



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 117 L

(2023–2024)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om abort (abortloven)



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 117 L

(2023–2024)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om abort (abortloven)

Innhold

1	Hovedinnholdet i proposisjonen	7	6.2.4	Departementets vurderinger og forslag	33
2	Bakgrunnen for lovforslaget	11	6.3	Definisjoner	33
2.1	Abortutvalgets utredning	11	6.3.1	Gjeldende rett	33
2.2	Høringen	11	6.3.2	Abortutvalgets forslag	34
3	Tiltak for å redusere antall aborter	17	6.3.3	Høringsinstansenes syn	34
4	Evaluering av bioteknologilovens regler om fosterdiagnostikk	19	6.3.4	Departementets vurderinger og forslag	34
5	Menneskerettslige rammer for abort	20	7	Rett til selvbestemt abort	36
5.1	Innledning	20	7.1	Innledning	36
5.2	Menneskerettighetenes stilling i norsk rett	20	7.2	Gjeldende rett	36
5.3	Fosterets menneskerettigheter	21	7.3	Abortutvalgets forslag	36
5.3.1	Vernet av det ufødte liv	21	7.4	Høringsinstansenes syn	37
5.3.2	Selektive svangerskapsavbrudd ...	22	7.5	Departementets vurderinger og forslag	39
5.4	Den gravides menneske- rettigheter	23	8	Vilkår for å innvilge abort etter grensen for selvbestemmelse	44
5.4.1	Innledning	23	8.1	Innledning	44
5.4.2	Yttergrenser for nasjonal lovgivning	23	8.2	Gjeldende rett	44
5.4.3	Kjønnslikestilling	25	8.3	Abortutvalgets forslag	45
5.4.4	Krav til statene ved inngrep i borgernes privatliv og selvbestemmelse	26	8.4	Høringsinstansenes syn	46
5.4.5	Barns rett til selvbestemmelse	27	8.5	Departementets vurderinger og forslag	47
5.4.6	Rett til selvbestemmelse for personer uten samtykke- kompetanse	27	9	Fosterantallsreduksjon	49
5.4.7	Prosessuelle krav	28	9.1	Gjeldende rett	49
5.5	Farens rettigheter	29	9.1.1	Innledning	49
5.6	Helsepersonellens religions-, samvittighets- og tankefrihet	29	9.1.2	Vedtaksmyndighet og saksbehandling	49
6	Lovens formål, virkeområde og definisjoner	31	9.1.3	Vilkår for å innvilge fosterantalls- reduksjon	49
6.1	Lovens formål	31	9.1.4	Helsetjenester ved fosterantalls- reduksjon m.m.	50
6.1.1	Gjeldende rett	31	9.2	Abortutvalgets forslag	50
6.1.2	Abortutvalgets forslag	31	9.2.1	Innledning	50
6.1.3	Høringsinstansenes syn	31	9.2.2	Vedtaksmyndighet og saksbehandling	50
6.1.4	Departementets vurderinger og forslag	32	9.2.3	Obligatorisk veiledning	50
6.2	Lovens virkeområde	32	9.2.4	Vilkår for å innvilge fosterantalls- reduksjoner	51
6.2.1	Gjeldende rett	32	9.2.5	Helsetjenester ved fosterantalls- reduksjon	51
6.2.2	Abortutvalgets forslag	33	9.3	Høringsinstansenes syn	51
6.2.3	Høringsinstansenes syn	33	9.4	Departementets vurderinger og forslag	53
			9.4.1	Definisjon av fosterantalls- reduksjon	53
			9.4.2	Rett til selvbestemt fosterantalls- reduksjon	53

9.4.3	Vilkår for å tillate fosterantallsreduksjon etter grensen for selvbestemmelse	56	14.2.4	Vergemålsloven	73
9.4.4	Obligatorisk veiledning	57	14.2.5	Barnets beste og retten til å bli hørt etter Grunnloven, barneloven mm	74
9.4.5	Helsetjenester ved fosterantallsreduksjon	57	14.2.6	Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter	74
10	Rett til informasjon, veiledning og oppfølgingssamtale	59	14.3	Abortutvalgets forslag	74
10.1	Rett til informasjon og veiledning	59	14.3.1	Innledning	74
10.1.1	Gjeldende rett	59	14.3.2	Barn og unge	74
10.1.2	Abortutvalgets forslag	59	14.3.3	Personer uten beslutningskompetanse	75
10.1.3	Høringsinstansenes syn	60	14.4	Utredning om funksjonshemmedes rettigheter (2024)	75
10.1.4	Departementet vurderinger og forslag	61	14.5	Høringsinstansenes syn	77
10.2	Rett til oppfølgingssamtale etter abort	63	14.6	Departementets vurderinger og forslag	79
10.2.1	Gjeldende rett	63	14.6.1	Innledning	79
10.2.2	Abortutvalgets forslag	63	14.6.2	Forholdet til vergemålsloven og pasient- og brukerrettighetsloven	79
10.2.3	Høringsinstansenes syn	63	14.6.3	Barn	79
10.2.4	Departementet vurderinger og forslag	64	14.6.4	Personer som mangler samtykkekompetanse	81
11	De regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for tilbud om abort	65	15	Behandling av krav om abort	86
11.1	Gjeldende rett	65	15.1	Vedtaksmyndighet – kompetanse til å treffe vedtak om abort	86
11.2	Abortutvalgets forslag	65	15.1.1	Innledning	86
11.3	Høringsinstansenes syn	65	15.1.2	Gjeldende rett	86
11.4	Departementets vurderinger og forslag	66	15.1.3	Abortutvalgets forslag	86
12	Helsepersonells reservasjonsrett	67	15.1.4	Høringsinstansenes syn	87
12.1	Gjeldende rett	67	15.1.5	Departementets vurderinger og forslag	89
12.2	Abortutvalgets forslag	67	15.2	Saksbehandlingsregler	93
12.3	Høringsinstansenes syn	67	15.2.1	Gjeldende rett	93
12.4	Departementets vurderinger og forslag	68	15.2.2	Abortutvalgets forslag	94
13	Gratis helsehjelp ved abort	69	15.2.3	Høringsinstansenes syn	95
13.1	Gjeldende rett	69	15.2.4	Departementets vurderinger og forslag	96
13.2	Abortutvalgets forslag	69	16	Automatisk overprøving ved avslag	99
13.3	Høringsinstansenes syn	70	16.1	Gjeldende rett	99
13.4	Departementets vurderinger og forslag	70	16.2	Abortutvalgets forslag	99
14	Barn og voksne uten samtykkekompetanse	72	16.3	Høringsinstansenes syn	100
14.1	Innledning	72	16.4	Departementets vurderinger og forslag	101
14.2	Gjeldende rett	72	16.4.1	Klageinstans	101
14.2.1	Menneskerettighetene	72	16.4.2	Organisering av sentral klagenemnd	101
14.2.2	Abortloven § 4 og § 9	72	16.4.3	Saksbehandlingsregler	101
14.2.3	Pasient- og brukerrettighetslovens regler om samtykkekompetanse ...	72	17	Abort i nødssituasjoner	104
			17.1	Gjeldende rett	104
			17.2	Abortutvalgets forslag	104
			17.3	Høringsinstansenes syn	104

17.4	Departementets vurderinger og forslag	104	18.3	Straff	107
18	Andre bestemmelser	106	18.3.1	Gjeldende rett	107
18.1	Forholdet til andre lover	106	18.3.2	Abortutvalgets forslag	108
18.1.1	Gjeldende rett	106	18.3.3	Høringsinstansenes syn	108
18.1.2	Abortutvalgets forslag	106	18.3.4	Departementets vurderinger og forslag	108
18.1.3	Høringsinstansenes syn	106	19	Økonomiske og administrative konsekvenser	109
18.1.4	Departementets vurderinger og forslag	107	20	Merknader til de enkelte bestemmelsene	111
18.2	Forskrifter	107	Forslag til lov om abort (abortloven)	123	
18.2.1	Gjeldende rett	107			
18.2.2	Abortutvalgets forslag	107			
18.2.3	Høringsinstansenes syn	107			
18.2.4	Departementets vurderinger og forslag	107			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 117 L

(2023–2024)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Lov om abort (abortloven)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 23. august 2024,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*

1 Hovedinnholdet i proposisjonen

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen en ny abortlov som er bedre tilpasset dagens samfunn. 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 mange år, og som fortsatt er relevant i dag. Dette gjelder spørsmålet 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 verdi. En ny abortlov må derfor balansere og avveie noe av de samme hensyn som lå til grunn for den første norske abortloven og samtidig ta inn over seg endringer som har skjedd i samfunnet.

Abort er avbrytelse av et svangerskap, og betegnelsen abort brukes både om spontan abort og om provosert abort. Abortloven regulerer ikke spontanaborter.

Årlig gjennomføres rundt 12.000 provoserte aborter i Norge. Siden 2008 har det vært en jevn nedgang i aborttallene, men i 2022 var det en økning. Man er nå tilbake på nivå med tallene før koronapandemien. De fleste aborter blir utført før

niende svangerskapsuke (84,1 prosent) og av alle utførte aborter i 2022 var 11 377 (95,1 prosent selvbestemte, og 590 (4,9 prosent) nemndbehandlete. De fleste aborter gjennomføres før den gravide 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.

Internasjonalt er reguleringen av abort ulik, se omtale i Abortutvalgets rapport NOU 2023: 29 *Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester* punkt 19. De forskjellige landenes regler varierer blant annet når det gjelder hvor langt ut i svangerskapet det er lovlig å ta abort, se figur 19.9 *Abortgrenser i EU, Norge, Island, Færøyene og Grønland* i NOUen. Storbritannia og Nederland har 24 uker, Island 22 uker, Sverige 18 uker, Frankrike og Østerrike 16 uker, fem land har 14 uker og 15 land har 12 uker, Kroatia og Portugal har 10 uker.

En ny abortlov tilpasset dagens samfunn må balansere viktige hensyn. Med forslaget vil departementet signalisere at alle barn, uavhengig av

egenskaper, er like høyt verdsatt og respektert i samfunnet. Spørsmålet om abort er forankret i grunnleggende etiske spørsmål. Dette gjelder spørsmålet om verdien av det ufødte liv og livets begynnelse, og kvinners rett til selvbestemmelse over egen kropp og at den gravide selv best vet hvordan hun skal forstå sin egen situasjon. Ny abortlov må balansere og avveie disse hensyn. Samtidig er det en oppfatning at fosterets moralske status øker i takt med dets biologiske utvikling. Etter dagens abortlov gis fosteret et gradvis sterkere rettsvern. Selv om departementet foreslår å utvide grensen for selvbestemmelse, vil dette prinsipp bli videreført ved at det fortsatt vil være krav til nemndbehandling etter uke 18 for å ivareta dette hensynet. Abortutvalget har vist vesentlige svakheter med dagens abortnemnder, både knyttet til organisering, saksbehandling og åpenhet. På denne bakgrunn foreslår departementet å legge ned dagens abortnemnder og opprette nye. Det foreslås å redusere antallet og styrke nemndene med juridisk kompetanse, og stille klare krav til rettssikkerhet og transparens.

Videre foreslås endringer for å sikre at retten til informasjon, oppfølging og veiledning er reell, uten utilbørlig press i retning av å avslutte svangerskapet eller i retning av å fullføre det. Utviklingen innenfor bioteknologi og medisin gir muligheter for seleksjon på stadig tidligere stadier, og det gir oss et ekstra ansvar for å verne om menneskers liv og integritet, og som mindretallet i Abortutvalget sier «der vi må anerkjenne at det uperfekte er en del av oss alle». Når diagnostikken viser avvik, kan dilemmaene og valget også bli vanskeligere. Mulighetene for sikrere diagnostikk utover i svangerskapet kan også være med å utsette avgjørelser, og sånn sett legge et sterkere press og ansvar på skuldrene til den gravide. Informasjon og gode dialoger i en abortnemnd er derfor viktig for gravide/par. Gravide har rett til god og grundig informasjon. Det understrekes at helsetjenesten plikter å tilby dette.

Rettighetene i forslaget til ny abortlov er lagt til «gravide», se blant annet lovforslaget §§ 3, 4 og 6. Med begrepet «gravide» menes i denne loven alle gravide, uavhengig av deres juridiske kjønn. Dette gjelder selv om pronomenene «hun», «henne» og «hennes» og ordet «kvinnen» brukes om den gravide i proposisjonsteksten.

Bakgrunnen for lovforslaget presenteres i *kapittel 2*. Forslaget tar utgangspunkt i utredningen og forslagene fra Abortutvalget i NOU 2023: 29, men med noen endringer.

I *kapittel 3* omtales regjeringens arbeid med ny strategi for seksuell helse. Et viktig område for strategien vil være tiltak for å redusere antallet uønskede svangerskap og aborter.

I *kapittel 4* presenteres arbeidet med evaluering av bioteknologiloven. Blant temaene for evalueringen av loven vil være dagens regler og tilbud om fosterdiagnostikk. Hvilket tilbud om fosterdiagnostikk som gis gravide har stor betydning for antallet aborter på grunn av medisinske tilstander hos fosteret. Departementet har også bedt Bioteknologirådet om å drøfte samfunnsmessige og etiske problemstillinger som reises i lys av den medisinske og teknologiske utviklingen på bioteknologilovens fagområder. Det har vært en stor økning i bruken av NIPT blant gravide fra 2021 til 2022. Alle gravide får nå tilbud om tidlig ultralyd. Gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk får også tilbud om NIPT i det offentlige. Samtidig kan alle gravide selv kjøpe NIPT i det private dersom de ønsker det. For regjeringen er det viktig å evaluere dette arbeidet og oppdraget til Bioteknologirådet utvides til også å evaluere utviklingen i bruk av fosterdiagnostikk, inkludert NIPT og tidlig ultralyd, og særlig utviklingen etter lovendringene i bioteknologiforliket, i tråd med forslaget fra Abortutvalget. Frist for oppdraget er 15. mai 2025.

I *kapittel 5* redegjøres det for de menneskerettslige rammene for abort. Her omtales blant annet spørsmål om hvilket vern fosteret har etter menneskerettighetene, den gravidens menneskerettigheter og helsepersonells rett til religions-, samvittighets- og tankefrihet.

Kapittel 6 behandler forslag til bestemmelser om lovens formål og virkeområde.

Departementet foreslår at loven skal ha et todelt formål. Loven skal sikre ivaretagelsen av hensynet både til den gravidens rettigheter og til samfunnets behov for å verne om det ufødte liv.

Departementet foreslår at loven skal gjelde for alle som oppholder seg i Norge. Som virkeområde foreslår departementet at loven skal gjelde aborter som tilbys eller utføres i Norge.

Kapittel 7 behandler spørsmålet om hva som skal være tidsgrensen for selvbestemt abort. Departementet foreslår at den gravide selv skal avgjøre om et svangerskap skal avbrytes dersom inngrepet kan utføres innen utgangen av 18. svangerskapsuke. Dette i tråd med flertallet i Abortutvalget.

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kan abort bare utføres etter tillatelse fra en nemnd og etter nærmere bestemte vilkår. Vilkårene for å

innvilge abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke omtales i *kapittel 8*.

I tråd med Abortutvalget foreslår departementet i all hovedsak vilkår som tilsvarer de vilkårene som i dag gjelder for å innvilge abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke. Av hensyn til forbudet mot diskriminering av personer med funksjonsnedsettelse, foreslår departementet at medisinske tilstander hos fosteret som hovedregel ikke skal gi en direkte adgang til å innvilge abort. Vilkåret er utformet slik at det ikke er tilstanden i seg selv, men den betydning fosterets tilstand får for svangerskapet, fødselen, barnets oppvekst eller den fremtidig omsorg for barnet, som kan gi grunnlag for abort.

I *kapittel 9* drøfter departementet hvilke regler som bør gjelde for fosterantallsreduksjoner. Abortutvalget peker på at fosterantallsreduksjoner skiller seg fra andre aborter ved at svangerskapet ikke avsluttes for alle fostrene. Ordinære aborter er ukompliserte inngrep med svært liten risiko for den gravides helse. Fosterantallsreduksjon kan imidlertid føre til risiko for skade, særlig hvis inngrepet gjøres etter utgangen av 14. svangerskapsuke både for gjenværende foster eller fostre og den gravide selv og reiser andre etiske problemstillinger enn ordinære aborter, utvalget foreslår derfor at fosterantallsreduksjon ikke defineres som abort. I motsetning til utvalget foreslår departementet at fosterantallsreduksjon defineres som abort og at den gravide skal ha rett til selv å avgjøre om antallet fostre skal reduseres frem til utgangen av 18. svangerskapsuke. Etter dette skal fosterantallsreduksjon bare kunne utføres etter tillatelse fra en abortnemnd.

