



Innst. 148 S

(2016–2017)

Innstilling til stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:95 S (2015–2016)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad og Kjersti Toppe om ikke å til- late en praksis med fosterreduksjon

Til Stortinget

Sammendrag

Stortingsrepresentantene Olaug V. Bollestad og Kjersti Toppe fremmet 12. mai 2016 følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om endring av lov om svangerskapsavbrudd der det presiseres at fosterreduksjon ikke er tillatt.»

Lovavdelingen i Justis- og beredskapsdepartementet har vurdert det til at abortloven åpner for abort på et av fostrene ved flerlinggraviditet. Helse- og omsorgsdepartementet vil be sykehusene om å rette seg etter vurderingen. Forslagsstillerne mener at spørsmålet om fosterreduksjon som en del av retten til selvbestemt abort ikke kan avgjøres på bakgrunn av en juridisk konklusjon i departementet. Da loven om svangerskapsavbrudd (abortloven) ble vedtatt for nesten 40 år siden, var ikke fosterreduksjon en medisinsk mulighet. Stortinget har derfor aldri tatt stilling til spørsmålet om fosterreduksjon. Forslagsstillerne viser til at fosterreduksjon er en krevende og kompleks problemstilling, både juridisk, etisk og rent medisinsk. Forslagsstillerne mener regjeringen må fremme spørsmålet om abortlovens anvendelse når det gjelder selektiv abort for Stortinget.

Forslagsstillerne mener dagens lovverk om svangerskapsavbrudd ikke gir grunnlag for å godkjenne

en praksis med fosterreduksjon i Norge. For å tydeliggjøre at fosterreduksjon ikke kan tillates, foreslås det derfor at det stadfestes i lov og/eller forskrift at fosterreduksjon ikke er tillatt.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Freddy de Ruiten, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønås Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at det i representantforslaget fremmes forslag om at regjeringen skal fremme forslag om endring av lov om svangerskapsavbrudd der det presiseres at fosterreduksjon ikke skal være tillatt. Forslagsstillerne mener at dagens lovverk om svangerskapsavbrudd ikke gir grunnlag for å godkjenne en praksis med fosterreduksjon i Norge. Komiteen viser til at da abortloven ble vedtatt, var det ikke medisinsk sett mulig for en kvinne å velge hvor mange barn hun ville bære frem. I dag er det teknisk mulig å avslutte ett av flere samtidige svangerskap ved såkalt fosterreduksjon, og et slikt inngrep er ikke særskilt regulert i abortloven eller omtalt i lovens forarbeider. Komiteen viser til at dette uavklarte tolkningsspørsmålet har ført til en usikkerhet ved landets sykehus om hvordan loven skal forstås. Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet i rundskriv I-42/2001 har tolket abortloven slik at den gir

adgang til selektiv fosterreduksjon av et alvorlig sykt foster. Denne tolkningen var også i tråd med uttalelse fra Justisdepartementets lovavdeling. Begrunnelsen er blant annet at det ikke er rimelig å forstå loven slik at kvinnen må velge å avslutte hele svangerskapet, slik at også et friskt foster aborteres, der lovens vilkår er oppfylt for å abortere ett av fostrene.

Komiteen viser videre til at Helsedirektoratet i 2010 mottok en henvendelse fra Oslo universitetssykehus som mente det var behov for retningslinjer for abortnemndenes behandling av begjæring om fosterreduksjon ved friske fostre. På bakgrunn av denne henvendelsen innhentet direktoratet vurdering fra fagmiljøene om de medisinske sidene ved denne saken, blant annet hvilken risiko inngrepet innebærer for spontanabortering av det gjenværende fosteret og eventuell risiko for mor. Helsedirektoratet ba i november 2010 Helse- og omsorgsdepartementet om å avklare om abortloven tillater å abortere ett av flere friske fostre. Komiteen peker på at denne saken ble liggende på vent i flere år, og det var først i april 2014 at Helse- og omsorgsdepartementet ba Justisdepartementets lovavdeling om en vurdering av saken.

