



STORTINGET

Innst. 370 L

(2018–2019)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 106 L (2018–2019)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Endringer i abortloven (fosterreduksjon)

Til Stortinget

Sammendrag

Det følger av Granavolden-plattformen (politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti fra 17. januar 2019) at regjeringen vil:

«Fjerne åpningen for abort av en eller flere friske flerlinger (fosterreduksjon) i et svangerskap før grensen for selvbestemt abort.»

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i proposisjonen endringer i abortloven for å følge opp dette.

Departementet foreslår å regulere adgangen til fosterreduksjon i en egen bestemmelse i abortloven. Fosterreduksjon er ikke omtalt i loven eller forarbeidene. Fosterreduksjon reiser vanskelige etiske problemstillinger. Det er derfor en fordel at lovgiver får anledning til å drøfte disse spørsmålene særskilt og ta konkret stilling til hvilke regler som bør gjelde for fosterreduksjon.

Departementet foreslår også å presisere i loven at fosterreduksjon skal betraktes som et svangerskapsavbrudd. Dette bør gjelde selv om inngrepet teknisk sett ikke avbryter et svangerskap. Ved å definere fosterreduksjon som et svangerskapsavbrudd, vil abortlovens regler gjelde også ved denne typen inngrep i den grad det ikke er gjort særskilte unntak.

Fosterreduksjon kan etter departementets vurdering ikke likestilles med andre svangerskapsavbrudd

etisk sett. De etiske vurderingene ved fosterreduksjon er ulik vurderingene ved svangerskapsavbrudd ellers.

Retten til selvbestemmelse før utgangen av tolvte svangerskapsuke er begrunnet med at kvinnen selv er nærmest til å bestemme om hun skal fullføre et svangerskap eller ikke. Før utgangen av tolvte svangerskapsuke må hensynet til fosterets rettsvern vike dersom kvinnen ikke ønsker å få barn. Ved fosterreduksjon er situasjonen en annen. Spørsmålet er ikke om kvinnen selv skal bestemme om hun ønsker å fullføre et svangerskap og få barn, men om hun også skal ha rett til å velge hvor mange barn hun vil bære fram.

Fagmiljøet ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin som utfører fosterreduksjonene i Norge, har pekt på at det er teknisk vanskelig å utføre fosterreduksjon tidlig i svangerskapet, og mener det av medisinske årsaker ikke kan anbefales å utføre fosterreduksjon før utgangen av tolvte svangerskapsuke. I praksis gjør de derfor i dag alle inngrepene etter tolvte svangerskapsuke. Etter abortforskriften § 3 kan inngrepet utsettes i kortere tid av hensyn til forsvarlig medisinsk praksis uten at retten til selvbestemmelse faller bort. Legene mener imidlertid at det er uheldig at vi systematisk praktiserer rett til selvbestemt fosterreduksjon basert på en slik unntaksbestemmelse. Legene mener det bør bli bedre samsvar mellom lovverket og medisinsk praksis.

Departementet foreslår derfor at alle begjæringer om fosterreduksjon skal behandles i nemnd.

Departementet har merket seg at enkelte høringsinstanser mener forslaget er i strid med menneskerettighetene. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har i sin praksis lagt til grunn en vid skjønnsmargin for statene ved regulering av spørsmål innen abortfeltet. Tilsvarende må gjelde statens plikter etter artik-

kel 12 i FNs kvinnekonvensjon og artikkel 12 i FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK). Etter departementets vurdering er forslaget om å kreve nemndbehandling av alle begjæringer om fosterreduksjon ikke konvensjonsstridig.

Kravet om behandling i nemnd skal gjelde uavhengig av når i svangerskapet inngrepet eventuelt gjennomføres, og uavhengig av hva som er årsaken til ønsket om fosterreduksjon. Det vil gjelde både ved reduksjon fra to til ett foster ved alvorlig sykdom hos ett av fostrene og ved reduksjon fra to til ett foster ellers. Det vil også gjelde dersom antall fostre reduseres i trilling- eller firling-svangerskap.

Nemnda kan innvilge fosterreduksjon på grunnlag av en eller flere av indikasjonene i § 2 tredje ledd bokstav a til e.

Departementet legger til grunn at fosterreduksjon først og fremst kan være aktuelt på grunnlag av indikasjonene i bokstav a til c (medisinsk indikasjon, alvorlig sykdom hos foster og sosial indikasjon).

