Norge* (4. utgave.). Universitetsforlaget.
- Haaland, M. E. S., Kjelsvik, M., Cetin, K., Gjengedal, E., Moland, K. M., Daltveit, A. K. & Bruvik, F. (2023). *Kvinnens erfaringer med abortnemnder*. Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
- Haaland, T., Clausen, S. E. & Schei, B. (2005). *Vold i parforhold – ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Publikasjoner-norsk/Vold-i-parforhold-ulike-perspektiver>
- Guttmacher Institute. (2023, 14. november). *Interactive Map: US Abortion Policies and Access After Roe*. <https://states.guttmacher.org/policies/minnesota/abortion-statistics>
- Johnsen, H. B. (2011). *Religionens syn på abort? Hvilken betydning har denne kunnskap for norske leger?* [Oppgave i profesjonsstudiet i Medisin, Universitetet i Oslo]. <https://doi.org/https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/29485/Prosjekt-H-B-Johnsen.pdf?sequence=3>
- Jones, D. A. (2004). *The Soul of the Embryo: An Enquiry into the Status of the Human Embryo in the Christian Tradition*. Continuum.
- Judith, A. (2005). Parenthood and Intellectual Disability: Discourses on Birth Control and Parents with Intellectual Disabilities 1967-2003. *Scandinavian journal of disability research*, 7(3-4), 155-175. <https://doi.org/10.1080/15017410500246103>
- Justad-Berg R.T., Eskild A., Strøm-Roum E.M. (2015): *Characteristics of women with repeat termination of pregnancy: a study of all requests for pregnancy termination in Norway during 2007-2011*. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 1175-80
- Kaczor, C. (2023). *The Ethics of Abortion: Women's Rights, Human Life, and the Question of Justice* (3rd edition. utg.). Routledge.
- Kamath, M. S., Mascarenhas, M., Kirubakaran, R. & Bhattacharya, S. (2020). Number of em-

- bryos for transfer following in vitro fertilisation or intra-cytoplasmic sperm injection. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8), Cd003416. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003416.pub5>
- King, A. (2022). I *World History Encyclopedia*. <https://www.worldhistory.org/article/2054/family-planning-in-the-ancient-near-east/>
- Kitterød, R. H. & Teigen, M. (2021). *Feminisme og holdninger til likestilling – tendenser til polarisering?* CORE, Senter for likestilling. <https://www.samfunnsforskning.no/core/publikasjoner/core-indikator-status/feminisme-og-holdninger-til-likestilling-tendenser-til-polarisering/flak/feminisme-og-holdninger-til-likestilling-tendenser-til-polarisering.pdf>
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Nortvedt, P. & Gjengedal, E. (2019). Beyond autonomy and care: Experiences of ambivalent abortion seekers. *Nursing ethics*, 26(7-8). <https://doi.org/10.1177/0969733018819128>
- Kjelsvik, M., Tveit Sekse, R. J., Moi, A. L., Aasen, E. M. & Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester. *J Clin Nurs*, 27(21-22), 4192-4202. <https://doi.org/10.1111/jocn.14612>
- Kjølbro, J. F. & Kjølbro, J. F. (2023). Den Europæiske menneskerettighedskonvention : for praktikere (6. udgave. utg.). Djøf Forlag.
- Klausen, A. O. (2016). Unge kvinner bruker prevensjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2012/02/unge-kvinner-bruker-prevensjon>
- Kristensen, S. E., Kvist Ekelund, C., Sandager, P., Stener Jørgensen, F., Hoseth, E., Sperling, L., Zingenberg, H. J., Duelund Hjortshøj, T., Gadsbøll, K., Wright, A., Wright, D., McLennan, A., Sundberg, K. & Petersen, O. B. (2023). Triple trouble: uncovering the risks and benefits of early fetal reduction in trichorionic triplets in a large national Danish cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.05.029>
- Kvinnemuseet. (2023). *Fortiet. Aborthistorien 1902-1960*. Kvinnemuseet. <https://kvinnemuseet.no/fra1902>
- Lam, H. S., Wong, S. P. S., Liu, F. Y. B., Wong, H. L., Fok, T. F. & Ng, P. C. (2009). Attitudes Toward Neonatal Intensive Care Treatment of Preterm Infants With a High Risk of Developing Long-term Disabilities. *Pediatrics*, 123(6), 1501-1508. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2061>
- Larsen, K. M. (2016). *Utredning om det strafferettslige diskrimineringsvernet*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95190275f7d74d86800ab6a37f53f94a/utredning-det-strafferettslige-diskrimineringsvernet.pdf>
- Larsen, K. M. & Greve, T. (2023). Den europeiske menneskerettskommisjon. I K. M. Larsen (Red.), *Store Norske Leksikon*. https://snl.no/Den_europeiske_menneskerettskommisjon
- Leuven. <https://www.uzleuven.be/en/fetal-endoscopic-tracheal-occlusion>
- Lid, I. M. (2022, 29. desember). gap-modellen. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/gap-modellen>
- Lilleeng, S. & Kringstad, K. (2023, 8. mai). Ein av tre abortar blir tatt etter bruk av prevensjon: – Dei er i sjokk. *NRK*. https://www.nrk.no/trondelag/sa-sikker-er-prevensjonen-eigentleg_-ein-av-tre-abortar-i-noreg-blir-tatt-etter-bruk-av-prevensjon-1.16277373
- Lippestad, J. W. & Halvorsen, T. (2021). *Evaluering av tilskuddsordningen Stiftelsen Amatheia* (SINTEF Rapport; 2021:00334). SINTEF. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2977795?show=full>
- Lorenz, J. M. (2012). Neurodevelopmental outcomes of twins. *Semin Perinatol*, 36(3), 201-212. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2012.02.005>
- Lurås, S. I. & Jensen, K. T. (2022). Kvinners mentale helse etter en provosert abort – en scoping review. *Sykepleien forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.90993>
- Løkeland, M. (2015). *Implementation of Medical Abortion in Norway 1998-2013* [Main thesis, The University of Bergen].
- Løkeland, M., Akerkar, R. R., Askeland, O. M., Faugstad, L. A., Halvorsen, G. S., Heiberg-Andersen, R., Hornæs, M. T. & Juliusson, P. B. (2022). *Rapport om svangerskapsavbrot 2021. Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret)*. Folkehelseinstituttet. Abortregisteret: Rapport om svangerskapsavbrot 2021 (fhi.no)
- Løkeland, M., Akerkar, Rupali Rajendra, Askeland, O. M., Halvorsen, G. S., Heiberg-Andersen, R., Hornæs, M. T., Juliusson, P. B. & Berg, A. (2023). *Rapport om svangerskapsavbrot 2022. Register over svangerskapsavbrot (Abortregisteret)*.
- Mactier H, B. S., Johnston T, Lee-Davey C, Marlow N, Mulley K, Smith LK, To M, Wilkinson D; BAPM Working Group. (2020). Perinatal