Komiteen viser til at lovavdelingen har tolket loven og kommet til at den åpner for fosterreduksjon av friske fostre. Frem til 12. uke gjelder kvinnens rett til selvbestemt abort, etter 12. uke må hun søke en abortnemnd om svangerskapsavbrudd.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, peker på at risikoen for spontanabort av det gjenværende fosteret er anslått til ca. 15 pst., men at det ikke er rapportert om komplikasjoner for kvinners fysiske helse ved slike inngrep. For gravide med firlinger eller trillinger vil en reduksjon til tvillinger innebære at sykkeligheten og dødeligheten går betydelig ned. Imidlertid er det ikke påvist vesentlig medisinsk gevinst ved reduksjon fra tvilling til singelsvangerskap.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til påstanden om at sykkeligheten og dødeligheten går betydelig ned ved å fjerne flere enn ett foster. Dette medlem påpeker at dette er en forenkling av virkeligheten. Dette medlem viser til at professor i barnesykdommer ved Oslo universitetssykehus, Ola Didrik Saugstad, påpeker følgende i Aftenposten den 25. oktober 2016:

«Flerlingefødsler øker risikoen for tidlig fødsel og mulige skader. Derfor begynte man å fjerne flerlingefostre.

Man reduserte fra fire eller tre til to fostre. Dette gir imidlertid bare en svært begrenset gevinst for de gjenværende fostre. I tillegg er det en risiko på 10-15 prosent for spontantabort eller svært tidlig fødsel hos

gjenlevende fostre.

Jeg har selv sett tragedier i form av store skader på det gjenlevende foster som blir født ekstremt for tidlig.»

Dette medlem er opptatt av at det fremkommer at fosterreduksjon av flere enn ett foster ikke nødvendigvis vil forebygge for tidlig fødsel; det kan også fremprovosere den eller påføre gjenværende foster skader.

Komiteen viser til at en forsvarlighetsvurdering skal avgjøre hvilket foster som skal aborteres, og ikke fosterets kjønn. Opplysning om kjønn før 12. uke kan bare gis dersom kvinnen har en kjønnsbundet sykdom, jf. bioteknologiloven § 4-5. Dersom kvinnen etter nemndbehandling er innvilget fosterreduksjon på f.eks. sosial indikasjon, vil legen avgjøre hvilket av fostrene som skal aborteres.

Komiteen viser til at det hittil kun har vært to sykehus i Norge som har utført fosterreduksjon, St. Olavs Hospital i Trondheim og Oslo universitetssykehus. Komiteen viser til at fosterreduksjon har vært utført i et svært begrenset omfang i Norge. På spørsmål fra Helse- og omsorgsdepartementet har Oslo universitetssykehus opplyst at de per oktober 2016 ikke hadde utført noen fosterreduksjon i løpet av 2016, men at de vanligvis har utført ca. tre per år. St. Olavs Hospital hadde per oktober utført seks reduksjoner i 2016, men sykehuset har opplyst at dette er flere reduksjoner enn normalt på ett år.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at spørsmålet om fosterreduksjon er en etisk vanskelig sak, og at det var behov for en avklaring av rettstilstanden. Flertallet mener det er positivt at det nå har kommet en avklaring, blant annet fordi de ulike sykehusene hadde ulik praksis. Flertallet mener videre det er positivt at Helsedirektoratet har vært i dialog med fagmiljøene om hvordan Justisdepartementets lovfortolkning skal følges opp, blant annet hvilken informasjon kvinner som vurderer fosterreduksjon bør få. Flertallet viser videre til at Helsedirektoratet har utarbeidet et informasjonsskriv om gjennomføringen av fosterreduksjon i helsetjenesten, og at det i skrevet legges til grunn at fosterreduksjon skal utføres ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs Hospital.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet påpeker at det er svært urovekkende at regjeringen fastslår at fosterreduksjon skal tillates på bakgrunn av en juridisk tolkning i eget departement, og regjeringens begrensede