Departementet antar imidlertid at fosterreduksjon er lite aktuelt dersom forholdene går inn under § 2 tredje ledd bokstav d (hun ble gravid under forhold som nevnt i straffelovens regler om incest, voldtekt mv.) eller bokstav e (kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad). I disse tilfellene antar departementet at begjæringer om svangerskapsavbrudd vil gjelde avbrudd av hele svangerskapet.

Etter § 2 tredje ledd bokstav a (medisinsk indikasjon) kan fosterreduksjon innvilges på grunnlag av kvinnens helse, dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barna kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom.

Med begrepet «urimelig belastning» menes en belastning som går ut over den vanlige belastning som blir påført kvinnen ved svangerskap, fødsel og omsorg for barnet, eller som er urimelig i forhold til fysiske eller psykiske ressurser hos kvinnen det gjelder, jf. Innst. O. nr. 47 (1974–75) side 5.

Flerlingsvangerskap vil normalt være en større belastning på kvinnens helse enn å bære fram ett barn, og omsorgsbyrden vil være større ved flerlinger enn for ett barn. Departementet vurderer at et tvillingsvangerskap, en tvillingfødsel og omsorg for tvillinger ikke i seg selv skal kunne anses å føre til en urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det vil kreves noe mer for at vilkårene etter bokstav a skal kunne anses oppfylt. Dersom kvinnens helsemessige forhold er slik at det for henne vil føre til en belastning ut over det som er vanlig ved tvillingsvangerskap, tvillingfødsel og omsorgen for to eller flere barn, kan dette føre til at vilkårene etter bokstav a må regnes som oppfylt.

Departementet opprettholder også forslaget om at nemnda skal kunne innvilge fosterreduksjon ut fra en risikovurdering dersom kvinnen er gravid med trillinger eller flere. Av hensyn til risikoen for spontanabort eller tidlig fødsel foreslår departementet at nemnda skal kunne innvilge fosterreduksjon fra tre eller flere til to eller flere, jf. forslag til ny § 2 a fjerde ledd første punktum.

Helsedirektoratet har uttalt at det kan være tilfeller der medisinske tilstander i svangerskapet gjør at fosterreduksjon anbefales for å øke mulighetene for overlevelse av foster og for å hindre skader på foster. I slike tilfeller vil nemnda kunne innvilge fosterreduksjon fra tre eller flere til to etter forslaget til ny § 2 a fjerde ledd første punktum.

Direktoratet peker også på at det vil kunne være tilfeller hvor antall fostre etter en vurdering av risiko for spontanabort eller tidlig fødsel bør reduseres til ett i stedet for to. Dette gjelder for eksempel dersom en gravid med flerlinger tidligere har hatt sene spontanaborter og/eller ekstremt for tidlig fødsel under svangerskap med ett foster. Dette kan være forårsaket for eksempel av livmorhalssvækkelse eller misdannelser i livmor. Tvillingsvangerskap gir i dette tilfelle større risiko for nytt uheldig utfall sammenlignet med svangerskap med ett foster.

Et annet eksempel er kvinner som er gravide med trillinger som består av ett sett tvillinger med felles morkake og ett annet foster. Dersom det skal utføres fosterreduksjon, vil det i de fleste tilfeller bli anbefalt å redusere de to tvillingene med felles morkake og fortsette svangerskapet med ett foster. Grunnen til dette er at tvillinger med felles morkake har dårligere prognose enn et svangerskap med tvillinger uten felles morkake.

Departementet foreslår at nemnda skal kunne innvilge reduksjon til ett foster i begge disse tilfellene, jf. utkast til § 2 a fjerde ledd andre og tredje punktum.

Dersom kvinnen i andre tilfeller ønsker å redusere ytterligere, til ett foster, kan nemnda innvilge fosterreduksjon etter bokstav a dersom kvinnens helsemessige forhold tilsier det. Vurderingstemaet i slike saker blir tilsvarende som ved begjæring om fosterreduksjon ved tvillingsvangerskap etter samme indikasjon.

Nemnda kan også innvilge fosterreduksjon etter § 2 tredje ledd bokstav b (sosial indikasjon) dersom den finner at svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon. Ved vurderingen av om kvinnen kan settes i en vanskelig livssituasjon, kan det legges vekt på blant annet kvinnens alder, hennes familieforhold, antall barn hun har omsorg for, hennes bo- og levekår, utdanning og arbeidsforhold og hennes generelle helsetilstand, jf. Innst. O. nr. 47 (1974–75) side 5.