I *kapittel 10* behandles forslag til lovfesting av den gravides rett til informasjon og veiledning i valgsituasjonen, og rett til oppfølgingssamtale etter abort.

I tråd med utvalgets anbefaling foreslår departementet å videreføre en rett til veiledning og informasjon om relevante offentlige velferdsordninger og andre tjenestetilbud som kan være aktuelle hvis den gravide fullfører svangerskapet, for alle gravide som vurderer abort. Informasjonen og veiledningen skal ha som mål å hjelpe og støtte den gravide i valgsituasjonen, gi den gravide et godt grunnlag for å kunne ta en selvstendig beslutning om hun ønsker å fullføre eller avslutte svangerskapet. Det er viktig at gravide ivaretas i denne valgsituasjonen og at de for eksempel ikke utsettes for emosjonelt press til å beholde barnet fra de som skal hjelpe, men heller ikke opplever press til å få utført abort, slik at også retten til å fullføre svangerskapet oppleves reell.

Departementet er også enig med utvalget og foreslår å innføre en rett til oppfølgingssamtaler i helse- og omsorgstjenesten for alle som har gjennomgått en provosert abort. En abort er for mange en følelsesmessig vanskelig opplevelse, og noen opplever dette som en krisesituasjon i livet. De aller fleste som tar abort opplever ikke alvorlige eller langvarige psykiske reaksjoner i etterkant av aborten, men noen kan ha et behov for å bearbeide situasjonen i etterkant, og snakke med noen om opplevelsen. Departementet foreslår i utgangspunktet at det skal gis tilbud om inntil 2 samtaler. Departementet antar at det i slike samtaler ofte kan være behov for mer tid enn ved vanlige konsultasjoner på 20 minutter. I hvilken grad det vil være behov for ytterligere oppfølging må vurderes konkret av det enkelte helsepersonellet.

I *kapittel 11* foreslår departementet å videreføre et ansvar for de regionale helseforetakene for å sørge for tilbud om abort for alle som oppholder seg i helseregionen. Dette er i tråd med utvalgets forslag og en videreføring av gjeldende rett. Samtidig foreslår departementet at loven ikke skal stenge for at aborter kan tilbys utenfor sykehus. Dette er en endring i forhold til gjeldende lov som fastsetter at aborter bare kan utføres på sykehus eller annen institusjon som statsforvalteren har godkjent.

Kapittel 12 behandler forslag til regler om helsepersonells rett til å reservere seg mot å medvirke til abort av samvittighetsgrunner. Departementet foreslår å videreføre dagens reservasjonsrett, men mener denne bør lovfestes. Reservasjonsretten er i dag regulert i abortforskriften § 15. Departementet foreslår å presisere at reservasjonsretten også omfatter å rekvirere og ordinere medikamentene ved medikamentelle aborter. Forslaget er i tråd med Abortutvalgets anbefalinger.

I *kapittel 13* drøftes utvalgets forslag om rett til gratis helsehjelp ved abort. Departementet foreslår ikke en bestemmelse om gratis abort i loven. Departementet ser at det er fordeler ved å gi rett til gratis abort for de som mangler fulle rettigheter til helsehjelp i Norge. Samtidig bør dette ha en særlig begrunnelse dersom det skal vurderes annerledes enn annen helsehjelp en ikke har krav på å få gratis. Departementet mener det vil gi et feil signal dersom personer uten fulle rettigheter til helsehjelp i Norge skulle få rett til gratis abort, men måtte betale for helsehjelpen dersom de velger å føde barnet.

Departementet foreslår endringer i reglene for abort for barn og voksne uten samtykkekompetanse, jf. *kapittel 14*. Departementet foreslår å

styrke barns rett til å bli hørt og foreldrenes involvering. Selvbestemmelsesretten til personer med funksjonsnedsettelse styrkes også.

I *kapittel 15* behandles spørsmålet om hvilket organ som skal ta stilling til krav om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke, og regler for saksbehandlingen. Departementet foreslår at denne myndigheten legges til nye abortnemnder. De nye nemndene skal ledes av en lege, ha ett medlem til med helse- eller sosialfaglig kompetanse og ett medlem med juridisk kompetanse. Departementet foreslår et krav om at flertallet i nemndene skal være kvinner. Ansvaret for å oppnevne og drifte nemndene legges til de regionale helseforetakene. Antallet nemnder foreslås redusert fra 23 til mellom 5 og 10. Forslagene er i tråd med utvalgets anbefalinger.

I tråd med utvalgets forslag, foreslår departementet også at den gravide får en rett, men ikke en plikt, til å møte for nemnda. Departementet foreslår også å lovfeste en rett for den gravide til å ha med seg en støtteperson i møtet med nemnda.

I *kapittel 16* foreslår departementet å videreføre dagens ordning med automatisk overprøving av avslag på abort. Departementet foreslår også å videreføre en sentral klagenemnd som skal behandle disse sakene. Klagenemnda oppnevnes av departementet. Den skal bestå av fem medlemmer. To av medlemmene skal være lege, og en av disse skal lede nemnda. Minst ett medlem skal ha juridisk kompetanse. Øvrige medlemmer i klage-

nemnda bør ha helse- eller sosialfaglig bakgrunn, for eksempel sosionom, sykepleier eller jordmor. Flertallet i klagenemnda bør være kvinner. Disse forslagene er i tråd med Abortutvalgets anbefalinger.

Departementet følger ikke opp utvalgets forslag om at Abortklagenemnda skal ha ansvar for å kvalitetssikre abortnemndenes avgjørelser og veilede abortnemndene i lovforståelse.

Abort i nødssituasjoner behandles i *kapittel 17*. I tråd med utvalgets forslag foreslår departementet å videreføre en lovfesting av adgangen til abort i nødssituasjoner. Ordlyden i bestemmelsen er noe endret, men forslaget viderefører realitetsinnholdet i dagens lov. Departementet følger ikke opp utvalgets forslag om å lovfeste at beslutning om abort etter denne bestemmelsen skal tas av behandlende lege.

I *kapittel 18* behandles forholdet til andre lover, forskrifter og straff. Departementet foreslår en presisering av at forvaltningsloven gjelder for abortnemndenes arbeid. Departementet følger ikke opp utvalgets forslag om å lovregulere forholdet til helselovgivningen. Departementet foreslår å videreføre en hjemmel i loven for departementet til å gi nærmere forskrifter om blant annet abortnemndenes organisering og saksbehandling og om helsepersonells reservasjonsrett. I tråd med utvalgets forslag foreslår departementet ikke å videreføre en bestemmelse i loven om straff.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

2.1 Abortutvalgets utredning

Abortutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon den 17. juni 2022. Utvalget ble ledet av Kari Sønderland og besto ellers av Astrid Grydland Ersvik, Berge Solberg, Birgitte Heiberg Kahrs, Claus Andreas Klingenberg, Elham Baghestan, Karl Harald Søvig, Kristin Holanger Bodenstien, Marte Kvittum Tangen, Morten Magelssen, Nina Sofie Lem Samuelsen, Ståle Onsgård Sagabråten og Tilde Broch Østborg.

Utvalget fikk følgende mandat:

«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.»

Utvalget leverte sin utredning NOU 2023: 29 *Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester* til Helse- og omsorgsdepartementet 14. desember 2023.

2.2 Høringen

Departementet sendte NOU 2023: 29 på høring 14. desember 2023, med høringsfrist 22. mars 2024. Høringen ble sendt til:

Departementene

Arbeid- og velferdsdirektoratet
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Bioteknologirådet
Datatilsynet
De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag
Den rettsmedisinske kommisjon
Digitaliseringsdirektoratet
Direktoratet for e-helse
Diskrimineringsnemnda
Folkehelseinstituttet
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Forbrukertilsynet
Fylkesrådet for funksjonshemmede
Helse- og sosialombudet i Oslo
Helsedirektoratet
Helsepersonellnemnda
Helseøkonomiforvaltningen
Institutt for helse og samfunn
Kreftregisteret
Landets høyskoler med helsefaglig utdanning

Landets kontrollkommisjoner	Apotekgruppen
Landets regionale kompetansesentre for rusmiddelspørsmål	Arbeiderbevegelsens rus- og sosialpolitiske forbund
Landets regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging	Aurora
Landets statsforvaltere	Autismeforeningen i Norge
Landets universitet	Barn av Rusmisbrukere
Likestillings- og diskrimineringsombudet	Barnekreftforeningen
Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten	Barneombudet
Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen	BarnsBeste
Norges forskningsråd	Bedriftsforbundet
Norges institusjon for menneskerettigheter	Bikuben – regionalt brukerstyrt senter
Norsk helsenett SF	Bioingeniørfaglig institutt
Norsk pasientskadeerstatning	Bipolarforeningen
Pasient- og brukerombudene	Biskopene
Personvernemnda	Blå Kors Norge
Regelrådet	Borgestadklinikken
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse	Buddhistforbundet
Regjeringsadvokaten	Colosseumklinikken AS tannlege
Riksrevisjonen	Compugroup Medical Norway AS
Råd for et aldersvennlig Norge	Dedicare
Sametinget	Delta
Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo	Den norske Advokatforening
Senter for omsorgsforskning	Den norske Dommerforening
Sivilombudet	Den Norske Jordmorforening
Statens helsetilsyn	Den norske kirke
Statens legemiddelverk	Den norske legeforening
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Den norske tannlegeforening
Statistisk sentralbyrå	Det er mitt valg
Sysselmasteren på Svalbard	Det Hjelper
	Diabetesforbundet
Landets kommuner	DIPS ASA
De fylkeskommunale eldrerådene	DNT – edru livsstil
Landets fylkeskommuner	Erfaringssentrum
	Europharma AS
Landets helseforetak	Fagforbundet
Landets regionale helseforetak	Fagrådet innen rusfeltet i Norge
	Familieklubbene i Norge
ACOS AS ADHD Norge	Fana medisinske senter
Actis	Farma Holding
Akademikerne	Fellesorganisasjonen
A-larm bruker	Finans Norge
Albatrossen ettervernsenter	FMR Felleskap – Menneskeverd – Rusfrihet
Aleris Helse AS	Foreningen for blødere i Norge
Alliance Healthcare Norge Apotekdrift AS	Foreningen for hjertesyke barn
Alliance Healthcare Norge AS	Foreningen for human narkotikapolitikk
Allmennlegeforeningen	Foreningen for kroniske smertepasienter
Amathea	Foreningen for Muskelsyke
Amnesty International Norge	Foreningen Norges Døvblinde
Angstringen Norge	Foreningen tryggere ruspolitikk
Anonyme alkoholikere	Foreningen vi som har et barn for lite
Anonyme Narkomane	Forskerforbundet
ANSA	Forskningsstiftelsen FAFO
Apotek 1 Gruppen AS	Frambu
Apotekforeningen	Fransiskushjelpen
	Frelsesarmeen

Frivillighet Norge	Landsforeningen for Huntingtons sykdom
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon	Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Først medisinske laboratorium AS	Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse
Gatejuristen	Landsforeningen for slagrammede
Golden Colombia	Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer
Helseutvalget	Landsgruppen av helsesøstre
HIV-Norge	Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
Hjernerådet	Landslaget for rusfri oppvekst
Human-Etisk Forbund	Legeforeningens forskningsinstitutt
Humanistforbundet	Legemiddelgrossistforeningen
Hvite Ørn	Legemiddelindustrien
Hørselshemmedes Landsforbund	Legemiddelparallellimportørforeningen
IKT Norge	Legestudentenes rusopplysning
Infodoc	LEVE
Informasjonssenteret Hieronimus	LHL
Institutt for aktiv psykoterapi	Likestillingssenteret
Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi	LISA-gruppene
Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi	LO
Institutt for kirke-, religions- og livssynsforskning	MA – Rusfri Trafikk
Institutt for mentalisering	Marborg
Institutt for psykoterapi	Matmerk
Institutt for samfunnsforskning	Menneskerettighetshuset
Institutt for spiseforstyrrelser	Menneskerettsalliansen
IOGT Norge	Menneskeverd
iOmsorg	Mental Helse Norge
IRIS	Mental Helse Ungdom
Ivareta	MiRA-Senteret
Ja, det nytter	Moreno instituttet Norge
Jordmorforbundet	MS – forbundet
Junior- og barneorganisasjonen	Munn- og halskreftforeningen
JURK	Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Juss-Buss	Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
Jussformidlingen	Nasjonal kompetansetjeneste for utviklings- hemning og psykisk helse
Jusshjelpe	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Juvente	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklings- hemning
Kirkens bymisjon	Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse
Kirkerådet	Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akutt- medisin
Kliniske ernæringsfysiologiske forening	Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse- arbeid
Kommunal landspensjonskasse	Nasjonalt senter for e-helseforskning
Kommunalbanken	Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
Kompetansesenter for brukererfaring og tjeneste- utvikling	NHO
KRAFT	Norges Astma- og Allergiforbund
Kreftforeningen	Norges Blindeforbund
Kriminalomsorgen	Norges Døveforbund
KS	Norges Farmaceutiske Forening
Kvinnefronten	
Kvinnegruppa Ottar	
Landets private sykehus	
Landsforbundet for utviklingshemmede og pårørende	
Landsforeningen 1001 dager	
Landsforeningen Alopecia Areata	
Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord	

Norges Fibromyalgi Forbund	Norsk Psoriasis Forbund
Norges Handikapforbund	Norsk Psykiatrisk Forening
Norges ingeniør og teknologiorganisasjon	NorskPsykoanalytisk Forening
Norges Juristforbund	Norsk Psykologforening
Norges kommunerevisorforbund	Norsk Radiografforbund
Norges kristelige legeförening	Norsk Revmatikerforbund
Norges kvinne- og familieforbund	Norsk selskap for ernæring
Norges Parkinsonforbund	Norsk senter for menneskerettigheter
Norges Tannteknikerforbund	Norsk senter for stamcelleforskning
Norlandia	Norsk sykehus- og helsetjenesteförening
Normal Norge	Norsk sykepleierforbund
Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk förening	Norsk Tannhelsesekretærs Forbund
Norsk Biotekforum	Norsk Tannpleierforening
Norsk Cøliakiförening	Norsk Tjenestemannslag
Norsk Epilepsiforbund	Norsk Tourette Forening
Norsk Ergoterapeutforbund	Norske Fotterapeuters Forbund
Norsk Farmasøytisk Selskap	Norske Homeopaters Landsforbund
Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin	Norske Kvinners Sanitetsforening
Norsk Forbund for psykoterapi	Norske Ortoptister förening
Norsk Forbund for Svaksynte	Norske Sykehusfarmasøyters Forening
Norsk Forbund for Utviklingshemmede	Norwegian Research Center AS
Norsk förening for assistert befruktning	NUPI
Norsk Forening for barn og unges psykiske helse	Omsorgsjuss
Norsk Forening for cystisk fibrose	Organdonasjon
Norsk Forening for Ernæringsfysiologer	Oslo amatørbyggerlaug
Norsk förening for infeksjonsmedisin	Oslo katolske bispedømme
Norsk förening for kognitiv terapi	Parat Helse
Norsk Forening for nevrofibromatose	Pensjonistforbundet
Norsk förening for palliativ medisin	Personskadeforbundet
Norsk Forening for Psykisk Helsearbeid	Phoenix Haga
Norsk förening for rus- og avhengighetsmedisin	Pinsevennes evangeliesentre
Norsk förening for slagrammede	Prima Omsorg
Norsk Forening for Tuberøs Sklerose	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
Norsk Forum for terapeutiske samfunn	Program for helseøkonomi i Bergen
Norsk Fysioterapeutforbund	proLAR
Norsk Førstehjelpsrad	Psykiatralliansen
Norsk Gestaltterapeut förening	Psykiatrisk Opplysning
Norsk gynekologisk förening	Pårørendealliansen
Norsk Helsesekretærforbund	Pårørendesenteret
Norsk Immunsviktförening	Rettspolitisk förening
Norsk Intravenøs Forening	ROM – Råd og Muligheter
Norsk karakteranalytisk institutt	ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Norsk Kiropraktorforening	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Norsk Kvinnesaksforening	Ryggforeningen i Norge
Norsk legemiddelhandbok	Ryggmargsbrokk og hydrocephalusforeningen
Norsk Logopedlag	Røde Kors
Norsk Luftambulanse	Rådet for legeetikk
Norsk Manuellterapeutforening	Rådet for psykisk helse
Norsk Medisinaldepot AS	Sagatun brukerstyrt senter
Norsk OCD förening	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner
Norsk Ortopedisk Forening	Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn
Norsk Osteopatforbund	Selvhjelpsstiftelsen
Norsk Osteoporoseforening	Senior Norge
Norsk Pasientforening	Seniorstøtten
Norsk Presseforbund	