- management of extreme preterm birth before 27 weeks of gestation: a framework for practice. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 105(3). <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318402>
- Magelssen, M. (2023). Livet og døden. Kristne perspektiver på bioetikk. *Verbum Akademisk*.
- Magelssen, M., Pahle, A., Swensen, E. & Østborg, T. B. (2022). Etisk berøringsangst i fosterdiagnostikken. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0466>
- Magelssen, M. & Solberg, B. (2020). Abort og fosterdiagnostikk. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helse-tjenesten* (s. 139-149). Gyldendal.
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E. & Larsson, M. (2013). Autonomy and dependence – experiences of home abortion, contraception and prevention. *Scand J Caring Sci*, 27(3), 569-579. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01068.x>
- Malt, E. A., Dahl, R. C., Ulvestad, I. H., Emilsen, N. M., Hansen, B., Cardenas, Y. E. G., Skøld, R. O., Thorsen, A. T. B. & Davidsen, E. M. M. (2013). Helse og sykdom hos voksne med Downs syndrom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(3), 290-294. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0390>
- Manchester, E. (2007). Locke on Bodily Rights and the Immorality of Abortion : A Neglected Liberal Perspective. <https://www.uffl.org/vol16/manchester06.pdf>
- Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
- Michelsen, T., Bergøy, Ø., Ellingsen, L., Klingenberg, C., Lang, A., Morken, N.-H., Salvesen, K. Å., Sjøborg, Ragnhild Støen, R., Tingleff, T. (2022). *Preterm fødsel. Veileder i fødselshjelp*. Norsk gynekologisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/preterm-fodsels/>
- Miscarriage Probability Chart. (2023). <https://datayze.com/miscarriage-chart.php?mode=table>
- Morsing, E., Lundgren, P., Hård, A. L., Rakow, A., Hellström-Westas, L., Jacobson, L., Johnson, M., Nilsson, S., Smith, L. E. H., Sävman, K. & Hellström, A. (2022). Neurodevelopmental disorders and somatic diagnoses in a national cohort of children born before 24 weeks of gestation. *Acta Paediatr*, 111(6), 1167-1175. <https://doi.org/10.1111/apa.16316>
- Mukkavaara, I., Öhrling, K. & Lindberg, I. (2012). Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Midwifery*, 28(5), e720-e725. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.011>
- Mykkestul, H.-C., Skonnord, T., Brekke, M. (2020). Point-of-care ultrasound (POCUS) in Norwegian general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(2).
- Nesheim, B.-I. (2021, 12. februar). Spontanabort. I Store medisinske leksikon https://sml.snl.no/spontan_abort
- Nesheim, B.-I. (2022, 12. februar). Abort. I Store medisinske leksikon <https://sml.snl.no/abort>
- NFOG. (2020). *Nordisk lærebok i fødselshjelp*. Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/opslag-og-vaerktoejer/laereboe-ger/obstetrics-gynecology/obstetrics/o-28-multiple-pregnancies/>
- NFOG. (2023). *Obstetrics and Gynecology – online textbook for medical students*. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/opslag-og-vaerktoejer/laereboe-ger/obstetrics-gynecology/>
- Norsk gynekologisk forening. (2023). *Veileder i gynekologi*. Norsk gynekologisk forening.
- Nordberg, T. H., Pedersen, E. & Egeland, C. (2021). Diskriminering? Konsekvenser av graviditet og permisjonsuttak i arbeidslivet. *Søkelys på arbeidslivet*, 38(3-4), 242-256. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-03-04-06>
- NOU 2011: 17 *Når sant skal sies om pårørendesomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert*. NOU 2011: 17 – regjeringen.no
- NOU 2012: 15 *Politikk for likestilling*. NOU 2012: 15 – regjeringen.no
- NOU 2016: 13 *Samvittighetsfrihet i arbeidslivet*. (2016). NOU 2016: 13 – regjeringen.no
- NOU 2019: 5 *Ny forvaltningslov. Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven)*. NOU 2019: 5 – regjeringen.no
- NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensingsloven Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. NOU 2019: 14 – regjeringen.no
- NOU 2022: 21 *Strafferettslig vern av den seksuelle selvbestemmelsesretten – Forslag til reform av straffeloven kapittel 26 Straffelovrådets tredje utredning*. NOU 2022: 21 – regjeringen.no
- Nylenna, M. (2021). Fra lydighet til likeverd: pasientmedvirkning i et historisk og helsepolitisk perspektiv. *Michael 2020(17). Supplement 24*, 15-42.