At en kvinne er gravid med tvillinger og vil få omsorg for to barn, vil ikke i seg selv føre til at vilkårene i bokstav b er oppfylt. Det vil ikke være tilstrekkelig å vise

til at omsorgsbyrden er større ved tvillinger enn ved ett barn. For å innvilge fosterreduksjon etter bokstav b kreves i tillegg at det foreligger andre forhold som tilsier at kvinnen kan settes i en vanskelig livssituasjon. Det kan for eksempel være at kvinnen allerede har omsorgen for flere barn, eller at hun har ansvar for et barn med en alvorlig sykdom. Kvinnens alder og familiesituasjon kan også innebære at fosterreduksjon kan innvilges etter bokstav b.

Dersom kvinnen er gravid med trillinger eller flere og kvinnen ønsker å redusere til ett foster, kan nemnda innvilge fosterreduksjon etter bokstav b. Vurderingste-maet i slike saker blir tilsvarende som ved begjæring om fosterreduksjon ved tvillingsvangenskap etter samme indikasjon.

Nemnda kan innvilge fosterreduksjon på grunnlag av § 2 tredje ledd bokstav c. Vurderingene ved begjæring om fosterreduksjon dersom det er påvist alvorlig sykdom hos ett av fostrene, vil være tilsvarende som ved begjæring om vanlig svangerskapsavbrudd på grunnlag av bokstav c.

Ved vurderingen av begjæring om fosterreduksjon begrunnet i forhold som nevnt i § 2 tredje ledd bokstav a, b og c skal det tas hensyn til kvinnens samlede situa-sjon, blant annet hennes muligheter til å dra tilfredsstil-lende omsorg for barnet.

Nemnda må vurdere om fosterreduksjon kan innvilges på grunnlag av en kombinasjon av flere indikasio-ner. Kvinnens helsemessige og sosiale situasjon kan være slik at det samlet sett gir grunnlag for å innvilge fos-terreduksjon. Kvinnens helsetilstand sammen med so-siale forhold kan samlet sett føre til at svangerskapet, fødselen eller omsorgen for to barn vil kunne sette hen-ne i en vanskelig livssituasjon. Nemnda kan da innvilge fosterreduksjon på grunnlag av en kombinasjon av bokstav a og b.

Nemnda skal legge vesentlig vekt på hvordan kvin-nen selv bedømmer sin situasjon. Dette gjelder også ved begjæring om fosterreduksjon og innebærer at hun skal gis en reell mulighet til å influere på avgjørelsen i nemn-da ved at det blir tatt hensyn til hennes synspunkter og vurderinger. Nemndas avgjørelse bør i størst mulig grad være et resultat av en drøfting av situasjonen mellom kvinnen og nemndmedlemmene. Det understrekes vi-dere at kvinnen er den som vet mest om hvordan hun ut fra sine forutsetninger og livsforhold vil kunne makte å fullføre svangerskapet, fødselen og å dra omsorg for bar-na.

På samme måte som ved andre svangerskapsav-brudd skal kravene for innvilgelse øke med svangerska-pets lengde. Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan fosterreduksjon ikke utføres med mindre det er sær-lig tungtveiende grunner for det.

Dersom det er grunn til å anta at det eller de aktuelle fostrene er levedyktig, kan tillatelse til fosterreduksjon

ikke gis. Dette gjelder også for fosterreduksjon der antall fostre ønskes redusert fra tre eller flere til to eller flere fordi dette vil redusere risikoen for spontanabort eller tidlig fødsel.

Saksbehandlingen ved fosterreduksjon skal stort sett følge samme regler som for behandling av begjærin-ger om svangerskapsavbrudd etter utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Inngrepet vil alltid bli utført ved St. Olavs hospital HF.

For å sikre enhetlig praksis ved abortnemndene er det satt i verk en del tiltak. Blant annet har Helsedirek-toratet utarbeidet en håndbok for abortnemndarbeid. Håndboken skal være et hjelpemiddel for arbeidet i nemndene. Direktoratet arrangerer også årlige semina-rer for medlemmene i abortnemndene. De nye reglene om fosterreduksjon vil bli inkludert i dette arbeidet. I tillegg vil ordningen med en felles klagenemnd være med på å bidra til mer enhetlig praksis.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeider-partiet, Elise Bjørnebekk-Waagen, Hilde Kristin Holtesmo, Jorid Juliussen Nordmelan, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Torill Eidsheim, Erlend Larsen, Sveinung Stensland og Camilla Strandskog, fra Fremskrittspartiet, Åshild Bruun-Gundersen og Knut Magne Flølo, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Sheida Sangtarash, fra Venstre, Carl-Erik Grimstad, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Geir Jørgen Bekkevold, viser til Prop. 106 L (2018–2019) Endringer i abortloven (fosterre-duksjon). Komiteen viser til at det er gjennomført åpen høring som ledd i behandlingen av saken.