vektlegging av sakens etisk problematiske sider fremstår foruroligende. Etter disse medlemmers syn bør denne saken være gjenstand for en egen politisk vurdering ut fra sakens verdimeslige karakter. Saken fortjener en reell politisk behandling på vanlig måte i regjering og storting. Regjeringen har ikke realitetsbehandlet saken, men har basert sin beslutning kun på lovavdelingens juridiske tolkning. Dette fremstår som en total ansvarsfraskrivelse i et svært viktig og grunnleggende verdispørsmål.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at helsetjenesten over lengre tid ønsket en avklaring av hva som var gjeldende rett etter abortloven i dette spørsmålet. Siden dette ikke er en sak som i sin natur blir avgjort i domstolene, er det lovavdelingen i Justisdepartementet som er rette instans til å foreta denne type juridiske avklaringer. Flertallet mener det ville vært kritikkverdig hvis Helse- og omsorgsdepartementet ikke bidro til denne avklaringen og lot helsetjenesten utvikle ulik praksis som også kunne vært lovstridig. Flertallet mener spørsmålet om abortloven skal endres når det gjelder kvinnens rett til selvbestemt abort, er et politisk spørsmål.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen ikke har planer om å fremme forslag til endringer i abortloven.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at spørsmålet om fosterreduksjon er krevende både juridisk, etisk og medisinsk. Spørsmålet om abortlovens anvendelse når det gjelder fosterreduksjon, må behandles av Stortinget. Det er en etisk avgjørelse av stor prinsipiell og faktisk betydning, som hører hjemme i landets øverste folkevalgte forsamling.

Disse medlemmer påpeker at da loven om svangerskapsavbrudd ble vedtatt for nesten 40 år siden, var ikke fosterreduksjon en medisinsk mulighet. Stortinget har derfor aldri tatt stilling til spørsmålet om fosterreduksjon. Hvorvidt fosterreduksjon er en del av den generelle retten til selvbestemt abort frem til uke 12, kan ikke avgjøres av Justisdepartementet på bakgrunn av en enkeltvurdering av eksisterende lovverk. Disse medlemmer viser til at medisinske fagmiljøer i Oslo og Trondheim har hatt ulik vurdering av hvorvidt det er hjemmel i lovverket for å utføre fosterreduksjon. Som den ulike praksisen demonstrerer, er ikke konklusjonen i spørsmålet åpenbar. Disse medlemmer påpeker at intensjonen ved eksisterende lov om svangerskapsavbrudd ikke var å tillate fosterreduksjon, og ber regjeringen presi-

sere i lovverket at fosterreduksjon ikke er tillatt i Norge.

Disse medlemmer viser til at medisinske fagmiljøer advarer mot å tillate fosterreduksjon. Det vises til at fosterreduksjon krever en langt mer avansert medisinsk prosedyre for svangerskapsavbrudd enn når kvinnen kun bærer ett barn. Nasjonalt senter for fostermedisin påpeker at det å velge bort ett av to barn i praksis gir en betydelig medisinsk risiko, også ved at risikoen øker med 15–20 pst. for at det andre barnet heller ikke overlever prosedyren. St. Olavs Hospital i Trondheim understreker at de vanskelig kan anbefale noe som ikke gir medisinsk gevinst, men tvert imot utsetter det andre barnet i magen for fare ved at abortrisikoen øker. Fra et medisinskfaglig ståsted er det ingen medisinsk gevinst i å abortere en tvilling, snarere tvert imot finner man økt risiko for liv og helse, også for den gjenværende tvillingen. Disse medlemmer er opptatt av at staten ikke skal tilrettelegge for et inngrep som også kan sette gjenværende fosters liv og helse i stor fare. Flere spesialister har også påpekt at metoden ved noen tilfeller kan utløse altfor tidlig fødsel hos det gjenlevende fosteret. Det finnes ikke en medisinskfaglig metode for fosterreduksjon som det er faglig enighet om, og fosterreduksjon som metode er derfor ikke blitt evaluert tilstrekkelig vitenskapelig.