- OHCHR (2013). *Third-party intervention concerning petition number ADI/ADPF 5581, Denial of abortion services and the prohibition of torture and cruel, inhuman and degrading treatment*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/AmicusBrazilFINAL.pdf>
- OHCHR (2018). *Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/A_HRC_38_46_EN.pdf
- Olsen, R. E. (2020). *Feministisk meningsmakt i abortdiskursen* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Agder]. <https://hdl.handle.net/11250/2839120>
- Parens, E. & Asch, A. (2000). *Prenatal Testing and Disability Rights*. Georgetown University Press.
- Partridge, E. A., Davey, M. G., Hornick, M. A., McGovern, P. E., Mejaddam, A. Y., Vrecenak, J. D., Mesas-Burgos, C., Olive, A., Caskey, R. C., Weiland, T. R., Han, J., Schupper, A. J., Connelly, J. T., Dysart, K. C., Rychik, J., Hedrick, H. L., Peranteau, W. H. & Flake, A. W. (2017). An extra-uterine system to physiologically support the extreme premature lamb. *Nature Communications*, 8(1), 15112. <https://doi.org/10.1038/ncomms15112>
- Paternotte, D. & Kuhar, R. (2018). Disentangling and Locating the «Global Right»: Anti-Gender Campaigns in Europe. *Politics and Governance*, 6(3), 6-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.17645/pag.v6i3.1557>
- Pay, A. S. D., Aabø, R. S., Økland, I., Janbu, T., Iversen, O.-E., Løkeland-Stai, M. (2018). Medikamentell abort hos avtalespesialist. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. doi: 10.4045/tidskr.18.0041
- Pedersen, E., Haraldsdottir Nordberg, T., Ege-land, C., Tøge, A. G. & Holm Ingelsrud, M. (2021). *Diskriminering av foreldre i arbeidslivet – Forekomst av og erfaringer med negativ forskjellsbehandling*. (AFI-rapport 2021: 03). Arbeidsforskningsinstituttet. ODA Open Digital Archive: Diskriminering av foreldre i arbeidslivet – Forekomst av og erfaringer med negativ forskjellsbehandling (oslomet.no)
- Peters, R. T. (2021). Listening to women. Examining the Moral Wisdom of Women Who End Pregnancies. *Journal of Religious Ethics*, 49, 290-313. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jore.12352>
- Petersen, A. F. & Herrmann, J. R. (2021). Abort-samrådenes hemmelige liv: praksisanalyse af en Black Box forvaltning. *Ugeskrift for retsvæsen*, (38), 190-201.
- Peterson, A. M. (2012). *From Commonplace to Controversial: The Different Histories of Abortion in Europe and the United States*. Origins: Current Events in Historical Perspective. https://origins.osu.edu/article/commonplace-controversial-different-histories-abortion-europe-and-united-states?language_content_entity=en.
- Pharoah, P. O. (2006). Risk of cerebral palsy in multiple pregnancies. *Clin Perinatol*, 33(2), 301-313. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2006.03.017>
- Prop. 141 L (2021–2022). *Endringer i vergemålsloven mv. (vergemål som frivillig støttetiltak mv.)*. Prop. 141 L (2021–2022) (regjeringen.no)
- Purdy, L. M. (1990). Are pregnant women fetal containers? *Bioethics*, 4(4), 273–291.
- Rapp, R. (1999). *Testing women, testing the fetus : the social impact of amniocentesis in America*. Routledge.
- Ravn, M. N. (2004). *En kropp: To liv. Svangerskapet, fosteret og den gravide kroppen – en antropologisk analyse* [Doktorgradsavhandling, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet]. <http://hdl.handle.net/11250/271311>
- Reed, R. (2021). *Reclaiming Childbirth as a Rite of Passage: Weaving ancient wisdom with modern knowledge*. Word Witch.
- Risøy, S. M. (2009). *Sårbar, suveren og ansvarlig : kvinners fortellinger om fosterdiagnostikk og selektiv abort* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen]. Sårbar, suveren og ansvarlig Endelig (uib.no)
- Roe v. Wade (1973). 410 U.S. 113 (1973) (U.S. Supreme Court 1973).
- Romanis, E. C. (2020). Is ‘viability’ viable? Abortion, conceptual confusion and the law in England and Wales and the United States. *Journal of Law and the Biosciences*, 7(1), lsa059.
- Romundstad, L. B. (2019). 40 år med assistert befruktning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139(2). <https://doi.org/10.4045/tidskr.18.0890>
- Rosa, I. D. & Omland, E. (2016, 18. februar). Foreldre får abortere bort frisk tvilling. NRK. <https://www.nrk.no/norge/foreldre-far-abortere-bort-frisk-tvilling-1.12807901>
- Rønnestad, A. E., Stensvold, H. J., Knudsen, L. M. M. (2023). Norsk nyfødte medisinsk kvalitetsregister Årsrapport for 2022. Oslo universitetssykehus HF. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-08/%C3%85rsrap>