Komiteen understreker at det er knyttet etiske vurderinger til alle former for abort, også ved fosteran-tallsreduksjon. Likevel står retten til selvbestemt abort sterkt i Norge, begrunnet i at det er kvinnen selv som er nærmest til å ta den etiske vurderingen, og som selv kjenner sin egen situasjon best, med støtte fra sin be-handlende lege.

Komiteen viser til at det gjøres i underkant av 15 000 svangerskapsavbrudd i Norge hvert år, og at tal-let har vært fallende. De fleste svangerskapsavbrudd skjer tidlig i svangerskapet, og så mange som 90 pst. er gjennomført innen utgangen av niende svangerskaps-uke. Komiteen viser videre til at det er svært få som ønsker fosterantallsreduksjon av ikke-medisinske årsa-ker. Ifølge Nasjonal behandlingstjeneste ble det i perio-den 2016–2018 utført 14 reduksjoner ved tvillingsvan-genskap uten påvist alvorlig sykdom hos foster.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti, viser til Granavolden-plattformen, hvor det fremgår at flertallet er enig om å fjerne åpningen for abort av én eller flere friske flerlinger (fosterreduksjon) i et svangerskap før grensen til selvbestemt abort. Flertallet viser til at departementet foreslår å regulere dette i en egen bestemmelse i abortloven. Flertallet viser til at det ut over dette ikke gjøres endringer i abortloven. Flertallet viser til at endringen vil sidestille fosterreduksjon med behandling av andre seinaborter.

Flertallet deler en rekke prinsipielle måloppfatninger: den abortsøkende sin rettssikkerhet skal ivaretas, abortsøkende skal erfare likebehandling, kvinnens integritet skal ikke krenkes, kvinnens helsemessige og sosiale situasjon skal tillegges vekt, og den abortsøkende skal få en trygg behandling i nemnd.

Flertallet er kjent med at fosterreduksjon er et ressurskrevende og høyspesialisert inngrep som krever erfaring og spesialkompetanse. Ettersom det er få slike inngrep per år i Norge, er disse inngrepene sentralisert til Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs hospital HF i Trondheim.

Flertallet er kjent med høringsvarene som ble gitt til Helse- og omsorgsdepartementet innen 2. april 2019, og at flertallet av høringsinstansene gikk imot forslaget om å kreve tillatelse fra nemnd ved alle fosterreduksjoner. I begrunnelsen for å ikke støtte forslaget uttaler noen instanser at fosterreduksjon ikke reiser andre etiske problemstillinger enn øvrige aborter, mens andre mener de etiske dilemmaene er ulike. En del instanser viser til at kvinnens selvbestemmelse før utgangen av tolvte svangerskapsuke har vært et grunnleggende prinsipp i abortloven i 40 år, og at kvinnen og hennes familie er nærmest til selv å vurdere konsekvensene av svangerskapet. Noen instanser tar opp at møtet med nemnd kan oppleves vanskelig og belastende for kvinnen. Flere instanser tar opp manglende kunnskap om hva det betyr å vokse opp med kjennskap til at det var en flerling som ikke fikk leve. Noen instanser tar opp belastningen på kvinnen og uttaler at avgjørelsen om fosterreduksjon er en stor avgjørelse som kan være fornuftig å gjøre i samråd med andre. Enkelte høringsinstanser mener behandling i nemnd styrker fosterets rettigheter, og at kvinnen kan få mulighet til å drøfte avgjørelsen sammen med medisinske eksperter.

Flertallet viser til at å fjerne ett av flere fostre under et svangerskap ikke var særskilt regulert i abortloven eller omtalt i lovens forarbeider. Flertallet viser til at fosterreduksjon derfor var et uavklart tolknings spørsmål i mange år. Flertallet viser til at spørsmålet først ble tatt opp i tilknytning til abort når ett av fostrene er alvorlig sykt eller skadet. Flertallet viser til at Helse- og omsorgsdepartementet i 2001 gav ut et rundskriv

om fosterreduksjon på grunnlag av stor fare for alvorlig sykdom hos fosteret. Flertallet viser til at fagmiljøet ønsket en avklaring på om abortloven åpnet for fosterreduksjon av friske fostre allerede i 2010, men dette ble ikke fulgt opp av den rød-grønne regjeringen. Flertallet viser til at Justisdepartementets lovavdeling først i 2016 konkluderte med at abortloven åpner for fosterreduksjon av friske fostre. Flertallet merker seg at fosterreduksjon av friske fostre dermed har vært mulig i tre år.