Disse medlemmer viser til at konklusjonen fra Norge om at abortloven også gir en rett til å få utført fosterreduksjon, vekker internasjonal oppsikt. Det finnes per dags dato ikke et eneste annet land i Europa som har slått fast at retten til selvbestemt abort også implisitt innebærer at den enkelte har krav på fosterreduksjon. Disse medlemmer mener Stortinget må se til Sverige og Danmark hvor fosterreduksjon, på generelt grunnlag, ikke er lovlig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at fosterreduksjon i Danmark er regulert særskilt i den danske sundhedsloven. Vilkårene er strenge og ser ikke ut til å omfatte fosterreduksjon på sosiale grunner alene. Før 12. uke kan fosterreduksjon (friske fostre) utføres dersom inngrepet vesentlig forminsker en risiko for at den gravide spontant vil abortere alle fostrene, eller dersom ett eller flere av fostrene som følge av for tidlig fødsel ikke vil være levedyktig eller få en alvorlig lidelse. I tillegg kan fosterreduksjon utføres ved fare for den gravides liv eller helse.

Etter 12. uke kan fosterreduksjon innvilges dersom det i tillegg foreligger særlige omstendigheter. Når det gjelder Sverige, viser flertallet til at Helseinspektøren innhentet informasjon om rettstilstanden per juni 2014. Svaret de fikk den gang var at:

«Rättsläget vad gäller fosterreduktion i Sverige

är inte helt klart. Behovet av en eventuell regulering aktualiserades 2004 av Socialstyrelsen, men något ställningstagande i frågan har ännu inte gjorts.»

Så vidt flertallet er kjent med, stemmer det ikke at fosterreduksjon er ulovlig i Sverige og Danmark.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at Helse- og omsorgsdepartementet i nye retningslinjer har stadfestet at også utenlandske kvinner kan få utført fosterreduksjon i Norge, så fremt behovet for helsehjelp ikke kan utsettes til et senere tidspunkt. Nasjonal behandlingstjeneste for avansert fostermedisin bekrefter at de har fått flere henvendelser med spørsmål om fosterreduksjon fra utenlandske kvinner, også nordiske. Disse medlemmer viser til at det i land som Sverige og Danmark ikke er åpnet opp for praksis med fosterreduksjon, til tross for at disse landene har en mindre restriktiv lovgivning om svangerskapsavbrudd. Disse medlemmer påpeker at dette sier noe om hvor krevende problemstillingen om fosterreduksjon er, og at slike svangerskapsavbrudd både ut ifra innholdet i dagens lovverk, rent etisk og fra medisinskfaglig hold, ikke kan vurderes på samme måte som et svangerskap når kvinnen bærer kun ett barn.

Disse medlemmer viser til at Helse- og omsorgsdepartementet i sitt brev presiserer at fosterreduksjon skal foretas slik at utvelgelsen er tilfeldig, slik at det ikke skjer noen seleksjon mellom fostre på annet grunnlag enn det abortloven åpner for. Den vanlige prosedyren er at aborten utføres på det lettest tilgjengelige fosteret. Man kommer allikevel ikke utenom å påpeke at prosedyren med fosterreduksjon vil kunne åpne for sortering på bakgrunn av egenskaper og kjønn. Disse medlemmer er svært bekymret for at praksisen med fosterreduksjon vil kunne resultere i en slik sortering.

Disse medlemmer understreker behovet for at samfunnet i større grad tilrettelegger for tvilling- og flerlinggraviditeter. Foreldre som får tvillinger eller flerlinger skal oppleve, at de har samfunnets støtte i en hektisk familiehverdag. Det er viktig at det tilbys avlastning, praktisk tilrettelegging og utvidede permisjonsrettigheter som følge av den nye livssituasjonen.

Disse medlemmer viser til vurderingene St. Olavs Hospital har gjort og bakgrunnen for at de ikke ønsker å tillate fosterreduksjon. Seksjonsoverlege Torbjørn Eggebø ved Nasjonalt senter for fostermedisin St. Olavs Hospital uttalte til Dagens Medisin 18. februar 2016 blant annet at

«Vi er skeptiske til at dette åpnes for ved friske tvillingpar.(...) Vi vil vente til det kommer klare retningslinjer fra myndighetene. Hvis dette skal være

aktuelt, er det forbundet med en betydelig risiko. Dette har stor betydning for oss i fagmiljøet, og ut fra et medisinskfaglig ståsted er det ingen medisinsk gevinst i å abortere en tvilling. Ved fosterreduksjon av tvillinger vil det ved 15-20 prosent av tilfellene føre til at en mister begge fostrene.»