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering	Sør-Varanger kommune
Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser	Finnmarkssykehuset HF
Senter for seniorpolitikk	Vestre Viken HF
Sex og samfunn	
SINTEF Helse	Menighetsfakultetet i Oslo
Sintef Unimed	Norsk Kiropraktorforening
Skeiv ungdom	Pilar – Kompetansetjenesten for psykisk helse og barnevern
Spekter	Senior Norge
Spillavhengighet Norge	Tannhelsesekretærenes Forbund
Spiseforstyrrelsesforeningen	
Stabburshella	
Statstjenestemannsforbundet	Følgende instanser har uttalt seg om forslagene i Abortutvalgets utredning:
Stoffskifteforbundet	
Tankesmien Skaperkraft	Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Tannleger i privat sektor	Bioteknologirådet
Tekna	Folkehelseinstituttet
Teknologirådet	Helsedirektoratet
Trust Arktikugol	Likestillings- og diskrimineringsombudet
Turner Syndrom foreningen i Norge	Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten
Tyrili Utvikling og prosjekt	Norges institusjon for menneskerettigheter
Ung i Trafikk	Norsk helsenett SF
Ungdom mot narkotika	Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
Unio	Sentral klagenemnd for abortsaker
Universitets- og høyskolerådet	Statens helsetilsyn
Utdanningsforbundet	Statsforvalteren i Oslo og Viken
Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester	
Velferdsforskningsinstituttet NOVA	Bergen kommune
Verdighetssenteret	Hyllestad kommune
Vestlandske Blindeforbund	Lillestrøm kommune
Virke	Lyngdal kommune
Visma	Nordland fylkeskommune
Voksne for Barn	Oslo kommune
Volvat Medisinske Senter AS	Stavanger kommune
Vårres – regionalt brukerstyrt senter	Trondheim kommune
We shall overcome	
Yngre legers forening	Abortnemnda ved Sykehuset i Vestfold
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund	Akershus universitetssykehus HF
Ønskebarn	Avdeling for samfunnsmedisin og global helse ved Institutt for helse og samfunn ved det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
	Fagråd for sosionomer ved Oslo universitetssykehus HF
Følgende instanser uttalte at de ikke har merknader eller at de ikke ønsker å avgi høringsuttalelse:	Helse Bergen HF
	Helse Midt-Norge RHF
Forsvarsdepartementet	Helse Stavanger HF
Justis- og beredskapsdepartementet	Helse Vest RHF
Klima- og miljødepartementet	Oslo universitetssykehus HF
Samferdselsdepartementet	Sosionomene ved Senter for fostermedisin (St. Olavs hospital) og Fostermedisinsk avdeling (Oslo universitetssykehus HF)
	Sykehuset Innlandet HF
Diskrimineringsnemnda	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Domstoladministrasjonen	
Statistisk sentralbyrå	
Sysselmesteren på Svalbard	

Advokatforeningen	Menneskeverd
Amathea	MiRA-Senteret
Amnesty International Norge	Nasjonalt kompetansemiljø om utviklings-
AVYO i Delta	hemming
Barseloppørret	Nasjonalt SRHR-nettverk
Bispedømmet i Den norske kirke	Nordland KrF
Borgerrettighetsstiftelsen Stopp	Noregs Mållag
Diskrimineringen	Norges Bibelkirke
Center for Reproductive Rights	Norges kristelige lege- og tannlegeforening
Credo Frikirke Trondheim	Norges Kristne Råd
Den Evangelisk Lutherske Frikirke	Norges Kvinnelobby
Den norske jordmorforening	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Den norske legeforening	Norsk Gynekologisk Forening
Det evangelisk-lutherske kirkesamfunn	Norsk katolsk bisperåd
Det evangelisk-lutherske stift i Norge	Norsk Kvinnesaksforening
Egersund søndagsskole	Norsk Sykepleierforbund
FO Trøndelag	Norske Kvinners Sanitetsforening
For Bibel og Bekjennelse	Pro Sentret
Foreningen for hjertesyke barn	Raudt Høyanger
Fredheim Arena	Reform – ressurscenter for menn
Helsesenter for papirløse migranter i Oslo og	Rogaland KrFU
Bergen	Ryggmargsbrokk- og hydrocephalusforeningen
Human-Etisk Forbund	Rådet for legeetikk
Interessegruppe for kvinner som har gått gjennom	Rådet for personer med funksjonsnedsettelse i
senabort og/eller fosterantallsreduksjon	Oslo kommune
Ja til Livet	Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn
Jordmorforbundet	Sex og Politikk
JURK	Sex og samfunn
KFUK KFUM Global	Sosialistisk Ungdom
KrF Kvinner	Styringsgruppa for Kvinnenettverket i Akershus
Kristen forening for Helsepersonell	Arbeiderparti
Kristkyrkja på Stord	Sykepleiernes Misjonsring
Kvinnebevegelsens abortutvalg	Syvendedags Adventistkirken
Kvinnefronten	Til Helhet
Kvinnegruppa Ottar	Trondheim KrF
Kvinnemuseet	Trøndelag KrF
Kvinnenettverket i Vestfold Arbeiderparti	Tvillingforeningen
Kvinnepolitisk lag i Oslo Rødt	Utvalg for menneskerettigheter og inkludering fra
Kvinneuniversitetet i Norden	KrF Østfold, Buskerud og Akershus
Landsforeningen 1001 dager	We Shall Overcome
Landsforeningen av helsesykepleiere	
Levanger og Namsos sykehus ved avdelings-	Departementet har også mottatt høringsvar fra
overleger	ca. 1150 privatpersoner.
Likestillingssenteret	Høringsinstansenes syn presenteres nær-
LO	mere under de ulike temaene i kapittel 6 til 18.
Lokallagsstyret Rødt Harstad	

3 Tiltak for å redusere antall aborter

Antall aborter pr 1 000 kvinne har sunket fra 1980 til 2023. Ifølge Abortutvalget har det siden 2008 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. 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. Alderen på førstegangsfødende har økt de siste ti årene. 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. Sykdom hos kvinnen, komplikasjoner i svangerskapet og ved fødsel og medisinske tilstander hos fosteret øker med økende alder. Samtidig har utviklingen og muligheter innen bruk av teknologi og fosterundersøkelser økt, og blitt mer tilgjengelig. Dette gir økte muligheter for informasjon om fosteret. 37 % av kvinner som tok abort mellom 2007 og 2011 hadde tatt abort tidligere.

I 2016 ble det for første gang lansert en samlet strategi for seksuell helse: *Snakk om det! 2017–2022*. Strategien har blant annet som formål å fremme seksuell og reproduktiv helse. Dette gjøres gjennom en tverrsektoriell innsats som omhandler forebyggende arbeid, opplæring/utdanning, og behandling og oppfølging av sykdom. Strategien tydeliggjør betydningen av seksuell helse i folkehelsearbeidet og legger grunnlaget for en helhetlig innsats for å styrke denne dimensjonen av befolkningens helse.

I Hurdalsplattformen står det at regjeringen vil forbedre informasjonsarbeidet og tilbudet innen seksuell og reproduktiv helse. For å følge opp dette punktet ble det opplyst i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* og i stats-

budsjettet for 2024 at strategien for seksuell helse ble videreført ut 2023 og inntil videre, og at det tas sikte på å legge frem en ny strategi for seksuell helse i 2024. Førrige regjeringens handlingsplan for å redusere antall svangerskapsavbrudd (2020–2024) går ut i 2024.

Departementet foreslår at det lages en ny strategi for seksuell helse der ett hovedmål er å forebygge og redusere antall uønskede svangerskap og aborter. Strategien skal ha tiltak som støtter opp om dette målet.

I strategien vil regjeringen omtale det brede forebyggende arbeidet som seksualundervisningen og tilbud for kvinner både før og etter en eventuell abort, både i regi av det offentlige og i regi av frivillige organisasjoner. Utviklingen innenfor bioteknologi og medisin gir muligheter for seleksjon på stadig tidligere stadier i livet, og det gir oss et ekstra ansvar for å verne om menneskers liv og integritet, og som mindretallet i Abortutvalget sier «der vi må anerkjenne at det uperfekte er en del av oss alle». Når diagnostikken viser avvik, kan dilemmaene og valget bli vanskeligere. Mulighetene for sikrere diagnostikk utover i svangerskapet kan også være med å utsette avgjørelser, og sånn sett kan den gravide oppleve et press og stort ansvar. Kvinner har rett til informasjon, oppfølging og veiledning og mulighet til å orientere seg om hjelpetilbud i sin valgssituasjon. I tillegg vil strategien legge opp til en videre utredning av hvordan abort kan organiseres utenfor sykehus, jf. kapittel 11 og foreslå tiltak for å sikre en mer enhetlig praksis for å sikre god kvalitet på tilbudet. Strategien vil også omhandle arbeidet for å forebygge hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner.

Den nye strategien vil ta utgangspunkt i dagens strategi og erfaringer med denne, ikke minst styrken i det tverrsektorielle. Seksualundervisning i skolen, seksuell helse i LHBT-befolkningen, seksuell helse hos minoritetsbefolkningen, forebygging av seksuelt overførbare sykdommer, seksuell trakassering, vold og overgrep er aktuelle områder som bør inngå i en ny strategi.

Det er nedsatt en arbeidsgruppe bestående av berørte departementer og som ledes av Helse- og

omsorgsdepartementet. Arbeidsgruppen har laget et felles oppdrag til underliggende etater om å utarbeide utkast til ny strategi. Helsedirekto-

ratet har ansvar for å lede og koordinere dette arbeidet.

4 Evaluering av bioteknologilovens regler om fosterdiagnostikk

Bioteknologiloven regulerer humanmedisinsk bruk av bioteknologi, blant annet fosterdiagnostikk. Stortinget vedtok en rekke endringer i bioteknologiloven i juni 2020. Samtidig vedtok Stortinget også endringer i tilbudet om fosterdiagnostikk til gravide. Det ble blant annet bestemt at alle gravide skal få tilbud om tidlig ultralyd.

Regjeringen vil gjennomføre en evaluering av bioteknologiloven, inkludert disse endringene i tilbudet om fosterdiagnostikk.

I den forbindelse har Helsedirektoratet fått i oppdrag blant annet å kartlegge status og beskrive utviklingstrekk på fagområdene som loven regulerer og gjennomgå erfaringene med praktiseringen av lovens bestemmelser. Frist for oppdraget er 15. mai 2025.

Departementet har også bedt Bioteknologirådet om å drøfte samfunnsmessige og etiske pro-

blemstillinger som reises i lys av den medisinske og teknologiske utviklingen på bioteknologilovens fagområder. Det var en stor økning i bruken av NIPT (non invasiv prenatal test) blant gravide fra 2021 til 2022. Alle gravide får nå tilbud om tidlig ultralyd. Gravide over 35 år og andre med indikasjon for fosterdiagnostikk får også tilbud om NIPT i det offentlige. Samtidig kan alle gravide selv kjøpe NIPT i det private dersom de ønsker det. For regjeringen er det viktig å evaluere dette arbeidet, og oppdraget til Bioteknologirådet utvides til også å evaluere utviklingen i bruk av fosterdiagnostikk, herunder bruk av NIPT og tidlig ultralyd til gravide, særlig utviklingen etter lovendringene i bioteknologiforliket, i tråd med forslaget fra Abortutvalget. Frist for oppdraget er 15. mai 2025.

5 Menneskerettslige rammer for abort

5.1 Innledning

Menneskerettighetene gir uttrykk for grunnleggende verdier som samfunnet bygger på. Staten skal respektere, beskytte og sikre borgernes menneskerettigheter.

Abort gjelder grunnleggende menneskerettigheter som rett til selvbestemmelse, integritet, privatliv, ikke-diskriminering, liv, helse og frihet fra tortur. Abortreglene berører også individets rett til religions-, samvittighets- og tankefrihet.

Abort er en omstridt politisk og etisk problemstilling, også i relasjon til menneskerettighetene. Medlemslandene i FN og Europarådet har ulike holdninger til spørsmålet. Denne uenigheten reflekteres i konvensjonene og i praksis fra internasjonale domstoler og overvåkningsorganer. Dette gjenspeiles også i at graden av selvbestemmelse (ukegrensene) er regulert ulikt i landene, også innen Europa. Statene har et vidt handlingsrom ved utforming av nasjonale regler for abort, innenfor de yttergrenser menneskerettighetene stiller opp. Se NOU 2023: 29 *Abort i Norge. Ny lov og bedre tjenester* kapittel 19 om reguleringen i en rekke land.

Menneskerettigheter og regulering av abort reiser spørsmål knyttet til kvinners rettigheter generelt. For noen grupper oppstår det mer spesielle problemstillinger. Særlig gjelder dette kvinner som på grunn av sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse ikke kan treffe egne beslutninger eller gi uttrykk for sine egne ønsker. I tillegg oppstår det særlige spørsmål når den gravide er mindreårig. Abort reiser også spørsmål om fosterets menneskerettsvern og om adgangen til såkalt selektiv abort. Andre spørsmål er knyttet til skranker for helsepersonell til å reservere seg mot å delta i aborter og fedres rettigheter.

I dette kapitlet gjøres det rede for menneskerettslige rammer og føringer knyttet til statens adgang til å regulere abort, og hvilke krav som stilles til grunnlag og prosess ved statlige inngrep i kvinners reproduktive autonomi.

Departementet viser til vurderingene til Abortutvalget i NOU 2023: 29 *Abort i Norge – Ny lov og*

bedre tjenester kapittel 7, og til utvalget som utredet inkorporering av konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter i utredningen *Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter – Inkorporering i menneskerettsloven*, (fremlagt 15. januar 2024) punkt 8.4 og 17.5.

5.2 Menneskerettighetenes stilling i norsk rett

Det følger av Grunnloven § 92 at statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene. Bestemmelsen forstås som et pålegg til domstolene og andre myndigheter om å håndheve menneskerettighetene på det nivå de er gjennomført i norsk rett, jf. HR-2016-2554-P avsnitt 70.

Sentrale konvensjoner som Norge har sluttet seg til er Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK), FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) og FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK).

Menneskerettigheter er også nedfelt i andre konvensjoner Norge har sluttet seg til, som FNs barnekonvensjon (BK), FNs kvinnediskrimineringskonvensjon (engelsk forkortelse: CEDAW) og FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter (engelsk forkortelse: CRPD). 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. Konvensjonene skal bidra til at de angitte gruppene i praksis skal få den samme menneskerettslige beskyttelsen som andre.

Retten til liv, forbudet mot tortur, retten til privatliv, retten til ikke-diskriminering og andre relevante rettigheter er nedfelt i Grunnloven kapittel E. Dette kapitlet ble tatt inn ved grunnlovsreformen i 2014, og bygger på bestemmelser i konvensjonene. Høyesterett har i Rt-2015-93 avsnitt 57 uttalt følgende om fortolkningen av § 102 om retten til privatliv, som også har relevans for øvrige grunnlovfestede rettigheter som er basert på konvensjonenes bestemmelser:

«Likhetstrekkene med EMK er store. Jeg legger til grunn at § 102 skal tolkes i lys av de folkerettslige forbildene, men likevel slik at fremtidig praksis fra de internasjonale håndhevingsorganene ikke har samme prejudikatsvirkning ved grunnlovstolkningen 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.»

De nevnte konvensjonene, med unntak av konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter, gjelder som norsk lov (dvs. at de er inkorporert i norsk rett). EMK, SP, ØSK og barnekonvensjonen er tatt inn i menneskerettsloven, jf. § 2. Dette betyr at konvensjonens bestemmelser har forrang i tilfelle motstrid med norsk lov, jf. § 3.