Før 2016 var fosterreduksjon av friske fostre ikke en godkjent praksis i Norge. Justisdepartementets tolkning i 2016 medførte at det i henhold til abortforskriftens § 3 ble åpnet for å kunne utsette inngrepet i kortere tid, uten at begjæringen må nemndbehandles. Flertallet viser til at ifølge klinikkisjef og professor Kjell Å. Blix Salvesen ved St. Olavs hospital HF er Norge det eneste landet i Europa som gir kvinner rett til selv å bestemme fosterreduksjon.

Flertallet viser til at nemnda består av to fast oppnevnte leger, den ene ansatt ved den avdeling der svangerskapsavbruddet skal foretas, den andre oppnevnt av fylkesmannen. Nemnda skal bestå av en kvinne og en mann.

Flertallet viser til at fosterreduksjon reiser vanskelige etiske spørsmål. Nemndsbehandling er en måte å sikre at alle relevante medisinske og menneskelige momenter kommer frem før beslutningen tas.

Flertallet viser til at mange sykehus har tilbud om samtale med sosionom både i forkant og i etterkant av møtet med nemnda. Flertallet viser til at dersom en kvinne ikke automatisk får tilbud om informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne, har hun mulighet til å be om det selv.

Flertallet viser til høringsuttalelsen fra fagmiljøet ved St. Olavs hospital HF, som er det eneste fagmiljøet i Norge som utfører fosterreduksjoner, om at spørsmålet bør reguleres slik det foreslås i proposisjonen.

Flertallet viser til at fagmiljøet ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin, som utfører fosterreduksjonene i Norge, har pekt på at det er teknisk vanskelig å utføre fosterreduksjon tidlig i svangerskapet, og mener det av medisinske årsaker ikke kan anbefales å utføre fosterreduksjon før utgangen av tolvte svangerskapsuke. I praksis gjør de derfor i dag alle inngrepene etter tolvte svangerskapsuke. Flertallet viser til at selvbestemt fosterreduksjon systematisk praktiseres på bakgrunn av en unntaksbestemmelse i lovverket.

Flertallet viser til at departementet foreslår at nemnda skal kunne innvilge fosterreduksjon fra tre eller flere til to eller flere av hensyn til risikoen for spontana-bort eller tidlig fødsel.

Flertallet viser til at nemnda har et spesielt ansvar for å skape en god dialog og legge vesentlig vekt på

hvordan kvinnen selv vurderer sin situasjon. Flertallet viser til Håndbok for abortnemndarbeid og understreker at det der fremkommer at det ikke bare er de konkrete begrunnelsene for beslutning, men også prosessen som fører frem til nemndas vedtak, som er med på å gi vedtaket legitimitet. Hvis prosessen oppleves som god og rettferdig, vil den kunne være med på å legitimere vedtaket.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at for første gang siden abortloven ble innført for førti år siden, så foreslås det nå en historisk svekkelse av kvinnens rett til selvbestemmelse, noe som vil være et svært uheldig tilbakeskritt i likestillingskampen. Til tross for en usedvanlig rask prosess for å få vedtatt loven har det kommet inn mange gode og tydelige høringsvar. Disse medlemmer merker seg at det store flertallet av disse går imot forslaget om at alle fosterantallsreduksjoner skal vurderes i nemnd, fordi det innebærer en innstramming i kvinnens rett til selvbestemmelse.

Disse medlemmer viser til at lovforslaget begrunnes med både medisinske og etiske problemstillinger. Den etiske vurderingen knyttet til fosterantallsreduksjon går ut på at disse skiller seg så mye fra de etiske vurderingene ved fullstendig abort at det krever at kvinnen må møte i nemnd. Det synet støttes ikke av flertallet av høringsinstansene, og ikke av disse medlemmer.

Disse medlemmer er enige i Helsetilsynets vurdering når de skriver at det faktum at de etiske dilemmaene i noen grad er ulike når det gjelder fosterantallsreduksjon og en fullstendig avslutning av svangerskapet, ikke er en tilstrekkelig begrunnelse for at kvinnen ikke skal kunne ta et selvstendig valg. Disse medlemmer sier seg enige med flertallet av de oppmøtte i Stortingets åpne høring, som anser at tilleggsbelastningen ved å møte i nemnd er så stor at det er en klar svekkelse av hennes rett til selvbestemmelse.