- port%202022%20Nyf%C3%B8dtmedisinsk%20register.pdf
- Røseth, I., Lyberg, A. M., Sommerseth, E., Sandvik, B. M. & Dahl, B. (2023). «Out of This World»: Norwegian Women's Experiences of Medical Abortion Pain. *J Multidiscip Healthc.* 4(16), 889-898. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S399209>
- Salvesen, K. Å. (2023). *Årsrapport 2022. Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin.* <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NB-HMN-01/2022>
- Salvesen, K. Å. (2021, 3. mai). Antall aborter etter uke 18 vil bli halvert. I *Aftenposten*. [https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/86dwgW/antall-aborter-etter-uke-18-vil-bli-halvert%20\(12.09.2023\)](https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/86dwgW/antall-aborter-etter-uke-18-vil-bli-halvert%20(12.09.2023)).
- Saugstad, O. D. (2016, 26. februar). Fosterreduksjon åpner for ekstrem sortering. *Morgenbladet*. Fosterreduksjon åpner for ekstrem sortering – Morgenbladet
- Sebghati, M. & Khalil, A. (2021). Reduction of multiple pregnancy: Counselling and techniques. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 70, 112-122. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.013>
- Sex og Samfunn 2022: Metodebok for seksuell helse. (eMetodebok) HYPERLINK "<https://www.sexogsamfunn.no/klinikk-og-tilbud/forhelsepersonell/metodebok/>" Metodebok for seksuell helse – Sex og samfunn
- Sex og samfunn (2023). *Årsmelding 2022 for Sex og samfunn*. <https://sexogsamfunn.no/wp-content/uploads/2023/04/Årsmelding-2022-digital-med-lenker.pdf>
- Sherwin, S. (1991). Abortion Through a Feminist Ethics Lens. *Dialogue*, 30(3), 327-334.
- Siegel, R. (1992). Reasoning from the body: a historical perspective on abortion regulation and questions of equal protection. *Stanford Law Rev*, 44(2), 261-381.
- Siegel, R. B. (2022, 2022). Equal protection in dobbs and beyond: How states protect life inside and outside of the abortion context. I *Columbia Journal of Gender & Law*. <http://hdl.handle.net/20.500.13051/18292>
- Sindelar, R., Nakanishi, H., Stanford, A. H., Coilaizy, T. T. & Klein, J. M. (2022). Respiratory management for extremely premature infants born at 22 to 23 weeks of gestation in proactive centers in Sweden, Japan, and USA. *Semin Perinatol*, 46(1), 151540. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2021.151540>
- Singer, P. (2011). *Practical Ethics*. Cambridge University Press.
- Sitras, V., Ulriksen, M., Benth, J. S. & Haugen, G. (2020). Gravide kvinners holdning til fosterdiagnostikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 140(14). <https://doi.org/10.4045/tidskr.20.0098>
- Skjeldestad, F. E. (1995). *Induced abortion: Time trends and determinants*. University of Trondheim. Tapir.
- Skjeldestad, F. E. (2003). *Personlige grunner for valg av svangerskapsavbrudd* (Sintef rapport, STF78 A032504). Sintef. Resultat #1269084 – Personlige grunner for valg av svangerskapsavbrudd – Cristin
- Skjeldestad, F. E., Bakken, I. J. (2003). *Kvinnens valg av svangerskapsavbrudd. Betydning av sivilstand, paritet og alder* (Sintef rapport, A6365). Sintef. <http://hdl.handle.net/11250/2467204>
- Skjeldestad, F. E., Norderhaug, I. N. (2008). *Psykiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd* (Sintef rapport, ISSN 1504-9795). Sintef. Resultat #1269471 – Psykiske ettervirkninger etter svangerskapsavbrudd – Cristin
- Skjørten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M. & Mossige, S. (2019). Vold i nære relasjoner – et felt i bevegelse. I *Vold i nære relasjoner* (s. 13-29) (Books). Universitetsforlaget. <https://doi.org/doi:10.18261/9788215032320-2019-01>
- Socialdepartementet (1974) *Abortlag (1974:595)* 1974-06-12. Sverige 1974
- Solberg, B. (2022). Abortnemndenes mål og mening. *Nytt norsk tidsskrift*, (4), 317-328. <https://doi.org/10.18261/nnt.39.4.5>
- Solli, T. (2021). *Min kropp, mitt eller abortnemndas «valg»? En antropologisk studie av kvinners opplevelser av abortnemnda* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. Solli-Tilla.pdf (uio.no)
- Sommerseth, E. (2010). *Uventet diagnostisk informasjon etter ultralyd i et ønsket svangerskap* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. Sammendrag (uio.no)
- Sommerseth, E., Sandvik, B. M., Dahl, B., Røseth, I. & Lyberg, A. (2022). Kvinners erfaringer med helsetjenestetilbudet ved medikamentell abort. *Sykepleien Forskning*, 17(89883):e-89883. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2022.89883>
- Sommerseth, E. & Sundby, J. (2007). Kvinners erfaringer i møtet med abortnemnda ved sene svangerskapsbrudd. *Sykepleien Forskning*, 2(3):156-164. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0054>