Statens plikt til å respektere og sikre menneskerettighetene gjelder uavhengig av inkorporering. Generelt legges det også til grunn at norsk rett er i overensstemmelse med folkeretten (presumsjonsprinsippet). Dette betyr at hvis en norsk lov kan forstås på flere måter, skal domstoler og myndigheter legge til grunn den forståelsen som er best i samsvar med menneskerettskonvensjoner vi har sluttet oss til.

5.3 Fosterets menneskerettigheter

5.3.1 Vernet av det ufødte liv

Abortutvalget er i sin vurdering tydelig på at «fosteret har en moralsk verdi som samfunnet har en plikt til å beskytte», og departementet støtter dette som et viktig prinsipp.

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 liv blant annet. Denne retten vil i så fall kunne komme i direkte konflikt med den gravides rett til liv og helse, autonomi, privatliv og likestilling (se punkt 5.4).

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

Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) og Menneskerettskommisjonen har i flere avgjørelser drøftet fosterets krav på beskyttelse og rett til liv etter EMK artikkel 2, som sier at «Retten for enhver til livet skal beskyttes ved lov». Saken *Paton mot Storbritannia 8416/78 (1981)*

gjaldt en engelsk kvinne som hadde fått innvilget abort. Hennes ektefelle klaget saken inn for domstolen med et krav om at aborten skulle nektes, under henvisning til fosterets rett til liv. Saken ble avgjort av Menneskerettskommisjonen, som viste til at selv om «enhver» ikke var definert i konvensjonen, betyr ikke det at fostre er omfattet. En rett til liv for fostre ville ifølge kommisjonen innebære et vesentlig inngrep i kvinners rett til liv, i strid med konvensjonens formål og mening. Kommisjonen 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 mot Frankrike 53924/00 (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 artikkel 2, retten til liv, ved ikke å straffe legen. Klagen førte ikke frem.

I avsnitt 75 til 80 gir EMD uttrykk for at domstolen til da ikke hadde behandlet saker hvor den hadde funnet at et ufødt barn var en person beskyttet av artikkel 2, men at kommisjonen og domstolen ikke hadde utelukket at rettssikkerhetsgarantier i visse tilfeller kunne utvides til et ufødt barn. I den konkrete vurderingen sier EMD uttrykkelig at den ikke tar stilling, verken generelt eller i den konkrete saken, til om det ufødte barnet kunne anses som en person i konvensjonens forstand, se avsnitt 85. EMD fant det ikke nødvendig å ta stilling til dette, da den uansett fant at kravene som følger av bestemmelsen var ivaretatt.

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 gravides rettigheter som ikke er absolutte. I saken *Vo mot Frankrike 53924/00 (2004)* uttaler domstolen i avsnitt 85 at

«it is neither desirable, nor even possible as matters stand, to answer in the abstract the question whether the unborn child is a person for the purposes of Article 2 of the Convention.»

Domstolen har gjentatt samme konklusjon i saken *A, B og C mot Irland 25579/05 (2010)* avsnitt 222:

«it was neither desirable nor possible to answer the question of whether the unborn was a per-

son for the purposes of Article 2 of the Convention, so that it would be equally legitimate for a State to choose to consider the unborn to be such a person and to aim to protect that life.»

Domstolen har lagt til grunn at det er innenfor statens handlingsrom å veie mellom morens og fosterets interesser. I saken *R.R mot Polen 27617/04 (2011)* uttaler domstolen i avsnitt 186:

«The Court has already held that the issue of when the right to life begins comes within the margin of appreciation which the Court generally considers that States should enjoy in this sphere, notwithstanding an evolutive interpretation of the Convention, a «living instrument which must be interpreted in the light of present-day conditions» [...]. The reasons for that conclusion are that the issue of such protection has not been resolved within the majority of the Contracting States themselves and that there is no European consensus on the scientific and legal definition of the beginning of life (*Vo v. France, cited above*, § 82). However, the Court considers that there is indeed a consensus amongst a substantial majority of the Contracting States of the Council of Europe towards allowing abortion and that most Contracting Parties have in their legislation resolved the conflicting rights of the foetus and the mother in favour of greater access to abortion (see *A, B and C v. Ireland [GC]*, cited above, 16 December 2010, §§ 235 and 237).»

EMD har i flere avgjørelser gitt uttrykk for at det kan være i strid med den gravides rett til privatliv å la interessene til det ufødte liv gå foran den gravides interesser, jf. for eksempel sakene *Vo mot Frankrike 53924/00 (2004)* avsnitt 65 og 80, og *A, B og C mot Irland 25579/05 (2010)* avsnitt 237 og 238, og *R.R mot Polen 27617/04 (2011)* avsnitt 181.

Heller ikke SP eller de andre FN-konvensjonene fortolkes slik at retten til liv verner om det ufødte liv. Fortalen til barnekonvensjonen viser riktignok 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 imidlertid ikke slik at konvensjonen innfører et menneskerettsvern for fostre.

Utvalget som utredet gjennomføringen av FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter,

mente også at ufødt liv ikke har et menneskerettsvern. Utvalget drøfter dette spørsmålet i sammenheng med reglene om selektiv abort. Det er ifølge utvalget ikke grunnlag for å si at konvensjonen gir et vern for fosteret. Konvensjonen sier ikke noe direkte om vern av ufødt liv eller om adgang til abort. Å fortolke konvensjonen slik at retten til abort må begrenses, vil ifølge utvalget være i strid med den någjeldende tolkningen av andre internasjonale menneskerettigheter. Ettersom problemstillingen ikke er berørt, har nok flere medlemsland ment at konvensjonen ikke legger føringer for nasjonale lovregler om abort. Se utvalgets utredning *Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter (2024)*, del II punkt 8.4.3.

5.3.2 Selektive svangerskapsavbrudd

Et annet spørsmål er om vilkår eller praksis for innvilgelse av abort basert på fosterets egenskaper som kjønn 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.

Spørsmålet 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 artikkel 2 nr. 1 og artikkel 3, ØSK artikkel 2 nr. 2, kvinnediskrimineringskonvensjonen artikkel 2 og barnekonvensjonen artikkel 2. Relevante bestemmelser i konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter er artikkel 5 om ikke-diskriminering og artikkel 8 om bevisstgjøring, som blant annet omfatter stigmatiserende lovgivning.

FNs komité for funksjonshemmedes rettigheter har lagt til grunn at nasjonale lover som gir større tilgang til abort på grunn av funksjonsnedsettelse hos fostret kan komme i konflikt med konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 5 om likhet og ikke-diskriminering og artikkel 8 om bevisstgjøring. Det vises til komiteens anbefalinger til andre stater, blant annet Storbritannia i 2017 og Spania i 2011. Komiteen har uttalt at lovregler som åpner for abort med grunnlag i funksjonsnedsettelse kan oppfattes stigmatiserende og diskriminerende overfor funksjonshemmede, uavhengig av om det ufødte liv er vernet under konvensjonen.

Departementet vil bemerke at uttalelser fra FNs overvåkningsorganer kan tolkes på ulike måter. Departementet vil også bemerke at komiteenes uttalelser om tolkningen av konvensjonene

ikke er rettslig bindende for statene. Høyesterett har lagt til grunn at generelle kommentarer fra FNs konvensjonsorganer er en relevant rettskilde ved tolkningen av konvensjonsbestemmelsene, men at vekten av uttalelsene blant annet beror på hvor godt de er forankret i konvensjonsteksten og om det dreier seg om tolkningsuttalelser eller snarere en tilråding om optimal praksis på området. Se for eksempel Rt-2015-193 avsnitt 42, HR-2017-2428-A avsnitt 57 og HR-2018-2096-A avsnitt 14.

Utvalget som utredet inkorporering av konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter, vurderte også spørsmålet om selektiv abort. Utvalget viser til at menneskerettighetene ikke verner det ufødte liv og at et slikt vern kan komme i konflikt med den gravides menneskerettigheter. Utvalget konkluderer med at konvensjonen ikke krever oppheving av adgangen til selektiv abort i gjeldende abortlov (utredningen del II punkt 8.4.3):

«Komiteens syn er altså forankret i bestemmelsene om partenes generelle forpliktelser etter konvensjonen (artikkel 4), likhet og ikke-diskriminering (artikkel 5) og bevisstgjøring (artikkel 8). Slik utvalget ser det, gir ikke disse generelle bestemmelsene tilstrekkelig støtte til å konkludere med at utvidet adgang til svangerskapsavbrudd ved stor fare for alvorlig sykdom hos barnet er konvensjonsstridig. Utvalget kan heller ikke se at andre rettskilder underbygger et slikt standpunkt.

Tvert imot vil det å innskrenke rettigheter til abort i lys av konvensjonen kunne gi opphav til kollisjoner med andre grunnleggende menneskerettigheter. Det gjelder blant annet retten til helse og retten til liv, samt rettigheter som gjelder kvinners autonomi og privatliv.

Dersom konvensjonen kan tolkes slik at den forbyr abort ved alvorlig sykdom ('foetal impairment-grounds') går konvensjonen tilsynelatende også lengre enn andre internasjonale menneskerettsforpliktelser. Verken menneskerettskomiteen eller Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) har fortolket de respektive konvensjonene EMK og SP slik at retten til liv verner om det ufødte liv. Utvalget har heller ikke funnet eksempler på at EMD har ment at selektiv abort kan innebære diskriminering. FNs menneskerettskomité synes riktig nok å ha imøtekommet komiteen for funksjonshemmedes rettigheter noe ved endringen i utkastet til sin General Comment no. 36, men den aktuelle teksten kan ikke leses slik at statene krenker noen rettighet om den tilbyr

utvidet adgang til abort i andre tilfeller enn der fosteret ikke er levedyktig 'viable'.»

FNs kvinnekomité har i flere saker anbefalt statene å iverksette tiltak for å hindre aborter basert på fosterets kjønn. FNs barnekomité har også flere ganger kritisert statene for å åpne for selektive aborter knyttet til kjønn.

FNs kvinnekomité har samtidig gitt uttrykk for at kvinner må ha rett til å avslutte svangerskapet basert på relevant informasjon som kommer frem gjennom svangerskapsundersøkelser.

Departementet legger etter dette til grunn at lovgivning som gir adgang til abort på bestemte vilkår, blant annet ved avvik hos fostret, ikke er i strid med menneskerettighetene.

5.4 Den gravides menneskerettigheter

5.4.1 Innledning

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 den gravides 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 den gravides 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 (2019) fra FNs menneskerettskomité, som handler om innholdet i retten til liv etter SP artikkel 6. Kommentaren åpner for at statene kan begrense adgangen til abort. Disse begrensningene kan imidlertid ikke krenke gravides menneskerettigheter ved å sette den gravides liv i fare, utsette gravide for fysisk eller psykisk smerte i strid mot forbudet mot tortur, diskriminere kvinner eller utgjøre vilkårlige inngrep i den gravides privatliv.

5.4.2 Yttergrenser for nasjonal lovgivning

5.4.2.1 Innledning

Kvinnens rett til liv og helse, forbudet mot tortur, retten til privatliv og retten til likestilling oppstiller

noen yttergrenser for nasjonal lovgivning om abort. Menneskerettighetene tegner med andre ord opp hvor langt statene kan gå i å forby eller innskrenke adgangen til abort, og kvinners selvbestemmelse i spørsmål om abort, uten at dette kommer i konflikt med den gravides menneskerettigheter. Dette gjelder både retten til å avslutte svangerskapet og retten til å fullføre svangerskapet. Se også punkt 5.4.6 og kapittel 14 om gravide uten samtykkekompetanse.

5.4.2.2 Liv og helse

Retten til liv følger av blant annet EMK artikkel 2 og SP artikkel 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 ØSK artikkel 12 og kvinnediskrimineringskonvensjonen artikkel 12. Retten til helse innebærer at staten også har positive forpliktelser til å sikre likestilt tilgang til helsetjenester og iverksette helsefremmende tiltak. At tilgangen skal være likestilt betyr at ingen skal diskrimineres på grunn av kjønn, alder, funksjonsnedsettelse eller andre forhold.

Dette reiser spørsmål om statens plikt til å tillate og eventuelt legge til rette for abort dersom gjennomføring av svangerskapet truer den gravides liv og helse. Det reiser også spørsmål om hvor omfattende plikter statene har til å ivareta gravide som gjennomgår abort, særlig deres psykososiale helse.

EMD og Menneskerettskommisjonen har i flere saker gitt uttrykk for at kvinners rett til liv ikke kan tilsidesettes av hensyn til fostret, se blant annet saken *Paton mot Storbritannia 8416/78 (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 artikkel 2 og retten til privatliv i artikkel 8.

Saken *Tysiack mot Polen 5410/03 (2007)* gjaldt en kvinne som søkte 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 artikkel 8 ved at det ikke var effektive mekanismer som sikret at kvinnen kunne hevde sin rett til abort av medisinske grunner.

Også FNs kvinnekomité har vurdert nasjonal lovgivning og faktisk tilgang til abort opp mot retten til blant annet helse. Saken *L.C. mot Peru 22/2009 (2011)* 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.

Komiteen vurderte at behandlingen L.C. ble utsatt for var i strid med kvinnediskrimineringskonvensjonen artikkel 12 om likestilt rett til helse. Hennes rett til helse ble krenket ved at hun på grunn av graviditeten ikke fikk tilgang til nødvendig og anbefalt behandling. 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.

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

5.4.2.3 Forbudet mot tortur

I likhet med retten til liv og helse setter forbudet mot tortur noen yttergrenser for statenes handlingsrom i abortspørsmålet. Forbudet mot tortur er nedfelt blant annet i EMK artikkel 3, SP artikkel 7 og konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 15. 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 (2019) fra FNs menneskerettighetskomité uttaler komiteen at nasjonale regler om abort må utformes på en måte som ikke medfører fysiske eller psykiske påkjenninger for kvinner i strid med SP artikkel 7. Kommentaren trekker frem at det kan være i strid med forbudet mot tortur å nekte kvinner abort der svangerskapet er resultat av voldtekt eller incest, og i situasjoner der fosteret ikke er levedyktig.

FNs menneskerettighetskomité la i saken *Mellet mot Irland 2324/2013* (2016) til grunn at svært restriktive regelverk om abort kan tvinge kvinner inn i torturliknende situasjoner. Denne saken gjaldt en individklage fra en kvinne som klaget inn Irland for brudd på SP artikkel 7. Kvinnen fikk i 22. svangerskapsuke 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 abort. Komiteen konkluderte i avsnitt 7.3 til 7.6 med at kvinnens rettigheter etter artikkel 7 var krenket. I avsnitt 7.4 uttalte komiteen:

«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 asso-

ciated 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. Se komiteens *Petition ADI/ADPF 5581 Denial of abortion services and the prohibition of torture and cruel, inhuman and degrading treatment* (2013).

At abort gjennomføres ved tvang eller 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. mot Russland 5578/12* (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. EMD konkluderte med at behandlingen kvinnen ble utsatt for var i strid med forbudet mot tortur i EMK artikkel 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 der fosteret ikke er levedyktig. Statene må sikre at kvinner i særlig sårbare situasjoner grunnet ovennevnte forhold har tilgang til trygg abort uten å utsettes for uholdbare påkjenninger. Regler som åpner for abort ved tvang kan også komme i konflikt med torturforbudet.

5.4.3 Kjønnsligestilling

Statens adgang til å regulere abort må vurderes opp mot kvinners rett til likestilling og ikke-diskri-

minering, som blant annet fremgår av EMK artikkel 14, SP artikkel 2 og ØSK artikkel 2. Staten skal etter FNs kvinneskrediskrimineringskonvensjon artikkel 2 avstå fra alle handlinger og all praksis som diskriminerer kvinner. Staten skal treffe tiltak for at kvinner skal kunne utøve og nyte menneskerettighetene på lik linje med menn, jf. artikkel 3.

En restriktiv abortlovgivning kan støte an mot kvinners rettigheter knyttet til likestilling, autonomi, privatliv og reproduktiv helse.

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:

«The right of a woman or girl to make autonomous decisions about her own body and reproductive 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.»