Disse medlemmer viser til at tolkningen fra helsejurister før 2016, blant annet Aslak Syse, var at lov om svangerskapsavbrudd også tillot fosterantallsreduksjon. Den konklusjonen Justisdepartementets lovavdeling gjorde i 2016, bekreftet denne lovtolkningen, og det er således ikke korrekt at fosterantallsreduksjon av friske kun har vært mulig i tre år. At dette også tidligere var regjeringens syn, fremgår av at helseminister Høie i en debatt i Stortinget 19. januar 2017 uttalte at «det var Stortinget i 1975 som vedtok en lov som åpnet opp for fosterreduksjon i Norge».

Disse medlemmer viser til lovforslaget, der det fremgår at for en kvinne i nemnd vil «det ikke være tilstrekkelig å vise til at omsorgsbyrden er større ved tvillinger enn ved ett barn». Disse medlemmer mener at denne føringen i forarbeidet til loven innebærer en

ytterligere innstramming i kvinners rett til selvbestemmelse.

Disse medlemmer mener det er avgjørende at kvinnen og hennes familie får tilgang på god informasjon, og tilbud om samtale slik at hun har mulighet til å ta et godt og velinformert valg før en eventuell fosterantallsreduksjon. Disse medlemmer ser ikke hvordan et krav om nemndbehandling legger til rette for en åpen og god dialog basert på informasjon, tvert imot setter det kvinnen i en vanskeligere stilling i en allerede krevende situasjon. Disse medlemmer mener at ansvaret for å gi god informasjon må ligge hos den enkelte kvinnes behandlende lege, men at beslutningen bør ligge hos kvinnen.

Disse medlemmer merker seg at flere av høringsinstansene reagerer sterkt på at det er blitt fremstilt som om et samlet fagmiljø står bak rådene om at fosterantallsreduksjon alltid skal behandles i nemnd. Blant disse er Legeforeningen og Norsk gynekologisk forening, som begge understreket at det langt fra er enighet i fagmiljøet, og at de var bekymret for at en prinsipiell og viktig avgjørelse som en endring i abortloven er, gjennomføres under tidspress og uten tid til en grundig etisk og faglig vurdering. Disse medlemmer mener dette er svært viktige innvendinger, som ytterligere befester inntrykket av at en slik historisk innstramming av loven ikke bør gjennomføres.

Disse medlemmer merker seg særlig Legeforeningens innspill om at det er flere uavklarte sider knyttet til de fremførte faglige og prosedyremessige argumentene, som ikke er drøftet i forslaget. De viser blant annet til at forskningen ikke gir tydelig støtte til at det er enklere å foreta fosterantallsreduksjon etter uke 12, og at det heller ikke er entydig hvilke konsekvenser det har for gjenværende foster, avhengig av sen eller tidlig fosterantallsreduksjon. Legeforeningen viser videre til at lovendringen begrunnes i dagens teknologi og kunnskap, og at det skaper et sviktende fundament for loven.

Disse medlemmer viser til at Mark Evans, en av verdens fremste eksperter på fosterantallsreduksjonsprosedyren, har uttalt seg om det faglige grunnlaget som lovforslaget bygger på. Disse medlemmer mener at professor Evans' uttalelser viser at de behandlende legers erfaring i stor grad påvirker den mulige risikoen ved fosterantallsreduksjon, og at det er faglig uenighet om hvorvidt det er enklere å foreta fosterantallsreduksjon før uke 12.

Disse medlemmer finner det særlig underlig at forslaget fra regjeringen understreker at nemndbehandling også skal være påkrevet ved reduksjon av flerlingsvangerskap med mer enn to fostre. I høringsnotatet fremgår det tydelig at fosterantallsreduksjon kan redusere risikoen for tidlig fødsel fra 25 til 8 pst. for trillinger og fra 40 til 16 pst. for firlinger. Disse medlemmer mener at vurderingen om hvorvidt man skal

utføre et slikt risikoreduserende inngrep, må ligge hos kvinnen, og ikke en nemnd.

Disse medlemmer mener statistikken over antall svangerskapsavbrudd viser en god utvikling og illustrerer hvordan andre tiltak enn nemnd har gitt oss færre uønskede svangerskap og satt flere kvinner i stand til å gjennomføre svangerskapet.

