



STORTINGET

Innst. 374 S

(2019–2020)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:45 S (2019–2020)

**Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om
Representantforslag fra stortingsrepresentantene
Kari Elisabeth Kaski og Nicholas Wilkinson om
styrkede abortrettigheter**

Til Stortinget

Bakgrunn

I dokumentet fremmes følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen fremme de nødvendige forslag for å utvide grensen for selvbestemt svangerskapsavbrudd til å gjelde til og med 16. svangerskapsuke.
2. Stortinget ber regjeringen gjøre det mulig for kvinner å ta en beslutning om fosterantallsreduksjon innenfor grensene for selvbestemt svangerskapsavbrudd.
3. Stortinget ber regjeringen sikre at alle kvinner som gjennomgår en spontanabort, får tilbud om oppfølging fra psykolog eller jordmor.
4. Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset, dersom kvinnen selv ønsker det.
5. Stortinget ber regjeringen utrede og etablere rådgivende team i hele landet med kvalifisert helsepersonell som støtter og veileder kvinnen og sikrer kvinnen reell selvbestemmelse, som erstatning for dagens nemndssystem ved svangerskapsavbrudd etter uke 12.»

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Tore Hagebakken, Ingvild Kjerkol, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Erlend Larsen, Mari Holm Lønseth, Sveinung Stensland og Camilla Strandskog, fra Fremskrittspartiet, Åshild Bruun-Gundersen og Kjell-Børge Freiberg, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Nicholas Wilkinson, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Geir Jørgen Bekkevold, viser til forslagene i Dokument 8:45 S (2019–2020) om styrkede abortrettigheter. Statsråd Bent Høie har uttalt seg om forslagene i brev til komiteen av 27. februar 2020. Brevet følger som vedlegg til denne innstillingen.

Komiteen viser til at som følge av koronapandemien ble den planlagte høringen i saken avlyst, og det er i stedet avholdt skriftlig høring. Norsk Sykepleierforbund/Jordmorforbundet, JURK – Juridisk rådgivning for kvinner, Sex og Politikk, Sex og samfunn og Menneskeverd har levert høringsinnspill til saken.

Komiteen viser til at det i dokumentet fremmes fem ulike forslag knyttet til rettigheter og oppfølging ved både planlagt abort og spontanabort.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen ikke ønsker å fremme forslag om endringer i abortloven, hverken med tanke på å fjerne abortnemndene, utvide grensen for selvbestemt abort eller endre reglene om fosterreduksjon.

Fosterantallsreduksjon

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, 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 tolkningsspørsmål 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 ved 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 selvbestemt fosterreduksjon av friske fostre dermed var mulig i tre år. Før 2016 var det uavklart om abortloven åpnet for fosterreduksjon av friske fostre. Etter abortforskriften § 3 kunne dessuten inngrepet utsettes i kortere tid av hensyn til forsvarlig medisinsk praksis, også ut over utgangen av 12. svangerskapsuke, uten at dette ville føre til at begjæringen måtte nemndbehandles. Flertallet viser til at ifølge klinikksjef og professor Kjell Åsmund Blix Salvesen ved St. Olavs hospital HF var Norge det eneste landet i Europa som ga kvinner rett til selv å bestemme fosterreduksjon.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at tolkningen av abortloven fra helsejurister før 2016, blant annet av Aslak Syse, var at lov om svangerskapsavbrudd også tillot fosterantallsreduksjon. Justisdepartementets lovavdeling bekreftet denne lovtolkningen i 2016.

Disse medlemmer viser til at abortloven ble strammet inn 14. juni 2019. Det ble da besluttet at fosterantallsreduksjoner ikke lenger skal være omfattet av retten til selvbestemt abort. Fosterantallsreduksjoner skal i henhold til den nye loven behandles i nemnd.

Disse medlemmer viser til at regjeringen Solberg våren 2019 fikk flertall for en historisk innstramming av retten til selvbestemmelse, ved at abortloven fikk en ny bestemmelse om fosterantallsreduksjon. Disse medlemmer viser til at til tross for en usedvanlig rask prosess for å få vedtatt loven, kom det i departementets høringsrunde inn mange gode og tydelige høringsvar. Det store flertallet av disse gikk imot forslaget om at alle fosterantallsreduksjoner skulle vurderes i nemnd, fordi det innebar en innstramming i kvinnens rett til selvbestemmelse. Disse medlemmer synes det er trist at Norge har blitt en del av den dystre inter-

nasjonale trenden der kvinners reproduktive rettigheter blir svekket.