- SOU 1989:51 *Den gravida kvinnan och fostret – två individer Om fosterdiagnostik Om sena aborter*. Slutbetänkande av utredningen om det ofödda barnet. Statens offentliga utredningar 1989:51 Justitiedepartementet, Sverige
- Steine, I. M., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J. & Pallesen, S. (2017). Hvorfor tar det så lang tid å fortelle om seksuelle overgrep? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(2), 204-208.
- Stensvold, A. (2015). *A History of Pregnancy in Christianity, From Original Sin to Contemporary Abortion Debates*. Routledge.
- StimuLab. (2021). *En av syv livshendelser – Alvorlig sykt barn – Barn og unge med sammensatte behov*. <https://static1.squarespace.com/static/6040eed65f712c4a621c911e/t/62163b392579d85b07bd7291/1645624132200/Sluttrapport+StimuLab+2021+-+Livshendelsen+Alvorlig+sykt+barn.pdf>
- Strand, A. M. R. (2016). *Fosterdiagnostikk og relasjoner: Etisk analyse av argumentasjonslinjer i den offentlige diskusjonen om fosterdiagnostikk i Norge* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Agder]. <http://hdl.handle.net/11250/2441579>
- Sundhedsstyrelsen. (2023). *Sundhedsfaglige aspekter forbundet med at ændre abortgrænsen*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Abort/Sundhedsfaglige-aspekter-forbundet-med-at-aendre-abortgraensen.ashx>
- Sundhedsloven (2004) Afsnit VII Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, Danmark
- Svendsen, C. & Omland, E. (2014, 4. februar). Full forvirring i sykehus-Norge om fosterreduksjoner. *NRK*. <https://www.nrk.no/norge/full-forvirring-i-sykehus-norge-1.11517584>
- Svendsen, M. (2021, 1. desember). Unge gynekologer vil bli kvitt abortnemndene – de eldre er uenige. *NRK*. <https://www.nrk.no/trondelag/norsk-gyneologisk-forening-har-gjennomfortny-undersokelse-om-holdninger-til-abort-1.15751184>
- Svensson, J. (2010). Bioetikk i islam. I K. A. Jacobsen (Red.), *Bioetikk i verdensreligionene* (s. 125-128). Abstrakt forlag.
- Syse, A. (1993). *Abortloven: juss og verdier*. Ad notam Gyldendal.
- Syse, H. N. (2016). *Hvor kristent skal Norge være? – bidrag til et arveoppgjør*. Vårt land forlag.
- Tannenbaum, J. & Jaworska, A. (2018). The Grounds of Moral Status. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- Thomson, J. J. (1971). A defense of abortion. *Philosophy and Public Affairs*, 1(1), 47-66.
- Thomsen L.C.V. et al. (2023) *Årsrapport for Medisinsk fødselsregister 2022. Svangerskap og fødsler i Norge*. Folkehelseinstituttet, 2023
- Thoresen, L. K. S. (2013). «Så full av nyanser og mangfold som livet selv». *Legepraksis i møte med lovverket. En studie av informasjons- og veiledningsplikten i abortloven* [Masteroppgave, Diakonhjemmet Høgskole]. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/98521/Masteroppgave2013LivKjerstiSkjeggstadThoresen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Thoresen, S. (2014). *Vold og voldtekt i Norge, En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Rapport 1/2014). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf
- TiGrAb. (2022). *Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort Årsrapport 2021-2022*. https://www.sundhed.dk/content/cms/67/4667_tigrab-aarsrapport-2021_22_offentlig.pdf
- Tongue, Z. L. (2023). Human rights and foetal impairment grounds for abortion: Crowter v Secretary of State for Health and Social Care [2022] EWCA Civ 1559. *Medical Law International*, 23(3), 297-306. <https://doi.org/10.1177/09685332231167103>
- UK Government. (1990). *UK Government. Human Fertilisation and Embryology Act 1990*. London: Her Majesty's Stationery Office. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/37/>
- UNFPA. (2022). *State of World Population 2022 – Seeing the unseen – The case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy*. UNFPA. https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/en_swp22_report-web_-_29_march_1.pdf
- Unicef. (2007). *Implementation handbook for the convention on the rights of the child*. <https://www.unicef.org/lac/media/22071/file/Implementation%20Handbook%20for%20the%20CRC.pdf>
- United Nations Human Rights. (2022, June 24). *Joint web statement by UN Human rights experts on Supreme Court decision to strike down Roe v. Wade*. <https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/joint-web-statement-un-human-rights-experts-supreme-court-decision-strike-down>
- Ursin, L., Zarosa, Z., & Syltern, J. (2023). Hvilken betydning bør levedyktighet ha i abortspørsmålet? *Tidsskriftet Michael*, 4(20), 466-477. <https://www.michaeljournal.no/article/2023/11/Hvilken%20betydning%20b%C3%B8r%20le>