Disse medlemmer mener at å tvinge flere kvinner som står i vanskelige valg, til å måtte møte i nemnd er å påføre dem skyld og skam, og viser liten tillit til kvinners evne til å ta selvstendige og gode valg. Disse medlemmer vil derfor på det sterkeste protestere mot å gjøre en slik innstramning av retten til selvbestemmelse.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at det følger av Granavolden-plattformen at regjeringen vil fjerne åpningen for abort av én eller flere friske flerlinger (fosterreduksjon) i et svangerskap før grensen til selvbestemt abort. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i abortloven for å følge opp dette. Det foreslås en ny bestemmelse som regulerer fosterreduksjon. Dette medlem er enig i de foreslåtte lovendringene, og viser til at etter forslaget skal alle fosterreduksjoner behandles i nemnd, uavhengig av når i svangerskapet begjæring om abort fremmes eller inngrepet utføres. Nemndene skal kunne innvilge fosterreduksjon på grunnlaget av de alminnelige kriteriene for abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, jf. abortloven § 2 tredje ledd (medisinsk indikasjon, sosial indikasjon). I tillegg skal fosterreduksjon innvilges der antallet fostre reduseres til to eller flere på grunn av risiko for spontanabort og tidlig fødsel ved flerlingsvangerskap. Også fosterreduksjon ved tvillingsvangerskap skal innvilges på grunn av risiko for spontanabort eller tidlig fødsel.

Dette medlem viser til at fosterreduksjon ikke var en problemsstilling da abortloven ble vedtatt, og er ikke løftet i lovens forarbeider. I et rundskriv fra 2001 ble det slått fast at abortloven gir adgang til å gjennomføre fosterreduksjon ved alvorlig sykt foster. I 2009 fikk Helsedirektoratet spørsmål om fosterreduksjon fra fagmiljøer. Direktoratet tok spørsmålet opp med departementet i 2010. Dette medlem viser til at Justisdepartementets lovavdeling gav en ny tolkningsuttalelse om fosterreduksjon i 2016, på forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet. Lovavdelingen kom til at abortloven åpner for fosterreduksjon ved flerlingsvangerskap også innenfor retten til selvbestemt abort innen tolvte svangerskapsuke. Inngrepene utføres etter uke tolv. Men ifølge abortforskriftens § 3 kan det åpnes for å utsette inngrepet i kortere tid, uten at begjæringen må nemndbehandles. Dette medlem viser til at fosterreduksjon i dag utføres ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs

hospital HF. Dette medlem viser til at det ikke påvist vesentlig medisinsk gevinst ved reduksjon fra tvilling- til singelsvangerskap. Risikoen for spontanabort av gjenværende foster anslås i dag til 5–10 pst. Fra 2016–2018 ble det utført til sammen 14 fosterreduksjoner på grunn av alvorlig sykdom hos fosteret, og 14 reduksjoner ved tvillingsvangerskap uten påvist alvorlig sykdom. I tillegg ble det utført 3 reduksjoner ved firlingsvangerskap og 13 reduksjoner ved trillingsvangerskap.

Dette medlem er kjent med at flertallet av høringsinstansene går imot forslaget om å kreve tillatelse fra nemnd ved alle fosterreduksjoner. I begrunnelsen for ikke å støtte forslaget uttaler noen instanser at fosterreduksjon ikke reiser andre etiske problemstillinger enn andre aborter. Noen mener at de etiske dilemmaene er ulike, men ikke tilstrekkelig til å begrunne krav om nemndbehandling. Dette medlem er uenig med begge disse standpunktene. Flere går imot kravet om nemndbehandling av alle fosterreduksjoner ut fra argumentet om at kvinnen og hennes familie er nærmest til å vurdere dette. Disse peker slik på det de mener er problematisk med nemndbehandling som sådan, uavhengig av om det er snakk om fosterreduksjon eller andre senaborter. Av instanser som støtter forslaget, vises det også til at Nasjonal behandlingstjeneste ved St. Olavs hospital HF ikke gjennomfører fosterreduksjon før etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, og at det er uheldig med en systematisk bruk av dagens unntaksbestemmelse i forskrift. Inngrepet bør derfor reguleres som andre svangerskapsavbrudd etter tolvte uke. Dette medlem støtter dette. Noen peker også på at det etiske dilemmaet rundt faren for å skade det gjenværende fosteret ikke er ubetydelig (5–10 pst.), noe dette medlem er enig i at er et stort etisk dilemma. Helse Midt-Norge HF tar opp at nemndbehandling vil gjøre det lettere å håndtere henvendelser fra utlandet. Den norske legeforening og Norsk gynekologisk forening med flere uttaler at endringer i abortloven bør skje gjennom en grundig gjennomgang, avklaring av faglige og etiske premisser og en ryddig politisk prosess. Det reises kritikk mot at en lov som har stor reell og symbolsk betydning for kvinners rettigheter og reproduktive helse, foreslås endret i en partipolitisk forhandling uten at de prinsipielle sidene er bedre belyst. Dette medlem er enig i dette.