Retten til likestilling legger ingen klare menneskerettslige begrensninger på utformingen av nasjonal lov eller prosess knyttet til abort. EMD har imidlertid gitt uttrykk for at det kan være i strid med gravides rett til privatliv å la interessene til det ufødte liv gå foran den gravides interesser, blant annet i saken *A, B og C mot Irland (2005)*. Tilsvarende har FNs kvinnekomite, blant annet i saken *L.C. mot Peru (2011)*, tolket kvinneskrediskrimineringskonvensjonen slik at fundamentale prinsipper som ikke-diskriminering og likhet tilsier at den gravides rettigheter skal gis prioritet over ufødt livs interesser. Komiteen har også gitt uttrykk for at gravide må ha rett til å avslutte svangerskapet basert på relevant informasjon som kommer frem gjennom svangerskapsundersøkelser.

5.4.4 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 artikkel 8, SP artikkel 17, kvinneskrediskrimineringskonvensjonen artikkel 16 og konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 22.

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

Retten til privatliv er imidlertid ikke absolutt. Hovedmålet med EMK artikkel 8 og SP artikkel 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 et legitimt formål, jf. artikkel 8 andre 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 om de er egnede og forholdsmessige. Saken *A, B og C mot Irland 25579/05 (2010)* gjaldt tre kvinner bosatt i Irland, som i 2005 dro til England for å få gjennomført abort. Kvinnene var alle blitt utisiktet gravide, men hadde ellers ulike grunner for å ta abort. Den første klageren hadde under tidligere svangerskap lidt av depresjoner, og hun var fratatt omsorgen for fire barn på grunn av alkoholproblemer. Den andre klageren ønsket ikke å bli mor, og hun 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 artikkel 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 artikkel 8. Domstolen viste videre til at retten til privatliv ikke gjelder ubegrenset. Staten har anledning til å gjøre inngrep i borgernes privatliv, så lenge inngrepene er nødvendige og egnet for å oppnå et legitimt formål, og er forholdsmessige, og skjer i samsvar med loven. I dommen 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 artikkel 8 medfører en rekke krav til lov og prosess for at inngrepet kan anses for å være i samsvar med menneskerettighetene, se punkt 5.4.7.

Samlet sett må det legges til grunn at statene har anledning til å gjøre inngrep i privatlivet ved å frata gravide beslutningsmyndighet om abort, eller nekte abort. Inngrepet må imidlertid 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 den gravide selv bestemme om hun vil ta abort innenfor en frist satt av nasjonal lovgivning.

5.4.5 Barns rett til selvbestemmelse

Barns rett til deltakelse og medvirkning er et grunnleggende prinsipp for barns rettigheter. Barnekonvensjonen artikkel 12 sier at staten 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. Bestemmelsen skal ses i sammenheng med artikkel 5 som pålegger statene å respektere foreldres, slektingers 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 FNs barnekomité om «the implementation of the rights of the child during adolescence», avsnitt 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.»

FNs barnekomité har i en generell kommentar nr. 15 (2013) om «the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health», uttalt at staten skal sikre at jenter selv kan ta informerte beslutninger knyttet til egen reproduktive helse.

Se nærmere i kapittel 14.

5.4.6 Rett til selvbestemmelse for personer uten samtykkekompetanse

Fratakelse av myndighet til å fatte beslutninger om abort er i mange stater knyttet til at den gravide

mangler samtykkekompetanse på grunn av utviklingshemming, psykiske lidelser eller annen funksjonsnedsettelse. Abortlovgivning som på denne måten innskrenker eller fratager visse kvinner myndighet og selvbestemmelse i saker om abort, støter an mot retten til selvbestemmelse og ikke-diskriminering. Særlig viktig er konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 12 om lik rettslig anerkjennelse. Retten til selvbestemmelse følger også av retten til privatliv i Grunnloven § 102, EMK artikkel 8 og SP artikkel 17.

Rett til selvbestemmelse fremgår av konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 12, som sier at statene skal erkjenne at funksjonshemmede har rettslig handleevne på lik linje med andre. Videre følger det av artikkel 25 at helsehjelp skal baseres på den funksjonshemmedes samtykke. Artikkel 17 verner den funksjonshemmedes personlige integritet.

Abortlovgivning som begrenser selvbestemmelsesretten til utviklingshemmede og andre med psykiske eller kognitive funksjonsnedsettelser ved å åpne for at abort kan begjæres, beslutes og eventuelt gjennomføres uten personens eget samtykke og eventuelt med tvang, må vurderes opp mot artikkel 12 og andre artikler i konvensjonen.

Artikkel 12 nr. 2 om å anerkjenne funksjonshemmedes rettslige handleevne, kan etter departementets syn ikke tolkes som et absolutt forbud mot å gjøre begrensninger i retten til å utøve den rettslige handleevnen. Norske myndigheter legger til grunn at konvensjonen tillater fratakelse av rettslig handleevne eller bistand til å utøve rettslig handleevne og/eller tvungent vergemål der slike tiltak er nødvendige som en siste utvei, og er underlagt kontrollmekanismer. Forutsetningen er at begrensningene er lovlige, forholdsmessige og ligger innenfor rammen av de begrensningene og rettssikkerhetsgarantiene som er regulert i artikkel 12 nr. 3 og nr. 4. Se nærmere Prop. 141 L (2021–2022) punkt 3.2.2 og utredningen *Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter* (2024) del II punkt 12.6.2.

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.

Vilkår for begrensninger i selvbestemmelsesretten knyttet til den gravides diagnose eller evne til å forstå hva et abortinngrep innebærer, kan være diskriminerende. Slike vilkår har direkte eller indirekte sammenheng med funksjons-

nedsettelse og kan bare videreføres såfremt de er saklig begrunnet, forfølger et legitimt formål og er forholdsmessige.

Med utgangspunkt i artikkel 12 nr. 3 skal statene, før det gjøres inngrep i den rettslige handleevnen, iverksette tiltak med sikte på å støtte den enkeltes selvbestemmelse og evne til å foreta rettslige disposisjoner (beslutningsstøtte). 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 artikkel 12 nr. 4 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 middels prinsipp. Beskyttelsesmekanismene skal videre sikre mot interessekonflikter og upassende innflytelse.

Tiltak som bistår en person i utøvelsen av den rettslige handleevnen eller gjør inngrep i 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.

Se nærmere i kapittel 14.

5.4.7 Prosessuelle krav

Menneskerettighetene stiller også en rekke prosessuelle krav til statene i saker om abort. Disse prosessuelle kravene er til dels 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 artikkel 8 andre ledd.

Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD) har blant annet vurdert saksbehandling og prosess i saker om abort opp mot forbudet mot tortur i sakene *R.R. mot Polen 27617/04 (2011)* og *P. og S. mot Polen 57375/08 (2012)*. Den førstnevnte saken gjaldt en kvinne som var gravid i 18. svangerskapsuke da 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 Turners 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. Domstolen konkluderte med at behandlingen, samlet sett, var i strid med forbudet mot tortur i artikkel 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 helse-tjenestene.

I saker om EMK artikkel 8 om retten til privatliv har EMD uttalt at regelverk om når abort er tillatt, må være tilgjengelig for borgerne. Se sakene *A, B og C mot Irland 25579/05 (2010)* og *Tysiack mot Polen 5410/03 (2007)*. Reglene må ifølge domstolen være såpass klare og tydelige at kvinner kan forutse sin rettsstilling med en viss grad av sikkerhet. 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. Borgerne må beskyttes mot tilfeldige og vilkårlige inngrep fra offentlige myndigheter i retten til privatliv. I sakene *R.R. mot Polen 27617/04 (2011)* og *P. og S. mot Polen 57375/08 (2012)* uttaler domstolen 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.

Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører og angår barn. Før foreldre eller andre treffer avgjørelse om personlige forhold for barnet, har barnet rett til å få informasjon og mulighet til å bli hørt, jf. barnekonvensjonen artikkel 3 og artikkel 12 og Grunnloven § 104. Disse bestemmelsene gir barn en rett til å bli hørt i saker som vedrører dem og fastsetter at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle typer avgjørelser. Reglene gjelder også når abort vurderes når en mindreårig er gravid.

Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 12 og 25 krever at fritt og informert samtykke skal være hovedregelen, uansett type funksjonsnedsettelse og alvorlighetsgrad. Staten skal sørge for beslutningsstøtte og at eventuelle tiltak knyttet til utøvelsen av den rettslige handleevnen skal ha beskyttelsesmekanismer for å hindre misbruk. Staten skal sikre at tiltakene respekterer vedkommende persons vilje og preferanser.

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

5.5 Farens rettigheter

Den europeiske menneskerettsdomstol (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 artikkel 2. 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. mot Norge 59747/19 (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 artikkel 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 Menneskerettskommisjonen, som la til grunn 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 anførselene ble avvist som åpenbart grunnløse. Kommisjonen viste til at det først og fremst er den gravide 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 den gravides menneskerettigheter.

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

5.6 Helsepersonellens religions-, samvittighets- og tankefrihet

Menneskerettighetskonvensjonene fastsetter individets rett til religions-, samvittighets- og tankefrihet, så vel som en stats forpliktelse til å respektere denne retten. Frihet for tanke, samvittighet og overbevisning er beskyttet av flere konvensjoner, blant annet SP artikkel 18 og EMK artikkel 9. Bestemmelsene er i hovedsak sammenfallende.

Konvensjonene verner for det første den indre retten til å ha en religion, samvittighet eller overbevisning. Det kan ikke gjøres inngrep i tanke- og samvittighetsfriheten eller i retten til å ha eller tilslutte seg en religion eller tro.

Konvensjonene verner for det andre en rett til å utøve sin religion eller overbevisning; å gi uttrykk for den offentlig eller privat «ved tilbedelse, undervisning, praksis og etterlevelse», jf. ordlyden i EMK artikkel 9. EMK artikkel 9 nr. 2 gir staten en mulighet til å gjøre begrensninger i borgernes frihet til å gi uttrykk for sin religion eller overbevisning. For at et inngrep skal være tillatt må det være «foreskrevet ved lov», ha et legitimt formål og være nødvendig i et demokratisk samfunn.

EMD har behandlet flere saker om reservasjon av samvittighetsgrunner mot enkelte arbeidsoppgaver. For eksempel har domstolen behandlet dette i *Eweida m.fl. mot Storbritannia, 48420/10 mfl. (2013)*. Sakene gjaldt sanksjoner fra en arbeidsgiver mot ansattes bruk av religiøse symboler og deres nektelse av å utføre visse arbeidsoppgaver som stred mot deres religiøse overbevisning. Saksøkerne tilhørte samme kristne trosretning. Avgjørelsen gjaldt blant annet en samlivsrådgivers adgang til å nekte å gi rådgivning til homofile par. Retten la til grunn at dette var direkte motivert av og en manifestasjon av hans ortodokse kristne tro om ekteskap og seksuelle forhold. Hans beslutning om å inngå en arbeidsavtale og å påta seg ansvar som han visste ville ha innvirkning på hans frihet til å uttrykke sin religiøse tro, og betydningen for han samtidig å beholde jobben, var ikke avgjørende. Det viktigste å ta i betraktning var ifølge domstolen at arbeidsgivers handling var ment å sikre ikke-diskriminerende tjenester. Staten har derfor en bred skjønnsmargin i avveiningen mellom søkerens rett til å vise sin religiøse tro og arbeidsgiverens interesse i å sikre andres rettigheter. Under alle omstendigheter mente EMD at denne marginen ikke var overskredet. Det hadde derfor ikke vært noen brudd på artikkel 9.

Høyesterett omtalte forholdet til EMK artikkel 9 i HR-2018-1958-A som gjaldt en lege som var blitt oppsagt av kommunen fra sin stilling som fastlege fordi hun av samvittighetsgrunner ikke ønsket å sette inn spiral som prevensjonsmiddel. Oppsigelsen ble kjent usaklig på grunnlag av de pliktene som fulgte av fastlegeavtalen. Høyesterett uttalte seg også om hva som må tillegges vekt ved vurderingen av artikkel 9 når en fastlege av samvittighetsgrunner reserverer seg mot innsetting av spiral, i et obiter dictum i avsnitt 76 flg. For at en overbevisning skal falle inn under bestemmelsen, oppstilles ifølge konvensjonspraksis to krav. Det må foreligge en viss grad av overbevisning, alvor, sammenheng og viktighet, og utøvelsen av overbevisningen må være nært knyttet til det aktuelle livssynet, jf. Eweida-dommen avsnittene 81 og 82.

Høyesterett fremhevet særlig kravet om at inngrepet må være nødvendig i et demokratisk samfunn, jf. avsnitt 82:

«Det følger av EMDs praksis at det her kreves en forholdsmessighetsvurdering. Statene gis et visst skjønnsmessig spillerom («margin of appreciation»), men inngrepet må være rimelig og forholdsmessig, hensett til de formål som skal ivaretas, jf. Eweida-dommen avsnitt 84. Dette vil bero på en konkret vurdering, likevel slik at den overordnede generelle avveining av de motstående hensyn som har ført til den regel som anvendes, vil bli tillagt stor vekt også ved vurderingen av om det foreligger en krenkelse etter EMK. Men særlige omstendigheter i den enkelte sak kan føre til at et inngrep, som gjennomgående fremstår som velbegrunnet, etter en konkret vurdering likevel må anses å utgjøre en krenkelse.»

Retten uttalte videre i avsnitt 86:

«Selv om det kan anføres at departementets vurdering av forholdet til EMK var temmelig generell, anser jeg det klart, og i samsvar med EMDs praksis, at domstolene på dette feltet må være tilbakeholdne med å overprøve de avveininger av legitime hensyn som er foretatt av politiske myndigheter. Statenes skjønnsmessige spillerom utvides hvis det må foretas en avveining mot andres rettigheter, blant annet pasienters helse og sikkerhet, jf. blant

annet Eweida-dommen avsnittene 99, 106 og 109 [...].»

Høyesterett pekte til slutt på at reservasjonsrett for fastleger ikke er i strid med kvinnediskrimineringskonvensjonen artikkel 12 om kvinners rett til helsehjelp, jf. avsnittene 90 og 91:

«Dette kommer klart til uttrykk i kommentar 24 fra 1999 (Women and Health) fra Committee on the Elimination of Discrimination against Women [GC-1999-24-CEDAW]. Det fremheves innledningsvis i uttalelsen at ‘access to health care, including reproductive health, is a basic right’. I punkt 11 i uttalelsen heter det så:

‘It is discriminatory for a State party to refuse to provide legally for the performance of certain reproductive health services for women. For instance, if health service providers refuse to perform such services based on conscientious objection, measures should be introduced to ensure that women are referred to alternative health providers.’

Det at kvinnekonsensjonen ikke er til hinder for at reservasjonsrett etter omstendighetene kan aksepteres, innebærer ikke at de hensyn departementet har fremhevet, er uten selvstendig vekt, men den avveining som må gjøres mot vernet om tanke-, samvittighets- og religionsfriheten, får en noe annen karakter.»

Retten til religions-, samvittighets- og tankefrihet beskytter blant annet helsepersonells rett til å reservere seg mot å utføre abort. Denne retten er ikke absolutt, og den kan ikke gjennomføres på en måte som krenker andres rett til liv, likestilling eller privatliv. Statene har også plikt til å sikre retten til tilgang til lovlige medisinske tjenester, inkludert reproduktive helsetjenester. Der disse rettighetene kommer i konflikt, må statene sikre pasientene tilgang til helsetjenester som pasienten har lovlig rett til å motta. FNs overvåkningsorganer for menneskerettighetene, som FNs menneskerettskomité og FNs kvinnekomité, har gjentatte ganger bekreftet at statene har en plikt til å regulere eventuelle konflikter mellom helsepersonells ønske om å reservere seg mot å yte bestemte helsetjenester, og kvinners tilgang til helse og reproduktiv helse.

Se punkt 12.4.

6 Lovens formål, virkeområde og definisjoner

6.1 Lovens formål

6.1.1 Gjeldende rett

Gjeldende lov har ingen bestemmelse som fastsetter formålet med loven. Bestemmelsen i § 1 angir imidlertid noen mål for samfunnet på abortlovens område:

«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.»

6.1.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår en bestemmelse som angir lovens formål. Bestemmelsen lyder:

«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.»

Utvalget peker på at formålsbestemmelsen gir uttrykk for verdiene som loven bygger på, og de samfunnshensyn som ligger til grunn for inngrepene i den gravides selvbestemmelse.