- vedyktig-
het%20ha%20i%20abortsp%C3%B8rsm%C3%A5l
et%20(2)
- van de Mheen, L., Everwijn, S. M., Haak, M. C.,
Manten, G. T., Zondervan, H. A., Knapen, M.
F., Engels, M. A., Erwich, J. J., Coumans, A. B.,
van Vugt, J. M., Bilardo, C. M., van Pampus,
M. G., de Groot, C. J., Mol, B. W. & Pajkrt, E.
(2016). Outcome of Multifetal Pregnancy Re-
duction in Women with a Dichorionic Triam-
niotic Triplet Pregnancy to a Singleton Preg-
nancy: A Retrospective Nationwide Cohort
Study. *Fetal Diagn Ther*, 40(2), 94-99. <https://doi.org/10.1159/000441650>
- van de Mheen, L., Everwijn, S. M., Knapen, M. F.,
Haak, M. C., Engels, M. A., Manten, G. T., Zon-
dervan, H. A., Wirjosoekarto, S. A., van Vugt,
J. M., Erwich, J. J., Bilardo, C. M., van Pam-
pus, M. G., de Groot, C. J., Mol, B. W. & Pa-
jkrt, E. (2015). Pregnancy outcome after fetal
reduction in women with a dichorionic twin
pregnancy. *Hum Reprod*, 30(8), 1807-1812.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dev132>
- van de Mheen, L., Everwijn, S. M., Knapen, M. F.,
Oepkes, D., Engels, M., Manten, G. T., Zonder-
van, H., Wirjosoekarto, S. A., van Vugt, J. M.,
Erwich, J. J., Nij Bijvank, S. W., Ravelli, A., He-
melaar, S., van Pampus, M. G., de Groot, C. J.,
Mol, B. W. & Pajkrt, E. (2014). The effective-
ness of multifetal pregnancy reduction in
trichorionic triplet gestation. *Am J Obstet Gyne-
col*, 211(5), 536.e531-536. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.04.023>
- Verdikommisjonen. (2001). *Verdikommisjonens
sluttrapport – Et brev om frihet*. [https://
www.regjeringen.no/contentassets/
4d482cb42bf543a881153e811ca58e44/verdi-
kommisjonens-sluttrapport.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/4d482cb42bf543a881153e811ca58e44/verdi-
kommisjonens-sluttrapport.pdf)
- VG. (1979, 30. januar). Gledelig om abort. *VG*.
- WHO. (2022). *Abortion care guideline*. [https://
www.who.int/publications/i/item/
9789240039483](https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483)
- Ørum, I. L. (2023). Hva med kjærestene? *Tids-
skrift for strafferett*, 23(3), 184-207. [https://
doi.org/10.18261/strafferett.23.3.1](https://doi.org/10.18261/strafferett.23.3.1)
- Lover, konvensjoner og rettsavgjørelser
- 32004R0883. (2004). I. [https://lovdata.no/pro/
NLX3/eu/32004r0883](https://lovdata.no/pro/NLX3/eu/32004r0883)
- 32011L0024. (2011). I. [https://lovdata.no/pro/
NLX3/eu/32011l0024](https://lovdata.no/pro/NLX3/eu/32011l0024)
- Case of A, B and C v. Ireland (Norsk sammen-
drag), EMDN-2005-25579. (Menneskeretts-
domstolen – Domstol (Storkammer) – Dom
2010). [https://lovdata.no/pro/EMDN/avgjor-
else/emdn-2005-25579-irlan](https://lovdata.no/pro/EMDN/avgjor-
else/emdn-2005-25579-irlan)
- CASE OF P. AND S. v. POLAND,
ECLI:CE:ECHR:2012:1030JUD005737508
(2012). [https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-
214229](https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-
214229)
- Case of R.R. v. POLAND (Norsk sammendrag),
EMDN-2004-27617. (Menneskerettsdomsto-
len – Domstol (1. avdeling) – Dom 2011).
[https://lovdata.no/pro/EMDN/avgjorelse/
emdn-2004-27617-polen](https://lovdata.no/pro/EMDN/avgjorelse/
emdn-2004-27617-polen)
- CASE OF S.F.K. v. RUSSIA,
ECLI:CE:ECHR:2022:1011JUD000557812
(2022). [https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-
219642](https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-
219642)
- Case of TYSIAC v. POLAND (Norsk sammen-
drag), EMDN-2003-5410. (Menneskerettsdom-
stolen – Domstol (4. avdeling) – Dom 2007).
[https://lovdata.no/pro/EMDN/avgjorelse/
emdn-2003-5410-polen](https://lovdata.no/pro/EMDN/avgjorelse/
emdn-2003-5410-polen)
- Charter of Fundamental Rights of the European
Union[Den europeiske unions charter om
grunnleggende rettigheter]. I. [https://lov-
data.no/pro/CLX1/eu/12016p](https://lov-
data.no/pro/CLX1/eu/12016p)
- Europarådets konvensjon om forebygging og be-
kjempelse av vold mot kvinner og vold i nære
relasjoner CETS 210. (2011). I *Overenskomster
med fremmede stater 2017*, s. 372. [https://lov-
data.no/pro/TRAKTAT/traktat/2011-05-11-22](https://lov-
data.no/pro/TRAKTAT/traktat/2011-05-11-22)
- Forskrift om anvendelse av helselover og -forskrif-
ter for Svalbard og Jan Mayen, Helse- og oms-
sorgsdepartementet (2015). [https://lov-
data.no/pro/SF/forskrift/2015-06-22-747](https://lov-
data.no/pro/SF/forskrift/2015-06-22-747)
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene,
Helse- og omsorgsdepartementet (2012).
[https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2012-08-
29-842](https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2012-08-
29-842)
- Forskrift om innsamling og behandling av helse-
opplysninger i Medisinsk fødselsregister (Me-
disinsk fødselsregisterforskriften), Helse- og
omsorgsdepartementet (2001). [https://lov-
data.no/pro/SF/forskrift/2001-12-21-1483](https://lov-
data.no/pro/SF/forskrift/2001-12-21-1483)
- Forskrift om innsamling og behandling av helse-
opplysninger i register over svangerskapsav-
brudd (abortregisterforskriften), Helse- og
omsorgsdepartementet (2007). [https://lov-
data.no/pro/SF/forskrift/2007-12-14-1418](https://lov-
data.no/pro/SF/forskrift/2007-12-14-1418)
- Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til
personer uten fast opphold i riket, Helse- og
omsorgsdepartementet (2011). [https://lov-
data.no/pro/SF/forskrift/2011-12-16-1255](https://lov-
data.no/pro/SF/forskrift/2011-12-16-1255)
- Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskrif-
ten), Helse- og omsorgsdepartementet (2001).
[https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2001-06-
15-635](https://lovdata.no/pro/SF/forskrift/2001-06-
15-635)