Disse medlemmer viser til at siden loven trådte i kraft, er det blitt utført seks fosterantallsreduksjoner, noe som var snittet også før innstrammingen. Den eneste forskjellen nå er at kvinnene må ta belastningen med nemndbehandling i tillegg. Fosterantallsreduksjon kan redusere risikoen for tidlig fødsel fra 25 til 8 prosent for trillinger og fra 40 til 16 prosent for firlinger. Disse medlemmer mener at vurderingen om hvorvidt man skal utføre et slikt risikoredukerende inngrep, må ligge hos kvinnen, og ikke en nemnd. Disse medlemmer mener det ikke er noen grunn til å la loven virke videre, men at den bør oppheves snarest. En oppheving av innstrammingen vil få som resultat at fosterreduksjon der beslutningen tas før uke 12, fortsatt regnes som en del av kvinners rett til selvbestemmelse. Disse medlemmer viser til at dette også tidligere var regjeringens syn, noe som fremgår av at helseminister Bent 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».

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge fram en sak med forslag om oppheving av § 2a i lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at et inngrep med fosterreduksjon av medisinske grunner ikke kan gjennomføres innenfor abortlovens grense for selvbestemt abort. Senter for fostermedisin ved St. Olavs hospital oppgir at fosterreduksjon bør skje mellom svangerskapsuke 12 og 14. Disse medlemmer påpeker at abortloven definerer svangerskapsavbrudd etter uke 12 som senabort, og aborten må i slike tilfeller behandles i nemnd. På denne bakgrunn mener disse medlemmer at fosterreduksjon i praksis må defineres som en senabort og behandles på lik måte som andre senabort gjennom nemndbehandling. Nemnda kan innvilge fosterreduksjon dersom vilkårene som følge av dagens praksis om svangerskapsavbrudd etter uke 12, er oppfylt. I tillegg kan fosterreduksjon bli innvilget der antall fostre blir redusert til to eller flere etter en vurdering av risiko for spontanabort og for tidlig fødsel. Dersom særlige forhold ved kvinnens helsetilstand gjøre det nødvendig for å redusere faren for spontanabort og for tidlig fødsel, kan nemnda innvilge fosterreduksjon der antall fostre blir redusert til ett.

Disse medlemmer ser ikke på dette som en innstramming i retten til selvbestemt abort, men en rydding i regelverket som klargjør at kvinner har mulighet

til å gjennomføre fosterantallsreduksjon, og at dette skal behandles på lik linje med andre senaborter.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at før 2016 var ikke fosterreduksjon av friske fostre en godkjent praksis i Norge. Fosterreduksjon på medisinsk indikasjon har imidlertid vært tillatt siden 2001. Justisdepartementets tolkning i 2016 medførte at det i henhold til abortforskriften § 3 ble åpnet for å kunne utsette inngrepet i kortere tid uten at begjæringen må nemndbehandles. Dette medlem viser til at ved lovendringen i 2019 ble fosterreduksjon av friske fostre tillatt, og i praksis var dette en utvidelse av abortloven i forhold til det som var praksis før 2016.

Dette medlem viser til at fosterreduksjon ikke var en problemstilling da abortloven ble vedtatt, og ikke er løftet i lovens forarbeider. Dette medlem viser til at Senterpartiet har programfestet i sitt stortingsvalgprogram for 2017 at partiet står bak dagens abortlov og ikke ønsker å tillate fosterreduksjon av friske foster. Dette medlem viser til at Senterpartiet støttet regjeringens forslag til nemndbehandling av fosterreduksjoner (Innst. 370 L (2018–2019)), slik at inngrepet ble side-stilt med andre seinaborter etter uke 12.

Dette medlem viser til at det er påvist at fosterreduksjon av trillinger og firlinger kan gi helsegevinst, og at dette har vært tillatt å utføre siden 2001.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Senterpartiet viser til at andre land i Europa ikke har slik praksis med fosterreduksjon av friske foster i dag, og at det ut fra det vanskelig kan hevdes at Norge er en del av den internasjonale trenden der kvinners rettigheter blir svekket.