6.1.3 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser uttaler seg om forslaget til formålsbestemmelse, blant dem *Helsedirektoratet*, *Sentral klagenemnd for abortsaker*, *Human-Etisk Forbund*, *Tvillingforeningen*, *Kvinnebevegelsens abortutvalg*, *Kvinnegruppa Ottar*, *Kvinnefronten*, *Bispemøte i Den norske kirke*, *Sex og samfunn*, *Norges Kristne Råd*, *Jordmorforbundet NSF*, *Norsk katolsk bisperåd*, *Menneskeverd*, *Credo Frikirke*

Trondheim, *Nasjonalt SRHR-nettverk*, *Advokatforeningen*, *Likestillingscenteret*, *Den norske legeforening*, *Sex og Politikk* og *Oslo universitetssykehus HF*.

Blant annet *Jordmorforbundet*, *Norsk sykepleierforbund* og *Helsedirektoratet* støtter at formålsbestemmelsen viser til både hensynet til den gravides rett til å treffe selvstendige beslutninger, og avveiningen mot respekten for det ufødte liv.

Human-Etisk Forbund, *Advokatforeningen*, *Nasjonalt SRHR-nettverk*, *Sex og Samfunn* og *Kvinnegruppa Ottar* støtter en formålsbestemmelse som vektlegger kvinners selvbestemmelse og retten til trygge aborter.

Kvinnefronten, *Kvinnegruppa Ottar*, *Sex og Politikk*, *Nasjonalt SRHR-nettverk*, *Likestillingscenteret* og *Kvinnebevegelsens abortutvalg* mener imidlertid at formuleringer om respekten for det ufødte liv bør tas ut. *Kvinnegruppa Ottar* uttaler:

«Hensikten med å ta med «respekten for det ufødte liv» i formålet, synes å være å fortsette å påføre kvinner som tar abort skyld og skam, og vil bidra til å stigmatisere kvinner som trenger abort.»

Sentral klagenemnd for abortsaker støtter forslaget til ny formålsbestemmelse, men mener begrepet «det ufødte liv» bør erstattes med det mer verdinøytrale begrepet «fosteret».

Bispemøtet i Den norske kirke «støtter forslaget om at lovverket tydeliggjør formålet å sikre respekten for det ufødte liv», og tilføyer:

«Vi vil advare mot de tendensene vi ser i at en større andel av aborter har bakgrunn i egen-skaper ved fosteret. Kombinasjonen av økt informasjon om fosteret på et tidligere tidspunkt i svangerskapet, og utvidet grense for selvbestemt abort, fører til endrete premisser for hvordan vi som samfunn legger til rette for funksjonsmangfold og like rettigheter for alle. Dette krever en tydelig politikk for støtte og inkludering. Derfor må en ny lov inkludere en formulering om retten til å fullføre et svangerskap.»

Norges kristelige tannlege- og legeforening mener at formålsparagrafen bør inkludere at (1) fosteret i utgangspunktet har rett til liv, og at (2) det å kunne gjennomføre svangerskapet blir en eksplisitt rettighet.

Den Evangelisk Lutherske Frikirke mener også at retten til å fullføre svangerskapet bør gjøres eksplisitt i lovverket som et signal til de som opplever et press om å utføre abort.

Norsk katolsk bisperåd, Norges Kristne Råd, Norsk råd for misjon og evangelisering, Credo Frikirke Trondheim og Menneskeverd er kritiske til forslaget og viser blant annet til at formålet om å redusere antall aborter er foreslått tatt ut.

6.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er i hovedsak enig i utvalgets forslag til lovens formål, men foreslår i tillegg å understreke retten til selvbestemmelse, respekten for det ufødte liv og retten til å fullføre svangerskapet.

Loven skal sikre gravide en likeverdig rett til abort og en likeverdig tilgang til trygge aborter. Departementet mener det også bør fremgå av formålsbestemmelsen at loven skal sikre gravide rett til selvbestemmelse, der rett til abort eller å velge å fullføre svangerskapet er viktige verdier. Videre skal loven sikre at de som ønsker eller vurderer abort eller vurderer å fullføre svangerskapet blir tatt vare på og får informasjon, veiledning og støtte før og etter de eventuelt har gjennomgått en abort. Dette gjenspeiles blant annet i reglene som gir gravide en rett til å få utført abort, og reglene om rett til veiledning i valgsituasjonen og oppfølgingssamtale etter gjennomgått abort.

Loven skal sikre gravide mulighet og grunnlag for å ta selvstendige og informerte beslutninger om egen kropp og eget privatliv. Dette gjenspeiles blant annet i reglene som gir abortsøkende rett til selvbestemt abort før utgangen av 18. svangerskapsuke, og reglene om rett til informasjon og veiledning i forkant av avgjørelsen. Departementet foreslår også at det kommer uttrykkelig frem av formålsbestemmelsen at loven skal sikre at gravide får objektiv og nøytral informasjon og ikke utsettes for noen form for press i valgsituasjonen.

Samtidig er det et viktig formål med loven å sikre respekten for det ufødte liv. Blant annet lovens krav om at den abortsøkende må ha tilatelse fra en nemnd for å ha rett til abort etter et bestemt uketall, er begrunnet i samfunnets ønsker om å sikre respekten for det ufødte liv, og et uttrykk for fosterets økte moralske status utover i svangerskapet.

Departementet foreslår at loven og lovens formål fortsatt skal bygge på en slik avveining av hensynet til den gravides autonomi på den ene siden og hensynet til å sikre respekten for det ufødte liv på den andre.

De fleste av høringsinstansene som uttaler seg om formålsbestemmelsen er positive til utvalgets forslag. Noen instanser støtter at loven skal sikre gravides rettigheter og selvbestemmelse, mens andre støtter formålet om å sikre ivaretagelsen av fosteret. Noen peker også på at det er positivt at loven balanserer disse hensynene.

Noen instanser mener lovens formål også bør være å redusere antallet uønskede svangerskap og aborter. Departementets vurdering er at loven regulerer retten til abort. Selv om det er et mål å redusere antallet uønskede svangerskap og aborter, er det ikke i denne loven tiltak som fremmer dette reguleres. Det vises her til at regjeringen vil fremme en strategi for seksuell helse med tydelig mål om å redusere antallet svangerskapsavbrudd og aborter.

Sentral klagenemnd for abortsaker mener begrepet «det ufødte liv» bør erstattes med begrepet «fosteret» og viser blant annet til at i en moderne lov bør det brukes mer verdinøytrale begrep. Departementet foreslår å beholde formuleringen i tråd med utvalgets forslag. Denne delen av lovens formål skal ivareta hensynet til fosteret og samfunnets behov for å sikre respekten for fosterets økte moralske status i takt med dets biologiske utvikling. Dette formålet sikres blant annet gjennom forbudet mot abort etter 22. svangerskapsuke. I den sammenheng mener departementet en formulering som «det ufødte liv» er dekkende.

6.2 Lovens virkeområde

6.2.1 Gjeldende rett

Dagens abortlov har ikke en egen bestemmelse om hvem loven gjelder for.

Tilbud om abort vil være en spesialisthelsetjeneste. Pasient- og brukerrettighetsloven har regler om hvem som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. § 2-2. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 gjelder pasient- og brukerrettighetsloven for «alle som oppholder seg i riket».

Kongen kan i forskrifter 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 i pasient- og brukerrettig-

hetsloven § 1-2 første ledd, har departementet fastsatt forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Fulle rettigheter til helsetjenester har personer som har lovlig opphold i riket og som enten har fast opphold i riket, er medlem i folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp etter EØS-avtalen eller andre gjensidighetsavtaler med annen stat (konvensjonspasienter).

Retten til helse- og omsorgstjenester gjelder i utgangspunktet ikke personer uten lovlig opphold, men det følger av §§ 3 og 5 i forskriften at alle som oppholder seg i riket har rett til «øyeblikkelig hjelp» og helsehjelp som ikke kan vente. Abort med hjemmel i abortloven er definert som en type helsehjelp som ikke kan vente, jf. § 5 bokstav c.

Etter dette har alle som oppholder seg i Norge rett på abort etter reglene i abortloven.

Spørsmål om betaling for helsehjelpen behandles i kapittel 13.

Etter abortloven § 15 kan Kongen bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard. At abortforskriften (forskrift 15. juni 2021 nr. 635 om svangerskapsavbrudd) gjelder for Svalbard, er bestemt i forskriften § 24.

6.2.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår at loven skal gjelde for alle som oppholder seg i riket.

Utvalget foreslår også å videreføre en hjemmel for Kongen til å bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde på Svalbard.

6.2.3 Høringsinstansenes syn

Likestillingssenteret og *Nasjonalt SRHR-nettverk* støtter at retten til abort skal gjelde alle som befinner seg i Norge. Nettverket uttaler:

«Nettverket støtter også § 2, at retten skal gjelde alle personer som befinner seg i Norge. Dette er særlig viktig, mener vi, for å bedre tilbudet og rettigheter for utsatte grupper og bidrar til at alle mennesker har rett til et likeverdig offentlig tilbud.»

Rådet for legeetikk mener det bør framgå direkte av den nye loven at den gjelder for Svalbard.

6.2.4 Departementets vurderinger og forslag

I tråd med utvalgets forslag, foreslår departementet at loven skal gjelde for alle som oppholder

seg i riket. Loven regulerer gravides rett til å få utført abort. At loven skal gjelde for alle som oppholder seg i riket harmonerer derfor godt med retten til helsehjelp knyttet til abort etter pasient- og brukerrettighetsloven, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 med forskrifter.

Forslaget støttes også av de høringsinstansene som uttaler seg om det.

Departementet foreslår også en bestemmelse om lovens saklige og stedlige virkeområde. Loven gjelder aborter som tilbys og utføres i Norge.

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». Departementet foreslår derfor en hjemmel til å fastsette at abortloven skal gjelde for Svalbard. At loven 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 forskrift om anvendelse av helselover og -forskrifter for Svalbard og Jan Mayen (Forskrift om helselovgivning for Svalbard og Jan Mayen). Denne forskriften § 2 bokstav c må endres når ny abortlov og ny abortforskrift er vedtatt.

Jan Mayen står i en særstilling fordi så få har tilhold der. Departementet foreslår derfor ikke en egen regulering for Jan Mayen.

6.3 Definisjoner

6.3.1 Gjeldende rett

Abortloven § 2a gir regler om fosterreduksjon. Fosterreduksjon regnes som abort etter loven og defineres i § 2a som: «... inngrep som avbryter svangerskapet for ett eller flere fostre i et flerlingsvangerskap, mens svangerskapet fortsetter for ett eller flere av de andre fostrene.»

Utover definisjonen av fosterreduksjon i § 2a, inneholder abortloven ingen legaldefinisjoner.

Abortforskriften § 18 har en definisjon av begrepet «levedyktighet». Etter denne definisjonen skal et foster 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 antas å være levedyktig etter 22. svangerskapsuke (21 uker og 6 dager).»

Om målingen av svangerskapets lengde i forbindelse med denne bestemmelsen er det i Helse-direktoratet veileder til abortforskriften (*Abort (svangerskapsavbrudd) – Veileder til forskrift*) sagt følgende:

«Der hvor siste menstruasjonens første dag er usikker, eller hvor fastsettelsen av svangerskapets varighet med ultralydmåling av fosteret rundt 18. uke gir et avvik på mer enn 7 dager, bør ultralydmåling legges til grunn ved vurderingen av svangerskapets varighet.»

6.3.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår en bestemmelse som definerer hva som i loven menes med begrepene: «abort», «svangerskapsuke», «utgangen av 18. svangerskapsuke», «utgangen av 22. svangerskapsuke» og «fosterantallsreduksjon».

«Abort» definerer utvalget som å avbryte et svangerskap ved hjelp av medikamenter eller kirurgiske inngrep. Utvalget foreslår at definisjonen skal dekke provoserte aborter, men ikke spontanaborter. Med provoserte aborter mener utvalget tilfeller der et svangerskap avbrytes med den hensikt å hindre fødsel av et barn.

Svangerskapsuke definerer utvalget som: «Svangerskapets lengde beregnes ut fra første dag i den gravides siste menstruasjon eller ved hjelp av ultralyd og måling av fosterets størrelse.»

Utgangen av 18. svangerskapsuke definerer utvalget som 17 uker og 6 dager fra første dag i siste menstruasjon, og utgangen av 22. svangerskapsuke som 21 uker og 6 dager fra første dag i siste menstruasjon.

Utvalget foreslår å bruke begrepet «fosterantallsreduksjoner» fremfor begrepet «fosterreduksjon» som brukes i dagens lov. Begrepet «fosterantallsreduksjoner» foreslår utvalget å definere som: «Inngrep som avbryter utviklingen for ett eller flere fostre i et flerlingssvangerskap, mens svangerskapet fortsetter for ett eller flere av de andre fostrene.» Etter utvalgets forslag regnes fosterantallsreduksjoner ikke som en type abort.

6.3.3 Høringsinstansenes syn

Akershus universitetssykehus HF kommenterer forslaget til definisjoner og foreslår å bruke «17 uker + 6 dager» for å definere «utgangen av 18. svangerskapsuke» og «21 uker + 6 dager» for «utgangen av 22. svangerskapsuke». Videre mener helseforetaket det bør stilles krav om at

svangerskapets lengde beregnes ved ultralyd og uttaler:

«For datering av svangerskapet foreslår vi at man bør forholde seg til ultralydtermin beregnet ved tidlig ultralyd i uke 11-13 eller ultralyd i uke 17-19, dersom slike undersøkelser er gjennomført. Hvis kvinnen som begjærer abort ikke har vært til slik undersøkelse, bør ultralyd gjennomføres. Fostermålene som skal brukes for å datere svangerskapet hos abortsøkende kvinner bør være de samme som vi anvender i Norge i dag for å fastsette termin. I henhold til eSnurra tilsvarende fosterhodet diameter (BPD) 41 mm svangerskapsuke 17+6 og BPD 55 i tillegg til fosterlårbeinlengde (FL) 37 mm tilsvarende svangerskapsuke 21+6.»

Om beregning av svangerskapets lengde uttaler *Helse Stavanger HF*:

«Med innføring av ultralyd i veke 10+0 – 13+6 vil datering av svangerskap og terminbestemmelse være sikrere på dette tidspunktet. På dette punktet er uvisse i terminfastsetting pluss/minus sju (7) dager – dvs at 10 % av alle friske foster vi ha ein storleik som svarer til eit svangerskap som er ei veke eller meir lengre enn kronologisk alder. Skal ein sette grensa for sjølvbestemt abort til veke 18+0 må ein ta omsyn for denne uvisse når ein set dei biometriske måla som skal være grenseverdier.»

Rådet for legeetikk mener begrepet «svangerskapsavbrudd» er mer entydig og derfor bør brukes framfor «abort» i lovens tittel og lovtekst. Rådet mener også at loven bør hete «lov om svangerskapsavbrudd og fosterantallsreduksjon». Videre uttaler rådet:

«Vi mener at formuleringen i § 3 «eller ved hjelp av ultralyd og måling av fosterets størrelse» også bør være med i punktene 3 og 4.

For tydelighetens skyld mener vi § 4 kan ha følgende tilføyelse: «Ved fosterantallsreduksjon gjelder særskilte regler kfr. Kap 4»»

6.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er uenig med Abortutvalget og mener fosterantallsreduksjoner må regnes som aborter i lovens forstand. Fosterantallsreduksjoner skiller seg fra andre aborter ved at svangerskapet ikke avbrytes. Ved fosterantallsreduk-

sjoner avbrytes utviklingen for ett eller flere fostre mens gjenværende foster eller fostre utvikler seg videre. Fosterantallsreduksjoner gjøres med mål om å fortsette et svangerskap og føde ett eller flere barn, i motsetning til andre aborter der hele svangerskapet avsluttes.

Selv om inngrepet teknisk sett ikke avbryter et svangerskap, er det likevel stor likhet mellom fosterantallsreduksjon og andre aborter. Departementet mener derfor det er hensiktsmessig å regulere fosterantallsreduksjoner i loven, og at inngrepet fortsatt bør regnes som en abort i lovens forstand. Forskjellen mellom fosterantallsreduksjoner og øvrige aborter som tilsier egne vilkår og regler for fosterantallsreduksjoner, ivaretas gjennom forslaget om en egen bestemmelse i loven om fosterantallsreduksjon, se lovforslaget § 4 og punkt 9.4.2 og 9.4.3.