Disse medlemmer viser til at seksjonsoverlegen ved Nasjonalt senter for fostermedisin uttalte i samme artikkel at før 12. svangerskapsuke er fosterreduksjon teknisk vanskelig å utføre, og er forbundet med enda større risiko enn om det gjøres senere.

Ved en del tvillingsvangerskap og trillingsvangerskap har fostrene felles morkake og da er det ikke mulig å foreta fosterreduksjon. I samme artikkel fremgikk det at forutsetningen for fosterreduksjon av et friskt foster er at utvelgelsen skjer tilfeldig. Prosedyren utføres ved at det injiseres kalium inn i hjertet til det fosteret som skal aborteres. Eggebø forteller at i praksis velger legen det fosteret som ligger enklest til for injisering i hjertet.

Disse medlemmer mener fagmiljøet ved St. Olavs Hospital har kommet med tungtveiende faglige innvendinger mot en praksis med å tillate fosterreduksjon i flerlingsvangerskap. Disse medlemmer mener dette styrker behovet for at Stortinget tar stilling og sørger for å innføre en medisinskfaglig og etisk god praksis i Norge.

Disse medlemmer understreker at en egen rett til fosterreduksjon ikke er nedfelt i dagens lov om svangerskapsavbrudd. Det rokker også ved prinsippet om at abort ikke skal utføres på bakgrunn av egenskaper hos fosteret, som i dette tilfellet er at det er flere enn ett foster i mors liv.

Disse medlemmer viser til sine merknader over, og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om endring av lov om svangerskapsavbrudd der det presiseres at fosterreduksjon ikke er tillatt.»

Forslag fra mindretall

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om endring av lov om svangerskapsavbrudd der det presiseres at fosterreduksjon ikke er tillatt.

Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak

stad og Kjersti Toppe om ikke å tillate en praksis med fosterreduksjon – vedlegges protokollen.

Dokument 8:95 S (2015–2016) – Representantforslag fra stortingsrepresentantene Olaug V. Bolle-

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 15. desember 2016

Kari Kjønaas Kjos

leder

Tone Wilhelmsen Trøen

ordfører

VEDLEGG

Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet v/ statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen, datert den 9. september 2016

Dokument 8:95 S (2015–2016) – Representantforslag om ikke å tillate en praksis med fosterreduksjon - fra stortingsrepresentantene Olaug Bollestad og Kjersti Toppe

Jeg viser til brev fra helse- og omsorgskomiteen av 24. mai 2016 med vedlagt representantforslag 95 S (2015–2016) til uttalelse. I forslaget bes regjeringen om å fremme forslag om endring av abortloven der det presiseres at fosterreduksjon ikke er tillatt.

Å fjerne ett av flere fostre under et svangerskap, var ikke mulig da abortloven ble vedtatt. Fosterreduksjon er derfor ikke særskilt regulert i abortloven eller omtalt i lovens forarbeider. Etter hvert som fosterreduksjon har utviklet seg til å bli en teknisk mulighet, har spørsmålet om abortloven åpner for slike inngrep oppstått som et uavklart tolkningsspørsmål som det har vært nødvendig for departementet å ta stilling til.

Spørsmålet ble først tatt opp i tilknytning til abort når ett av fostrene er alvorlig syk eller skadet. Spørsmålet ble forelagt Justisdepartementets lovavdeling som konkluderte med at det ikke er rimelig å forstå abortloven slik at kvinnen må velge å avslutte hele svangerskapet slik at også et friskt foster aborteres, der lovens vilkår er oppfylt for å abortere ett av fostrene. Loven kan ikke tolkes slik at rettsstillingen til fosteret eller mor er annerledes ved en flerlingegraviditet enn der det kun er ett foster.

På grunnlag av tolkning fra Justisdepartementets lovavdeling, gav Helse- og omsorgsdepartementet i 2001 ut et rundskriv om fosterreduksjon på grunnlag av stor fare for alvorlig sykdom hos fosteret (I-42/2001). Det ble presisert i rundskrivet at abortloven åpner for slike inngrep. Jeg vedlegger det aktuelle rundskrivet.