Grensen for selvbestemt abort

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener det er prinsipielt viktig at den abortsøkendes rettssikkerhet 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 viser til at en abortnemnd 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 én kvinne og én mann.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at mange sykehus har tilbud om samtale med sosionom både i forkant og i etterkant av møtet med nemnda. Disse medlemmer 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.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at dagens abortlov er en av Arbeiderpartiets viktigste kvinnepolitiske seire. Loven sikrer kvinnen selvbestemmelse og har bidratt til et lavt konfliktnivå rundt abort sammenlignet med andre land og at aborttallene i Norge går nedover. Disse medlemmer ønsker ikke å endre abortloven, men vil vurdere forbedringer innenfor dagens lov for å styrke kvinnens situasjon ved senaborter, herunder kritisk gjennomgå og eventuelt endre dagens nemndsystem.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at mange kvinner opplever møtet med nemnden som en belastning på toppen av et allerede vanskelig valg.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge fram en evaluering av hvordan dagens abortnemnder fungerer, samt utrede alternative løsninger som sikrer kvinnens selvbestemmelse.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener det ikke er et mål at svangerskapsavbrudd skal skje sent i svangerskapet. Dette kan være ekstra belastende for den gravide kvinnen. Ved å sikre at informasjon om svangerskapet er tilgjengelig fra et tidlig tidspunkt, vil man kunne sørge for at gravide kvinner potensielt ikke vil ha behov for å vente til sent i svangerskapet med å ta abort.

Flertallet mener at det i de tilfeller hvor svangerskapet ikke er forenlig med liv, eller hvor svangerskapet på annen måte er så alvorlig at kvinnen ønsker å avslutte det, er det viktig å få den informasjonen tidlig. Flertallet mener dette underbygger og støtter opp om kvinners rett og mulighet til å ta gode og informerte valg som er riktige for dem og deres familie.

Flertallet viser til behandlingen av Prop. 34 L (2019–2020) Endringer i bioteknologiloven mv. i Stortinget, jf. Innst. 296 L (2019–2020), hvor Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti sikret flertall for å gi alle gravide kvinner tilbud om tidlig ultralyd med tilleggsundersøkelser samt bedre og tryggere fosterdiagnostikk ved bruk av den moderne og treffsikre NIPT-testen.

Flertallet mener dette vil bidra til at gravide kvinner kan få tilgang til all tilgjengelig informasjon om sitt svangerskap tidlig, slik at de kan ta gode og informerte valg tidlig i svangerskapet. Flertallet understreker at det er viktig at den gravide kvinnen skal slippe

å oppleve belastningen med en potensielt risikofylt senabort.

Flertallet viser til behandlingen av Prop. 34 L (2019–2020) Endringer i bioteknologiloven mv. i Stortinget, hvor det ble vedtatt å etablere et PGD (preimplantasjonsdiagnostikk)-tilbud i Norge. Flertallet viser til følgende merknad fra medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti i Innst. 296 L (2019–2020):

«Flertallet mener at tilbudet om PGD har vært medvirkende til å skape trygghet for par som er urolige for å videreføre alvorlige, arvelige sykdommer til barn. For mennesker som kan ha latt være å bli gravide grunnet en slik frykt, representerer dette tilbudet en mulighet til å kunne få barna de ønsker seg. Det er et medisinsk ansvar å forebygge svangerskap som med stor sannsynlighet kan ende i svangerskapsavbrudd og senabort.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet har programfestet i stortingsvalgprogrammet for 2017 at Senterpartiet står bak dagens abortlov, og dette medlem støtter dermed ikke forslag til endringer av lovformuleringene rundt seinaborter. Dette medlem viser til at dagens abortlov åpner for seinaborter etter svangerskapsuke 12. Etter uke 18 skal aborter bare kunne skje når det er særlig tungtveiende grunner til det. Dette medlem viser til at det har vært god oppslutning rundt dagens abortlov, som balanserer kvinners rett til selvbestemt abort, fosterets vern og hvordan samfunnet vårt skal håndtere retten til abort. En spørreundersøkelse fra Ipsos i 2018 viste at et stort flertall av befolkningen støttet abortloven, og at bare rundt 10 prosent ville ha en liberalisering.

Dette medlem viser til at nemndordningen for seinaborter ikke er spesiell for Norge. Både Danmark, Finland og Island har varianter av samme nemndordning. Bare Sverige av landene i Norden har en mer liberal abortlovgivning enn Norge. Dette medlem viser også til at de fleste søknader om senaborter blir tatt til følge. I 2017 ble bare 2 av 362 svangerskapsavbrudd før uke 18 avslått.