Departementet viser til at forskjellige faginstanser blant høringsinstansene har hatt

merknader til utvalgets forslag til beregning av svangerskapets lengde og definisjon av begrepene utgangen av henholdsvis 18. og 22. svangerskapsuke. Dette viser at denne typen klargjøringer heller bør fastsettes i faglige retningslinjer, enn i lov eller forskrift. Departementet foreslår derfor ikke å ta inn en legaldefinisjon i loven av begrepene «svangerskapsuke», «utgangen av 18. svangerskapsuke» og «utgangen av 22. svangerskapsuke». Departementet ser heller ikke at det er behov for en egen legaldefinisjon av begrepet «abort». Begrepet har et tilstrekkelig klart og avgrenset meningsinnhold gjennom formuleringene «abort som avbryter hele svangerskapet» i forslaget til § 3 og «abort der antallet fostre reduseres (fosterantallsreduksjon)» i forslag til § 4. Det er ikke behov for å supplere disse formuleringene med ytterligere presiseringer i en legaldefinisjon.

7 Rett til selvbestemt abort

7.1 Innledning

I dette kapittelet drøftes spørsmålet om hvor langt ut i svangerskapet den gravide skal ha rett til selv å bestemme om et svangerskap skal avbrytes eller ikke. Skal dagens grense ved utgangen av 12. svangerskapsuke videreføres eller utvides? Spørsmålet om hvilken instans som skal behandle og avgjøre krav om abort etter grensen for den gravides selvbestemmelse, behandles i punkt 15.1.

7.2 Gjeldende rett

Etter abortloven § 2 andre ledd første punktum avgjør den gravide selv om svangerskapet skal avbrytes dersom inngrepet kan utføres før utgangen av 12. svangerskapsuke. Den gravide har også rett til å få utført abort innen utgangen av 12. svangerskapsuke dersom hun ønsker det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b (første) og andre ledd. Retten gjelder alle som oppholder seg i Norge, se omtalen i punkt 13.1.

Etter abortforskriften § 3 tredje ledd har den gravide fortsatt rett til selv å ta avgjørelsen om abort selv om gjennomføringen av aborten må utsettes i kortere tid av hensyn til forsvarlig medisinsk praksis. Hva som innebærer at aborten utsettes i «kortere tid» må vurderes konkret.

Ifølge abortloven § 2 andre ledd andre punktum er det en forutsetning for retten til selvbestemt abort, at tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot inngrepet. Om dette står det i forarbeidene (Ot.prp. nr. 53 (1977–78) *Om lov om endring i lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd*) kapittel VI:

«Foreligger det tungtveiende medisinske grunner for at svangerskapet ikke bør avbrytes har legen adgang til å avslå. Med tungtveiende medisinske grunner forstås ikke den normale risiko som er forbundet med ethvert svangerskapsavbrudd. Det må kreves at forholdene er slik at inngrepet p.g.a. kvinnens tilstand må antas å ville medføre alvorlig fare for hennes liv eller helse. Ved denne avveining må foruten

kvinnens fysiske og psykiske tilstand, graviditetens lengde og den metode som skal benyttes ved avbruddet, tas i betraktning.»

Denne bestemmelsen antas å ha liten praktisk betydning i dag.

7.3 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår å videreføre en rett til selvbestemt abort i starten av svangerskapet, men er delt i synet på hvor grensen for selvbestemmelse bør gå.

Et flertall i utvalget (10 av 13) foreslår å utvide retten til selvbestemmelse til utgangen av 18. svangerskapsuke. Et mindretall (2 av 13) foreslår å videreføre dagens grense ved utgangen av 12. svangerskapsuke. Et annet mindretall (1 av 13) foreslår å utvide grensen for selvbestemmelse til utgangen av 22. svangerskapsuke.

Utvalget foreslår at svangerskapets lengde skal beregnes fra første dag i den gravidens siste menstruasjon eller ved hjelp av ultralyd og måling av fosterets størrelse, jf. utvalgets forslag til ny abortlov § 3 nr. 2. Utgangen av 18. svangerskapsuke foreslår utvalget å definere som 17 uker og 6 dager fra første dag i siste menstruasjon, jf. utvalgets forslag til § 3 nr. 3.

Abortutvalget ble i sitt mandat bedt om å se på dagens abortnemnder og vurdere alternativer til nemndene. Utvalget har derfor innhentet informasjon om nemndenes praksis gjennom intervjuer og spørreundersøkelser. Utvalget har også innhentet ny forskning, og så sett på tidligere studier om kvinners erfaring med abortnemnder.

Intervjuene og spørreundersøkelsene som Abortutvalget initierte viser at nemndene har lav kompetanse på lovtolkning og lovanvendelse. Nemndmedlemmene får ikke systematisk opplæring i regelverket og nemndene har liten oversikt over egen praksis. Informasjonsinnhenting i nemndene er ustrukturert. Nemndene følger ikke prosessuelle krav i abortloven og det er lite åpenhet om nemndenes praksis. Dette kan tilsi at nemndsystemet slik det er i dag ikke i tilstrekke-

lig grad sikrer rettssikkerhet, forutberegnelighet og likebehandling.

Forskningsrapporten som utvalget innhentet, viste at kvinners erfaring med nemndene varierer. Noen kvinner opplevde møtet med abortnemnda som støttende, at nemnda ikke bare avklarte om lovens vilkår var oppfylt, men også gav råd og støtte. Andre opplevde møtet som belastende og meningsløst. Noen bruker metaforer som «eksamen» eller «avhør» for å beskrive møtet med nemnda.

Det er gjort noe få tidligere studier i Norge om kvinners erfaring med abortnemnder. Disse viser også at kvinners erfaring med nemndene varierer. Abortutvalget skriver om dette (NOU 2023: 29 punkt 11.5.2.):

«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).»

Se mer om undersøkelsene og utvalgets vurderinger og forslag til nye abortnemnder i utvalgets rapport (NOU 2023: 29 punkt 11.4, 11.5 og kapittel 27).

7.4 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser uttaler seg om utvidelsen av den gravides rett til å bestemme selv, blant dem

Helsedirektoratet, Galleri Liste Fyr, Human-Etisk Forbunds landsstyre, Nordland fylkeskommune, Sentral klagenemnd for abortsaker, Sykehuset Innlandet HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Norske Kvinners Sanitetsforening, Bispemøte i Den norske kirke, Norsk katolsk bisperåd, Norsk Sykepleierforbund, Rogaland KrFU, Kristkirka på Stord, Helse Bergen HF, Kristen forening for Helsepersonell, Kvinnegruppa Ottar, Bergen kommune, Kvinnefronten, Norsk Kvinnesaksforening, Egersund søndagsskole, Tvillingforeningen, Norges Kristne Råd, Sex og samfunn, Akershus universitetssykehus HF, AVYO i Delta, Credo Frikirke Trondheim, Rådet for legeetikk, Syvendedags Adventistkirken, Norsk råd for misjon og evangelisering, Norges Kvinnelobby, Statens helsetilsyn, Likestillings- og diskrimineringsombudet, Sykepleiernes Misjonsring, JURK, Norges kristelige lege- og tannlegeforening, Lyngdal kommune, Amnesty International Norge, Oslo kommune, Bioteknologirådet, Kvinneuniversitetet i Norden, Pro Sentret, Sex og Politikk, Det evangelisk-lutherske kirkesamfunn, Center for Reproductive Rights og Oslo universitetssykehus HF.

Human-Etisk Forbund mener den gravide selv bør bestemme inntil utgangen av 22. uke:

«Dette samsvarer ifølge flertallet best med WHO's anbefaling for abort som vektlegger at det uansett tidspunkt i svangerskapet ikke er noen som er bedre i stand til å avgjøre dette enn kvinnen selv.»

Fjerning av abortnemndene og full selvbestemmelsesrett til utgangen av 22. uke støttes også av *Likestillings- og diskrimineringsombudet, Statens helsetilsyn, Helse Bergen HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Kvinnefronten, Kvinnebevegelsens abortutvalg, Kvinnegruppa Ottar, Sex og samfunn, LO, Interessegruppe for kvinner som har gått gjennom senabort og/eller fosterantallsreduksjon, Kvinnemuseet, AVYO i Delta og Amnesty International Norge.*

Kvinnefronten, Kvinnebevegelsens abortutvalg, Norges Kvinnelobby, AVYO i Delta, Norsk Kvinnesaksforening, Kvinneuniversitetet i Norden, JURK, Sex og Politikk og Sosialistisk Ungdom mener det ikke bør settes noen ukes grense for rett til abort.

Avdeling for samfunnsmedisin og global helse ved Universitetet i Oslo foreslår å følge retningslinjene fra WHO og uttaler:

«Selv om abortutvalgets forslag fattet i 'NOU 2023: 29 Abort i Norge – Nye lov og bedre tjenester' tilbyr positiv endring i Norge vil vi

foreslå at det er viktig at Norge følger de grunnleggende, faglig evidensbaserte rådene fra WHO sin abortmelding fra 2022, og som foreslår: ingen nemder eller tvungen rådgivning, selvbestemt abort inntil levedyktighet, og ingen «ukebasert» levedyktighetsgrense, men individuell vurdering i hvert enkelt tilfelle.»

MiRA-Senteret uttaler:

«MiRA-Senteret mener at abortnemndene bidrar til å umyndiggjøre den gravide. Vi mener det er kvinnen selv som best kjenner sin egen kropp og sitt eget liv. Derfor må abortnemndene fjernes og heller erstattes med et frivillig rådgivningstilbud som er tilgjengelig dersom kvinnen selv ønsker å benytte seg av det. Inn i dette rådgivningstilbudet må det sikres kompetanse ut fra et minoritetsperspektiv slik at minoritetskvinner og unge jenter får rådgivning basert på kunnskap om særskilte faktorer som kan gjelde dem.»

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet stiller seg spørrende til grunnlaget for å sette grensen for selvbestemt abort til uke 18, og ikke senere i svangerskapet. Etaten peker på at dette begrenser gravidens rett til selvbestemmelse og er problematisk fra et likestillingsperspektiv. Lovgiver bør vurdere å utvide fristen ytterligere.

Flere instanser støtter utvidelse av grensen for selvbestemmelse til utgangen av 18. uke:

Helsedirektoratet, Sentral klagenemnd for abortsaker, Sykehuset Innlandet HF, Nordland fylkeskommune, Bergen kommune, Tvillingforeningen, Oslo universitetssykehus HF, Norsk Sykepleierforbund, Rådet for legeetikk, Norske Kvinners Sanitetsforening, Pro Sentret, Center for Reproductive Rights og Oslo kommune.

Statens helsetilsyn mener det heller ikke bør være nemndbehandling i uke 18–22.

Oslo universitetssykehus HF skriver i sitt høringssvar at:

«Medisinskfaglig er det ingen grunn til at grensen settes ved utgangen av 18. svangerskapsuke, da svangerskapsavbrudd trygt kan gjennomføres også senere i svangerskapet. Dette er følgelig et etisk og moralsk spørsmål, ikke medisinskfaglig. Gitt erfaringene med dagens ordning, der de aller fleste med svangerskapslengde kortere enn utgangen av 18. svangerskapsuke får medhold i primærnemndene, er det åpenbart behov for å endre dagens abortlov der gravide har rett til abort frem til

utgangen av 12. svangerskapsuke. Antall kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd etter 18 fullgatte uker er relativt lavt (164 i 2022), og de aller fleste av disse (80 %) søker svangerskapsavbrudd grunnet risiko for sykdom eller alvorlig tilstand hos fosteret. OUS støtter derfor utvalgets forslag om rett til abort frem til utgangen av 18. svangerskapsuke.»

Bioteknologirådet «meiner grensa for sjølvbestemt abort bør utvidast for at gravide sjølv skal kunne fatte avgjersler basert på informasjonen som er tilgjengeleg frå det offentlege tilbodet om fosterdiagnostisk screening.»

Pro Senteret støtter utvidelse av grensen for selvbestemmelse til utgangen av 18. uke og uttaler:

«Mange av Pro Sentrets brukere er i en stressende og ustabil livssituasjon med mye reising, forskjøvet døgnrytme, usikker inntekt, dårlig kosthold og fattigdom. Disse faktorene kan lede til menstruasjonsforstyrrelser, noe som kan gjøre det vanskelig å oppdage en graviditet innenfor dagens grense. Enkelte av Pro Sentrets brukere har også liten grad av autonomi i eget liv. En utvidelse av abortgrensen til 18 uker, vil gi disse kvinnene bedre tid og mulighet til å gjennomføre en selvbestemt abort. En utvidet grense vil være svært viktig for Pro Sentrets brukergruppe, spesielt for de aller mest sårbare.»

Bispemøtet i Den norske kirke er kritiske til å utvide selvbestemmelsesretten til 18. uke:

«Forslaget reflekterer ikke tilstrekkelig den økende grad av den moralske status og rettsvern fosteret får gjennom svangerskapet (jf. utredningens pkt. 5.2). Bispemøtet er innforstått med de utfordringer som er til stede i dagens nemndsordning og den inngripen dette gir i kvinnens autonomi. Samtidig er det en etablert grense ved uke 12. Det begrunnes i fosterets biologiske modning og rettsvern, og økt tilgjengelig informasjon om fosteret.»

Dersom grensen for selvbestemmelse økes til 18. uke, mener Bispemøtet loven må fastsette obligatorisk veiledning eller informasjon til gravide i uke 12 til 18.

Flere andre instanser er også uenig i utvidelse av selvbestemmelsesretten, blant dem *Rogaland KrFU, Det evangelisk-lutherske kirkesamfunn, Norsk råd for misjon og evangelisering, Credo Frikirke*

Trondheim, Syvendedags Adventistkirken, Galleri Lista Fyr, Norges Kristne Råd, Fredheim Arena, Til Helhet, Menneskeverd, Norsk katolsk bisperåd, Sykepleiernes Misjonsring, Norges kristelige lege- og tannlegeforening, Lyngdal kommune, og Den Evangelisk Lutherske Frikirke. Enkelte vil heller bytte ut nemndene med en rådgivningssamtale.

Noen fremhever at barnet må ha rettsvern fra første dag av svangerskapet og er generelt imot abort, blant annet *Kristkyrkja på Stord og Egersund søndagsskole.*

Kristen forening for Helsepersonell uttaler at:

«Det ufødde liv har krav på samme livsvern som menneskelivet ellers.»

Noen instanser uttaler at loven bør gi en rett til å fullføre svangerskapet, blant annet *Jordmorforbundet, Norsk sykepleierforbund, Norges Kristne Råd, Norsk råd for misjon og evangelisering, Credo Frikirke Trondheim og Menneskeverd.*

Noen instanser mener rett til abort bør grunnlovsfestes, blant annet *Norsk Kvinnesaksforening, Norske Kvinners Sanitetsforening og Norges Kvinnelobby.*

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet er positive til at forslaget til ny abortlov har en kjønnsnøytral utforming. Dette vil sikre at gravide som har juridisk kjønn som mann, og eventuelt ikke-binære dersom det innføres en tredje kjønnskategori, får tilgang til abort på lik linje med personer som har juridisk kjønn som kvinne.

Norges Kvinnelobby, Norsk Kvinnesaksforening og Kvinneuniversitetet i Norden er imot en kjønnsnøytral utforming av loven. *Norsk Kvinnesaksforening* uttaler:

«En ny abortlov kan ikke omhandle en så grunnleggende rettighet for kvinner uten å bruke ordet «kvinne» en eneste gang. I lovutkastet brukes det konsekvent «den gravide». Dette er et språk som reduserer kvinnen til hennes tilstand, der hun ikke framstår som et helt menneske som er i en situasjon hun må forholde seg aktivt til.

Slike forsøk på kjønnsnøytralt språk i norsk lovgivning er gjentatte ganger kritisert av FNs CEDAW-komité, og er spesielt malplassert i en lov som spesifikt handler om kvinner.»

Akershus universitetssykehus HF og Helsedirektoratet peker på at en utvidelse av perioden for selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke, vil føre til at bioteknologiloven (lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bio-

teknologi m.m.) § 4-5 ikke lenger vil være en skranke mot abort på grunn av kjønn. Departementet foreslår ingen endringer i bioteknologiloven i denne omgang, men vil vurdere behovet for dette i lys av evalueringen som skal gjøres av endringene i bioteknologiloven.