- HR-2000-34-A – Rt-2000-1056 (231-2000), HR-2000-34-A – Rt-2000-1056 (231-2000) (Høyesterett – Dom. 2000). <https://lovdata.no/pro/HRSIV/avgjorelse/hr-2000-34-a>
- HR-2000-35-A – Rt-2000-1066, HR-2000-35-A – Rt-2000-1066 (Høyesterett – Dom. 2000). <https://lovdata.no/pro/HRSIV/avgjorelse/hr-2000-35-a>
- HR-2011-205-A – Rt-2011-111, HR-2011-205-A – Rt-2011-111 (Norges Høyesterett – Dom. 2011). <https://lovdata.no/pro/HRSIV/avgjorelse/hr-2011-205-a>
- HR-2015-206-A – Rt-2015-93, HR-2015-206-A – Rt-2015-93 (Norges Høyesterett – Dom og kjennelse. 2015). <https://lovdata.no/pro/HRSIV/avgjorelse/hr-2015-206-a>
- HR-2015-289-A – Rt-2015-155, HR-2015-289-A – Rt-2015-155 (Norges Høyesterett – Kjennelse. 2015). <https://lovdata.no/pro/HRSTR/avgjorelse/hr-2015-289-a>
- HR-2016-2554-P, HR-2016-2554-P (Norges Høyesterett – Dom 2016). <https://lovdata.no/pro/HRSIV/avgjorelse/hr-2016-2554-p>
- HR-2016-2591-A, HR-2016-2591-A (Norges Høyesterett – Dom 2016). <https://lovdata.no/pro/HRSIV/avgjorelse/hr-2016-2591-a>
- HR-2018-2096-A, HR-2018-2096-A (Norges Høyesterett – Dom 2018). <https://lovdata.no/pro/HRSTR/avgjorelse/hr-2018-2096-a>
- I-2011-4 Om reservasjon for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.* (2011). Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/RDEP/rundskriv/i-2011-4>
- KNUDSEN v. NORWAY (Norsk sammendrag), EMDN-1984-11045. (Menneskerettsdomstolen – Kommisjon (2. kammer) – Avvisningsavgjørelse 1985). <https://lovdata.no/pro/EMDN/avgjorelse/emdn-1984-11045-norge>
- Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og menneskets verdighet i forbindelse med anvendelsen av biologi og medisin: Konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin – ETS nr. 164. (1997). I *Overenskomster 2007* s 16. Helse- og sosialdepartementet. <https://lovdata.no/pro/TRAKTAT/traktat/1997-04-04-1>
- Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. (2006). I *Overenskomster med fremmede stater 2013*, s. 9. Arbeids- og inkluderingsdepartementet / Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. <https://lovdata.no/pro/TRAKTAT/traktat/2006-12-13-34>
- L.C. v. Peru, CEDAW-2009-22 (CEDAW/C/50/D/22/2009) (Komiteen for avskaffelse av diskriminering av kvinner 2011). <https://lovdata.no/pro/UNHR/avgjorelse/cedaw-2009-22>
- Lov om alternativ behandling av sykdom mv, Helse- og omsorgsdepartementet (2003). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2003-06-27-64>
- Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven), Justis- og beredskapsdepartementet (2018). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2018-06-15-38>
- Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven), Justis- og beredskapsdepartementet (1967). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1967-02-10>
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2014). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2014-06-20-43>
- Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2003). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2003-12-05-100>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2011). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lov om legemidler m.v. (legemiddeloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1992). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1992-12-04-132>
- Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven), Kultur- og likestillingsdepartementet (2017). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2017-06-16-51>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-63>
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-61>
- Lov om straff (straffeloven), Justis- og beredskapsdepartementet (2005). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2005-05-20-28>
- Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven), Justis- og beredskapsdepartementet (1999). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-05-21-30>
- Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven], Helse- og omsorgsdepartementet (1975). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1975-06-13-50>