Dette medlem viser til at forslaget fra representanter fra Sosialistisk Venstreparti gjør det uklart om abortlovens kriterier for senaborter (paragraf 2) fortsatt skal gjelde. Dersom disse skal gjelde, er det uklart hvordan kvinnen selv skal kunne tolke om lovens krav er fulgt opp.

Dette medlem viser til dagens ordning, der nemnda består av to leger, og der den ene er gynekolog. At kvinner får møte en legespesialist med erfaring og kompetanse i denne typen medisinske vurderinger og risiko, må etter dette medlems syn være en fordel. Dette medlem vil understreke at det ikke er obligatorisk for kvinnen å møte i nemnd, det er en rettighet, men ikke en plikt. Dette medlem viser til at antall abortnemnder de siste årene er redusert. Dette med-

lem viser til at dette har ført til økt reisevei for kvinner i distriktene for å møte i abortnemnd, og mener at man må revurdere sentraliseringen av abortnemndene eller vurdere andre desentraliserte løsninger, slik at kvinnes belastning med lang transport kan minimeres.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at kvinner som benytter seg av muligheten til svangerskapsavbrudd, skal være trygge og bli godt ivaretatt. For å få til det på best mulig måte, bør selvbestemmelsen utvides og nemndene avvikles, samtidig som det bygges opp gode tjenester før og etter svangerskapsavbruddet. Etter dagens krav må kvinnen etter uke 12 møte i en nemnd som er satt ned for å ta en avgjørelse på vegne av kvinnen. Dette medlem viser til at disse møtene kan være tøffe for mange kvinner, selv om nemndene også gjør en god jobb. Dette medlem mener at avgjørelsen om å ta abort eller ikke skal være opp til kvinnen, ikke til en nemnd som skal vurdere om kvinnen har «gode nok» grunner. Dette medlem ønsker en utredning av regionale team som følger opp kvinner som har behov for senabort. Kvinnen skal fortsatt gjøre den endelige vurderingen, men hun skal ha rett til god informasjon og veiledning av kvalifisert personell, som er tilpasset den konkrete situasjonen kvinnen står i, enten det er sosialt eller medisinsk.

Dette medlem viser til at de fleste aborter tas lenge før uke 12. I 2019 ble det utført 516 nemndbehandlede svangerskapsavbrudd. 98,4 prosent av dem ble innvilget i primærnemnd. Det viser at nemndsystemet er byråkratisk og tøft for mange kvinner. Dette medlem viser til at senabort kan være vanskelig for mange kvinner. De trenger ikke en domstol som skal bestemme hva de skal gjøre. Dette medlem vil avskaffe ordningen med abortnemnd og ønsker at det utredes og etableres et nytt rådgivende team i hele landet.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme de nødvendige forslag for å utvide grensen for selvbestemt svangerskapsavbrudd til å gjelde til og med 16. svangerskapsuke.»

«Stortinget ber regjeringen utrede og etablere rådgivende team i hele landet, med kvalifisert helsepersonell som støtter og veileder kvinnen og sikrer kvinnen reell selvbestemmelse, som erstatning for dagens nemndsystem ved svangerskapsavbrudd etter uke 12.»

Oppfølging ved svangerskapsavbrudd

Komiteen viser til at det er to metoder for å avbryte svangerskapet innenfor grensen for selvbestemt abort: kirurgisk og medikamentell abort. Medikamentell abort er i dag den vanligste abortmetoden, og nær-

mere 90 prosent av abortene utføres i dag medikamentelt. På helsenorge.no oppgis følgende informasjon:

«De fleste sykehus tilbyr begge metodene, og det er fritt behandlingsvalg. Du kan ta kontakt med sykehuset og høre hvilke metoder de tilbyr og hvilke råd de kan gi deg.»

Komiteen mener det er viktig at alle kvinner sikres tilgang til å utføre abort på den måten de selv føler seg mest fortrolig med, og at dette må sikres uavhengig av kvinnens bosted og sykehusstilørighet.