Dette medlem viser til at Senterpartiet har programfestet i gjeldende stortingsprogram 2017–2021 å videreføre dagens abortlovgivning, men ikke tillate fosterreduksjon av friske fostre. Dette medlem viser også til representantforslag fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, Dokument 8:95 S (2015–2016), jf. Innst. 148 S (2016–2017), om å be regjeringen fremme forslag om endring av lov om svangerskapsavbrudd der det presiseres at fosterreduksjon ikke er tillatt.

Dette medlem vil ut fra dette støtte forslag til endringer i abortloven med nemndbehandling ved fosterreduksjon, der fosterreduksjon sidestilles med behandling av andre seinaborter. Dette medlem mener at fosterreduksjon av friske fostre, uten medisinsk indikasjon, reiser andre etiske avveininger enn andre aborter. Dette medlem vil særlig fremheve at inngrepet utgjør en ikke uvesentlig risiko for å skade gjenværende foster, at risikoen for abort hos gjenværende foster i Norge i dag regnes til mellom 5 og 10 pst. Dette medlem legger også vekt på at alle slike inngrep i dag utføres etter uke tolv, og at legene ved kompetansemiljøet ved St. Olavs hospital HF er positive til nemndbehandling i og med at inngrepet slik sidestilles med andre seinaborter. Det vil også løse dagens utfordringer med at fosterreduksjon utføres på basis av et unntak i abortlovens forskrifter. Dette medlem vil også fremheve at før 2016 var fosterreduksjon av friske fostre ikke en godkjent praksis i Norge, og at andre land i Europa ikke har slik praksis i dag.

Dette medlem vil imidlertid rette kritikk mot regjeringspartiene for at en lov av så stor betydning foreslås endret på bakgrunn av en partipolitisk forhandling og et spill om regjeringsmakt.

Dette medlem vil presisere at Senterpartiets stortingsrepresentanter er fristilt i slike saker av etisk karakter, for å kunne stemme i tråd med sin overbevisning.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at det er riktig å gjøre en vurdering av om det skal innføres endringer i abortloven. Høstens debatt om kvinners rett til selvstendig vurdering og effekten av nemndbehandling, og den manglende tillit den viser til kvinner som står i et vanskelig valg, viste tydelig at selvbestemmelsen bør utvides. Dette medlem viser til at i de 362 nemndbehandlingene som ble gjennomført i 2017, ble bare to avvist. Dette viser med all tydelighet at kvinner evner å ta selvstendige og gode valg, og at nemndbehandling er et byråkratisk mellomledd som gjør valget ytterligere krevende, og som gir tidsutsettelse.

Dette medlem mener derfor at retten til selvbestemt abort bør utvides til uke 16, og at det må utredes hvordan dagens system med nemnder ved abort etter grensen for selvbestemt abort kan avvikles og erstattes av et regelverk som ivaretar kvinnens selvbestemmelse.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Senterpartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til proposisjonen og rå Stortinget til å gjøre følgende

vedtak til lov

om endringer i abortloven (fosterreduksjon)

I

I lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd skal ny § 2 a lyde:

§ 2a. Fosterreduksjon regnes som svangerskapsavbrudd etter denne loven.

Med fosterreduksjon menes et inngrep som avbryter svangerskapet for ett eller flere fostre i et flerlingsvangerskap, mens svangerskapet fortsetter for ett eller flere av de andre fostrene.

Fosterreduksjon kan bare foretas etter tillatelse fra en nemnd som nevnt i § 7 annet ledd. Nemnda kan innvilge fosterreduksjon dersom vilkårene i § 2 tredje til femte ledd og sjette ledd første punktum er oppfylt.

I tillegg kan nemnda innvilge fosterreduksjon 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.

Fosterreduksjon kan ikke innvilges dersom det er grunn til å anta at fostrene er levedyktige, jf. § 2 sjette ledd annet punktum.

Begjæring om fosterreduksjon kan fremsettes overfor en lege eller en nemnd. For øvrig gjelder saksbehandlingsreglene i §§ 4, 5, 7, 8, 9 og 11.

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 6. juni 2019

Geir Jørgen Bekkevold

leder og ordfører