- Lov om vergemål (vergemålsloven), Justis- og beredskapsdepartementet (2010). <https://lovdata.no/pro/NL/lov/2010-03-26-9>
- Paton v. United Kingdom, (1981) 3 E.H.R.R. 408 (Den europeiske menneskerettskommissjonen 1981).
- PICHON and SAJOUS v. FRANCE, ECLI:CE:ECHR:2001:1002DEC004985399 (2001). <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-22644>
- Rt-1937-204, Rt-1937-204 (Høyesterett – dom. 1937). <https://lovdata.no/pro/HRSTR/avgjor-else/rt-1937-204-43>
- Rt-1981-745, Rt-1981-745 (Høyesterett – dom 1981). <https://lovdata.no/pro/HRSIV/avgjor-else/rt-1981-745-75b>
- Rt-1983-1004, Rt-1983-1004 (Høyesterett – dom 1983). <https://lovdata.no/pro/HRSIV/avgjor-else/rt-1983-1004-91a>
- VO mot FRANKRIKE (Norsk sammendrag), EMDN-2000-53924 (Menneskerettsdomstolen – Domstol – Storkammer 2004). <https://lovdata.no/pro/EMDN/avgjorelse/emdn-2000-53924-frank>
-
-

Norges offentlige utredninger

2022

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:

NOU 2022: 4 Grunnlaget for inntektsoppgjørene 2022
NOU 2022: 7 Et forbedret pensjonssystem
NOU 2022: 18 Mellom mobilitet og migrasjon
NOU 2022: 19 Oljepionerene –
en kompensasjonsordning

Finansdepartementet:

NOU 2022: 12 Fondet i en brytningstid
NOU 2022: 20 Et helhetlig skattesystem

Justis- og beredskapsdepartementet:

NOU 2022: 1 Cruisetraffikk i norske farvann
og tilgrensende havområder
NOU 2022: 15 Utleverings- og arrestordreloven
NOU 2022: 21 Strafferettslig vern av den seksuelle
selvbestemmelsesretten

Kommunal- og distriktsdepartementet:

NOU 2022: 10 Inntektssystemet for kommunene
NOU 2022: 11 Ditt personvern – vårt felles ansvar

Kultur- og likestillingsdepartementet:

NOU 2022: 9 En åpen og opplyst offentlig samtale

Kunnskapsdepartementet:

NOU 2022: 2 Akademisk yringsfrihet
NOU 2022: 13 Med videre betydning
NOU 2022: 16 En folkehøgskole for alle
NOU 2022: 17 Veier inn – ny modell for opptak
til universiteter og høyskoler

Landbruks- og matdepartementet:

NOU 2022: 14 Inntektsmåling i jordbruket

Nærings- og fiskeridepartementet:

NOU 2022: 8 Ny minerallov

Olje- og energidepartementet:

NOU 2022: 3 På trygg grunn
NOU 2022: 6 Nett i tide

Statsministerens kontor:

NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering
av koronapandemien – del 2

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon:
Irma Salo Jæger: Å lytte til, 1998
© Irma Salo Jæger/ BONO 2023

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 12/2023