Komiteen viser til at sykehusene skal informere om de ulike abortmetodene, og at kvinnen skal stå fritt til å velge mellom kirurgisk eller medisinsk abort, så lenge det vurderes som medisinsk forsvarlig. Hun skal også få mulighet til å gjennomføre den medisinske aborten på et sykehus dersom hun ønsker det. Pasienten skal ha et reelt valg mellom abort på sykehus og abort hjemme. Ved hjemmeabort er det en forutsetning at kvinnen ikke er alene. De som velger hjemmeabort, skal få med seg nødvendige medisiner, inkludert smertestillende, samt skriftlig informasjon om forholdsregler. Sykehuset bør ta initiativ til kontakt med kvinnen, og det må gjøres klart at kvinnen selv kan ta kontakt med avdelingen, uansett tid på døgnet. Det bør også være mulig å ombestemme seg og komme til sykehuset dersom situasjonen gir utrygghet og kvinnen ikke lenger ønsker å utføre en medisinsk abort hjemme.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, mener at oppfølgingen av kvinner som har vært gjennom en abort, ikke er god nok. Flertallet viser til at Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har utarbeidet Helseatlas for gynekologi 2015–2017, der blant annet geografisk variasjon innen kirurgi ved spontanabort og selvbestemt abort er kartlagt. Det kommer frem at nasjonalt ble om lag 13 prosent av selvbestemte aborter før tolvte uke gjennomført som et kirurgisk inngrep, men den geografiske variasjonen var veldig stor. Over 30 prosent av kvinner bosatt i opptaksområdet Østfold som valgte å avbryte et svangerskap, fikk dette utført som et kirurgisk inngrep, mens bare 1,9 prosent av kvinner bosatt i opptaksområdet Helse Stavanger fikk en kirurgisk abort. Ved så store forskjeller er det grunn til å stille spørsmål ved om brukermedvirkningen er reell for kvinnene det gjelder.

Flertallet viser til en gjennomgang gjort av NRK i april 2019, der det kommer frem at flere kvinner opplever at det ikke er et reelt valg å få gjennomført medisinsk svangerskapsavbrudd på sykehuset, men at det er forventet at det skal gjennomføres hjemme. Medisinsk svangerskapsavbrudd kan være svært smertefullt, og det vil alltid være nødvendig med en oppfølging. Flertallet

mener at kvinner som skal gjennom en planlagt abort, må få en reell mulighet til å gjennomføre aborten på sykehuset.

På denne bakgrunn fremmer flertallet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset, dersom kvinnen selv ønsker det.»

Oppfølging etter en spontanabort

Komiteen viser til historier fra kvinner selv, og til innspill fra høringsrunden, som understreker behovet for en bedre oppfølging etter en spontanabort. Slik oppfølging kan skje i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helsetjenesten, alt etter om det er en enkeltstående hendelse eller gjentatte spontanaborter som krever nærmere utredning. Komiteen viser til høringsinnspillet fra Norsk Sykepleierforbund og Jordmorforbundet NSF, som skriver følgende:

«For kvinner som i dag gjennomgår abort er det ikke noe system for oppfølgingssamtaler dersom kvinnen skulle føle behov for det.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at spontanaborter kan være svært smertefulle fysisk og psykisk. Flertallet mener det må sikres tilbud om oppfølging hos helsepersonell etter en spontanabort.

Flertallet viser til at én av fem graviditeter ender i spontanabort, ifølge oppslag i NRK i januar 2020. Der sto en rekke kvinner frem og fortalte om sorgen og den fysiske og psykiske smerten som kan oppstå etter en spontanabort. Jordmorforbundet og Norsk Sykepleierforbund viser til at mange kvinner ønsker mer oppfølging enn de får, og at oppfølgingen synes tilfeldig og ikke er satt i system. I Sverige tilbys alle kvinner støttesamtale med jordmor eller psykolog etter en spontanabort, mens det i Norge ikke finnes en tilsvarende rett til oppfølging.

På denne bakgrunn fremmer flertallet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at alle som gjennomgår en spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at spontanaborter kan oppleves som en tung følelsesmessig belastning. Dette gjelder særlig for de som gjennomgår flere spontanaborter. Kvinner og par opplever spontanaborter ulikt og vil ha ulikt behov for oppfølging fra helsetjenesten. Det kan være alt fra en samtale hos jordmor eller

fastlege til oppfølging innen psykisk helsevern. Det er noe den enkelte kvinne eller det enkelte par må avklare i dialog med fastlege eller jordmor. Disse medlemmene mener at alle kvinner bør få tilbud om en samtale med en fagperson i etterkant av en spontanabort.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen legge fram en sak med forslag om oppheving av § 2a i lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen legge fram en evaluering av hvordan dagens abortnemnder fungerer, samt utrede alternative løsninger som sikrer kvinnens selvbestemmelse.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen fremme de nødvendige forslag for å utvide grensen for selvbestemt svangerskapsavbrudd til å gjelde til og med 16.svangerskapsuke.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen utrede og etablere rådgivende team i hele landet, med kvalifisert helsepersonell som støtter og veileder kvinnen og sikrer kvinnen reell selvbestemmelse, som erstatning for dagens nemndsystem ved svangerskapsavbrudd etter uke 12.

Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

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

v e d t a k :

I

Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset, dersom kvinnen selv ønsker det.

II

Stortinget ber regjeringen sikre at alle som gjennomgår en spontanabort, får tilbud om oppfølging fra helsepersonell.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 9. juni 2020

Geir Jørgen Bekkevold

leder

Tuva Moflag

ordfører



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2020/308

Vår ref
20/654-

Dato
27. februar 2020

Dokument 8:45 S Representantforslag om styrkede abortrettigheter

Jeg viser til brev mottatt 11. februar 2020 fra helse- og omsorgskomiteen som ber om min uttalelse om ovennevnte representantforslag.

Jeg mener dagens abortlov balanserer hensynet til kvinnen og fosteret på en god måte. Grensen for selvbestemt abort har vært en god regel som har ligget fast over lang tid. Det har stort sett vært politisk enighet om ikke å endre denne grensen.

Reglene i abortloven skal ivareta hensynet til både kvinnen og fosteret. I starten av svangerskapet er hensynet til kvinnen avgjørende. I de 12 første ukene bestemmer kvinnen derfor selv om hun ønsker å avbryte svangerskapet. I takt med svangerskapets lengde og fosterets utvikling øker imidlertid fosterets rettsvern. Etter utgangen av 12. svangerskapsuke skal loven også ivareta hensynet til fosteret. Dette gjøres ved at begjæring om abort avgjøres av en nemnd.

Regjeringen ønsker ikke å fremme forslag om endringer i abortloven, hverken med tanke på å fjerne abortnemndene, utvide grensen for selvbestemt abort eller endre reglene om fosterreduksjon.

Spontanabort forekommer i mellom 10 og 30 prosent av alle svangerskap. Selv om spontanabort er vanlig, og medisinsk sett ukomplisert, oppleves dette av noen som en tung følelsesmessig belastning. Dette gjelder særlig dem som gjennomgår flere spontanaborter. Men det vil være ulikt i hvilken grad kvinnen eller paret vil ha behov for oppfølging fra helsetjenesten etter en spontanabort. Det vil være naturlig at kvinnen selv tar kontakt med fastlege eller jordmor for oppfølging. Fastlegen vil i samarbeid med kvinnen/ paret kunne vurdere om det er behov for oppfølging innen psykisk helse.

Kvinner med gjentatte spontanaborter skal utredes i spesialisthelsetjenesten. Hvis det ikke er en påvist årsak til spontanabortene, er det god prognose for fremtidig svangerskap.

Kvinner som ikke oppnår å gjennomføre et svangerskap, vil ofte oppleve en betydelig sorgreaksjon. Den faglige veilederen som benyttes på gynekologiske avdelinger omtaler behovet for oppfølging av slik sorgreaksjon. Noen par som opplever gjentatte spontanaborter vil kunne få god oppfølging hos fastlegen, mens andre bør få oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Noen vil trenge psykososial oppfølging. Det er viktig at oppfølgingen er basert på individuelle behov.

Jeg anser det ikke som hensiktsmessig at myndighetene bestemmer hvilken kompetanse fagpersonen som følger opp kvinner etter spontanabort skal ha. Fagpersonene, i dialog med kvinnen og paret, må avklare hva som i det enkelte tilfelle er den mest hensiktsmessige oppfølgingen.

Over 90 pst. av de selvbestemte svangerskapsavbruddene gjennomføres medikamentelt. Sykehusene skal informere om abortmetodene og kvinnene bør stå fritt til å velge mellom kirurgisk og medisinsk abort, så lenge det vurderes som medisinsk forsvarlig. De fleste kvinner gjennomfører medikamentell abort hjemme. Kvinnen får da med seg informasjon og smertestillende medikamenter. Hun skal også få informasjon om hvordan hun kan kontakte sykehuset ved behov.

Kvinnen kan velge å gjennomføre siste del av den medikamentelle aborten på sykehuset. Informasjon om denne muligheten skal gis på sykehuset, og fremkommer også på helsenorge.no og på sykehusenes hjemmesider.

Med hilsen



Bent Høie