Siden 2002 har slike inngrep vært utført i Norge, men i et begrenset antall.

I 2010 tok Helsedirektoratet opp spørsmålet om abortloven også åpner for fosterreduksjon av friske fostre. Direktoratet hadde mottatt en henvendelse fra Oslo universitetssykehus HF. Sykehuset mente det var behov for retningslinjer for abortnemndenes behandling av begjæringer om fosterreduksjon ved friske fostre.

Departementet ba Helsedirektoratet innhente kunnskap og vurderinger fra de ulike aktuelle fagmiljøene om medisinske forhold knyttet til fosterreduksjon, blant annet om risiko forbundet med slike inngrep. Dette ble gjort i brev av 10. februar 2014 (vedlagt).

Helsedirektoratet arrangerte et møte med fagmiljøene der også Legeforeningens etiske råd og Senter for medisinsk etikk ved UiO deltok, før direktoratet gav sitt svar i brev av 27. mars 2014 (vedlagt). Av svaret fremgår blant annet at fagmiljøene antar at risikoen for spontanabort på gjenværende fostre etter fosterreduksjon er omkring 15 pst. Både sykkelighet og dødelighet blant barna som blir født går betydelig ned ved en reduksjon av antall fostre fra tre eller flere til to.

Deretter ba departementet om en vurdering fra Justisdepartementets lovavdeling, jf. brev 14. april 2014 (vedlagt). Spørsmålet var om abortloven også åpner for fosterreduksjon av friske fostre ved flerlingesvangerskap, og om en kvinne kan ha rett til fosterreduksjon før utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Lovavdelingen kom med sin tolkningsuttalelse i brev av 11. februar 2016 (vedlagt). Den konkluderte med at abortloven åpner for fosterreduksjon ved flerlingesvangerskap, innenfor de rammer som loven ellers oppstiller. Det innebærer at det er rettslig adgang til å innvilge fosterreduksjon på friske fostre på grunnlag av kvinnens helse, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav a (medisinsk indikasjon) eller kvinnens livssituasjon, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav b (sosial indikasjon) eller en kombinasjon av disse indikasjonene.

Det er heller ikke grunnlag for å holde utenfor tilfeller der fosterreduksjonen skjer før utløpet av 12. svangerskapsuke på grunnlag av selvbestemmelse, jf. abortloven § 2 annet ledd.

Tolkningen bygger på en forutsetning om at fosterreduksjon foretas slik at utvelgelsen er tilfeldig, og at det ikke skjer noen seleksjon mellom fostre på annet grunnlag enn det abortloven åpner for, jf. § 2 tredje ledd bokstav c.

Jeg tar tolkningen fra Justisdepartementets lovavdeling til etterretning. Siden dette oppleves som en ny situasjon, har jeg i brev av 22. februar i år bedt Helsedirektoratet om å gå i dialog med fagmiljøene for å diskutere hvordan denne tolkningen kan følges opp. De ble blant annet bedt om å diskutere hvilken informasjon som skal gis til kvinner som vurderer å søke om fosterreduksjon. Informasjonen må sikre at kvinnen blir kjent med risikoen ved inngrepet slik at hun kan ta et informert valg.

Helsedirektoratet har utarbeidet informasjonskriv om gjennomføringen av fosterreduksjon i helsetjenesten. I skrevet legges det til grunn at fosterreduksjon skal utføres ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

Som det fremkommer i denne redegjørelsen har ikke Helse- og omsorgsdepartementet eller Regjeringen Solberg gjort noen endringer i retningslinjer eller

forskrifter som fører til at en åpner for fosterreduksjon innenfor grensen for selvbestemt abort. Dette er en ren lovtolkning som er utført av lovavdelingen i Justisdepartementet etter at behovet for å avklare spørsmålet juridisk ble fremmet fra helsetjenesten allerede i 2010. Regjeringen har ikke planer om å fremme forslag om endring i abortloven og innstramminger i reglene for selvbestemt abort. Ønsker representanter i Stortinget å foreslå en slik lovendring, kan en be om lovteknisk bistand til et slik forslag på vanlig måte.