7.5 Departementets vurderinger og forslag

Abortutvalget er i sin vurdering tydelig på at «fosteret har en moralsk verdi som samfunnet har en plikt til å beskytte» (NOU 2023: 29 punkt 1.2). Departementet støtter dette som et viktig prinsipp.

Dagens abortlov bygger på en avveining av hensynet til den gravide på den ene siden og hensynet til fosteret på den andre. I starten av svangerskapet er hensynet til den gravides selvbestemmelse avgjørende. Den gravide avgjør selv om hun ønsker å avbryte svangerskapet og trenger ikke oppgi en grunn for sitt ønske.

Utover i svangerskapet gis fosteret et gradvis sterkere rettsvern. Dette bygger på en oppfatning om at fosterets moralske status øker i takt med dets biologiske utvikling. I tillegg til en gradvis skjerpning av grunnene for abort, er det også en del av den økte beskyttelsen av fosteret at den gravide ikke selv tar avgjørelsen om abort dersom inngrepet skal skje etter utgangen av 12. svangerskapsuke. At avgjørelsen etter 12. uke skal fattes av en utenforstående instans, er en del av fosterets økte rettsvern. Etter utgangen av 12. svangerskapsuke anses ikke spørsmålet om et svangerskap skal avbrytes eller ikke som en sak for den gravide alene, men også et samfunnsanliggende. Det er i samfunnets interesse å sikre respekt for det ufødte liv.

Departementet er enig med Abortutvalget i at loven fortsatt bør bygge på en slik avveining av hensynet til den gravides autonomi på den ene siden og hensynet til å sikre respekten for det ufødte liv på den andre. Dette gjenspeiles også i forslaget til formålsbestemmelse, jf. punkt 6.1.

Hensynet til fosterets rettsvern gjør at departementet mener det er nødvendig å begrense gravides rett til alene å avgjøre om abort kan utføres. Departementet foreslår å videreføre en ordning der abort sent i svangerskapet bare er tillatt på visse vilkår. Hvilket organ som skal avgjøre om vilkårene for å tillate abort er oppfylt, behandles i punkt 15.1.

Et mindretall i Abortutvalget anbefaler å opprettholde dagens grense for selvbestemt abort ved utgangen av 12. svangerskapsuke. Mindre-

tallet påpeker at vi i dag har mulighet for å oppdage mange tilstander ved fosteret tidlig i svangerskapet og at den gravide og par kan bli stående alene om et vanskelig valg. Mindretallet mener behandling i nemnd kan gi paret mulighet for å dele ansvaret for valget. Om dette skriver mindretallet i sin dissens, jf. NOU 2023: 29 kapittel 39:

«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.»

Mindretallet mener også at grensen for selvbestemmelse ved utgangen av 12. svangerskapsuke kan være en støtte for personer som opplever et press om å ta abort. Etter utløpet av perioden for selvbestemmelse, er det ikke den gravide alene som skal ta et valg. Noen ganger avdekker også behandlingen i nemnd at den gravide ikke ønsker å ta abort, men er blitt presset til det av barnefare, familiemedlemmer eller andre.

Mindretallet understreker at lover former holdninger og mener loven bør legge til rette for en utvikling som fremmer inkludering, mangfold og likeverd. Å opprettholde dagens grense kan bidra til å beskytte mot en mindre aksept for det uperfekte og det som er annerledes.

Mindretallet mener en utvidelse av retten til selvbestemmelse nedtoner fosterets verdi og det etiske og politiske alvoret i senabort. Staten har et ansvar for å beskytte fosteret. Dette gjøres ved behandling i nemnd etter uke 12 der andre i tillegg til den gravide ser til at det foreligger tilstrekkelig sterk begrunnelse for abort.

Abortnemndene skal veie hensynet til fosteret opp mot grunnene den gravide har for å søke abort. Om dette uttaler mindretallet:

«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 gravides 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.»

Mindretallet mener kritikken av dagens abortnemnder er berettiget, men at viktige innvendinger er forsøkt tatt hensyn til gjennom utvalgets forslag til omfattende endringer i organisering og arbeidsform for nemndene. Med de nye abortnemndene er intensjonen at prosessen skal oppleves mindre belastende for den gravide. Videre mener mindretallet at flertallets argumentasjon kan virke selvmotsigende. Om dette uttaler mindretallet:

«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 avslagsprosenter vi vil se.»

Mindretallet viser også til at det er utbredt skepsis i befolkningen til å utvide grensen for selvbestemmelse. Til støtte for dette peker mindretallet på Statistisk sentralbyrås velgerundersøkelse i forbindelse med stortingsvalget i 2021. Her mente 47 prosent at grensen for selvbestemt abort burde gå ved uke 12. Gruppen av de som går imot utvidelse av abortgrensen, er svært bred og har ulik argumentasjon og vektlegging som grunnlag for sitt standpunkt.

Flere høringsinstanser støtter en videreføring av dagens grense for selvbestemt abort ved utgangen av 12. svangerskapsuke, blant annet *Bispemøtet i Den norske kirke*, *Det evangelisk-lutherske kirkesamfunn*, *Norsk råd for misjon og evangelisering*, *Credo Frikirke Trondheim*, *Syvendedags Adventistkirken*, *Norges Kristne Råd*,

Menneskeverd, Norsk katolsk bisperåd, Lyngdal kommune og Den Evangelisk Lutherske Frikirke.

Høringsinstansene som støtter mindretallet i utvalget, viser blant annet til fosterets moralske status og behovet for å ivareta fosterets rettsvern. Enkelte foreslår å bytte ut behandling i nemndene med en rådgivningssamtale.

Bispemøtet i Den norske kirke uttaler:

«Forslaget reflekterer ikke tilstrekkelig den økende grad av den moralske status og rettsvern fosteret får gjennom svangerskapet (jf. utredningens pkt. 5.2). Bispemøtet er innforstått med de utfordringer som er til stede i dagens nemndsordning og den inngripen dette gir i kvinnens autonomi. Samtidig er det en etablert grense ved uke 12. Det begrunnes i fosterets biologiske modning og rettsvern, og økt tilgjengelig informasjon om fosteret.»

En videreføring av dagens grense ved utgangen av 12. svangerskapsuke vil lovteknisk kunne gjennomføres ved å endre uttrykket «18. svangerskapsuke» til «12. svangerskapsuke» i lovutkastet § 3. Overskriften til § 10 endres til «Vedtaksmyndighet ved krav om abort».

Med en grense for selvbestemmelse ved utgangen av 12. svangerskapsuke vil det bli langt flere krav som skal behandles av en abortnemnd, enn om grensen settes ved utgangen av 18. uke. Dette kan innebære at det blir behov for noen flere abortnemnder enn utvalgets forslag om at de regionale helseforetakene bør oppnevne mellom fem og ti nemnder, jf. punkt 15.1. Alternativt mener utvalget at dette behovet kan løses ved at hver enkelt nemnd får flere avdelinger og at det etableres et sekretariat, se NOU 2023: 29 punkt 34.1.

Departementet har vurdert om dagens grense for selvbestemmelse bør videreføres, men har kommet til at loven bør legge større vekt på hensynet til den gravide og hennes selvbestemmelse enn den gjør i dag, og at perioden med selvbestemmelse bør utvides. Departementet mener derfor at grensen for selvbestemmelse bør gå ved utgangen av 18. svangerskapsuke. En utvidelse av perioden for selvbestemmelse støttes av en stor andel av høringsinstansene.

Mange høringsinstanser viser blant annet til hensynet til den gravides autonomi og støtter en utvidelse av perioden med selvbestemmelse til utgangen av 18. svangerskapsuke, blant annet *Helsedirektoratet, Bergen kommune, Statens helse-tilsyn, Tvillingforeningen, Oslo universitetssykehus HF, Norsk Sykepleierforbund, Rådet for legeetikk,*

Norske Kvinners Sanitetsforening, Pro Sentret, Center for Reproductive Rights og Oslo kommune.

Helsedirektoratet uttaler:

«Helsedirektoratet mener det er prinsipielt viktig at kvinner kan ta egne beslutninger, og at utgangspunktet for vurderingen må være om det er grunnlag for å gripe inn i gravides beslutninger. Vi støtter flertallets konklusjon når det gjelder selvbestemmelse, slik at kvinner selv skal ha myndighet til å beslutte abort frem til utgangen av 18. svangerskapsuke. Direktoratet ser også at vurderinger av hvor grensen for selvbestemmelse skal settes, kan vurderes på nytt når man har erfaring med ny lov, og at denne vurderingen kan endres over tid.»

Staten helsetilsyn støtter en utvidelse til etter 18. svangerskapsuke og mener den gravides autonomi må tillegges stor vekt og det bør være opp til den enkelte gravide å beslutte om svangerskapet skal fortsette eller avbrytes.

Norsk sykepleierforbund støtter flertallets forslag om å utvide grensen for selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke og viser til at de fleste aborter gjennomføres før den gravide vet noe om fosterets egenskaper. Andelen nemndbehandlete aborter i forhold til selvbestemte holder seg stabilt. Abortnemndene avslår svært få søknader om abort. De fleste aborter seint i svangerskapet handler om fosteravvik i ønskede svangerskap. Sykepleierforbundet viser også ta at det ikke er noen sammenheng mellom abortlovgivning og abortraten i et land og at abortreguleringen ikke har nevneverdig betydning for når i svangerskapet abortene finner sted. Mer selvbestemmelse sent i svangerskapet ser ikke ut til å forskyve abortene til et senere tidspunkt.

En del høringsinstanser mener perioden med selvbestemmelse bør utvides ytterligere, til utgangen av 22. svangerskapsuke, blant annet *Likestillings- og diskrimineringsombudet, Statens helsetilsyn, Helse Bergen HF, Human-Etisk Forbund, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Kvinnegruppa Ottar, Sex og samfunn, LO, Interessegruppe for kvinner som har gått gjennom senabort og/eller fosterantallsreduksjon og Amnesty International Norge.*

Human-Etisk Forbund viser til at en grense ved utgangen av 22. svangerskapsuke samsvarer beste med WHO's anbefaling for abort.

Noen instanser mener det ikke bør settes noen grense for den gravides selvbestemmelse, blant annet *Kvinnefronten, Kvinnebevegelsens abort-*

utvalg, Norges Kvinnelobby, Norsk Kvinnesaksforening, JURK og Sex og Politikk.

MiRA mener behandling i nemndene bør erstattes av et rådgivningstilbud og uttaler:

«MiRA-Senteret mener at abortnemndene bidrar til å umyndiggjøre den gravide. Vi mener det er kvinnen selv som best kjenner sin egen kropp og sitt eget liv. Derfor må abortnemndene fjernes og heller erstattes med et frivillig rådgivningstilbud som er tilgjengelig dersom kvinnen selv ønsker å benytte seg av det. Inn i dette rådgivningstilbudet må det sikres kompetanse ut fra et minoritetsperspektiv slik at minoritetskvinner og unge jenter får rådgivning basert på kunnskap om særskilte faktorer som kan gjelde dem.»

Sentral klagenemnd for abortsaker uttaler:

«Det er et stort inngrep å frata en kvinne hennes rett til abort, selv om det er for å beskytte et foster på 18-22 uker. Abortutvalget viser til at innvilgelsesprosenten er økende også etter 18 uker. Dersom en i tillegg fjerner kravet om «særlig tungtveiende grunner» for å kunne innvilge abort etter uke 18, slik det er foreslått, vil antall avslag bli enda lavere enn i dag – det vil si tilnærmet ingen. I NOU-en er det godt beskrevet hvilken belastning det er for kvinnen å begrunne sine søknader og gå gjennom prosessen med nemndbehandling. SK stiller spørsmål ved formålet med å opprettholde et nemnds-system med alt det innebærer av menneskelige og ressursmessige kostnader og utsette kvinnen for denne merbelastningen, når utfallet i tilnærmet alle saker er gitt og bare noen få kvinner gis avslag. Vi vet dessuten ingenting om hvor mange av kvinnene som får endelig avslag i SK som faktisk gjennomfører svangerskapet.»

Departementet er enig med flertallet i Abortutvalget og foreslår å utvide gravides rett til selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke.

Spørsmålet om å fortsette eller avbryte et svangerskap er en viktig beslutning som vil ha stor betydning for den gravides fremtidige liv, for hennes personlige frihet, økonomi og livssituasjon ellers. Dersom det er påvist alvorlige medisinske tilstander hos fosteret, kan beslutningen få særlig stor betydning. Å ha omsorg for et barn med en alvorlig funksjonsnedsettelse kan få stor innvirkning på fremtidig liv og hverdag. Andre

forhold i livet har også betydning ved valget om abort. Det har derfor stor verdi for den gravide å kunne ta denne avgjørelsen selv. Departementet mener også det langt på vei er den gravide selv som har de beste forutsetninger for å ta dette valget. Det er den gravide selv som kjenner sin egen situasjon og sine egne forutsetninger best. Hensynet til den gravides selvbestemmelse, mulighet for å bestemme over sin egen kropp og privatliv taler derfor for å utvide grensen for selvbestemt abort.

I dag blir de fleste søknader om abort før utgangen av 18. svangerskapsuke innvilget. Det er usikkerhet om en endring vil endre aborttallene.

En utvidelse vil derimot kunne redusere belastningen for gravide som ønsker abort. Gravide som ønsker å avbryte svangerskapet skal ikke utsettes for unødvendige, belastende prosesser. Samtidig kan en utvidelse skape vanskelige dilemmaer for den gravide, ikke minst fordi teknologien gir muligheter for sikrere diagnostikk utover i svangerskapet.

Abortutvalget viser i sin rapport til undersøkelser av gravides erfaring med abortnemnder, jf. NOU 2023: 29 punkt 11.5. Det er ulike opplevelser med nemndene. Noen gravide opplyser at møte med abortnemndene var en støtte, bevisstgjørende og til hjelp i valgsituasjonen for dem, mens andre opplevde møtet med abortnemndene som belastende, krenkende, meningsløst og fremmedgjørende. Det er også grunn til å tro at nemnds-systemet favoriserer ressurssterke personer og kan bidra til ytterligere marginalisering av sårbare.

Det er viktig å sikre at gravide ikke gjennomfører abort på grunn av press. Gravide som vurderer abort skal få tilbud om god informasjon, veiledning og støtte slik at de kan ta et informert og selvstendig valg. Behovet for å ha et tilbud om informasjon, støtte og veiledning kan og bør imidlertid ivaretas på en annen måte enn gjennom behandling av krav om abort i en nemnd. Abortnemndene tar beslutninger som har stor betydning for den gravide. De er derfor lite egnet til samtidig å tilby råd og veiledning for gravide i deres valgsituasjon, se mer om dette i punkt 10.1.4.

Akershus universitetssykehus HF og Helsedirektoratet peker på at en utvidelse av perioden for selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke, vil føre til at bioteknologiloven (lov 5. desember 2003 nr. 100 om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.) § 4-5 ikke lenger vil være en skranke mot abort på grunn av kjønn. Departementet foreslår ingen endringer i biotek-

nologiloven i denne omgang, men vil vurdere behovet for dette i lys av evalueringen som skal gjøres av de endringene som er gjort i bioteknologiloven.

8 Vilkår for å innvilge abort etter grensen for selvbestemmelse

8.1 Innledning

I dette kapittelet behandles spørsmålet om hvilke vilkår som bør være oppfylt for å tillate abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke. Frem til utgangen av 18. svangerskapsuke skal den gravide ha rett til å avgjøre selv om svangerskapet skal avbrytes, se kapittel 7. Spørsmålet om hvilken instans som skal behandle krav om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke behandles i punkt 15.1.

8.2 Gjeldende rett

Etter utgangen av 12. svangerskapsuke kan en gravid få utført abort dersom en eller flere av vilkår i abortloven § 2 tredje ledd bokstav a til e er oppfylt. Om vilkårene er oppfylt avgjøres av en nemnd, i samråd med den gravide, jf. § 7 andre ledd.

Etter bokstav a kan nemndene innvilge abort av hensyn til den gravides helse. Vilåret er at «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».

Etter bokstav b kan nemndene innvilge abort av hensyn til den gravides livssituasjon. Vilåret er at «svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon».

Etter bokstav c kan abort innvilges på grunn av medisinske tilstander ved fosteret. Vilåret er at «det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet».

Bokstav d gir grunnlag for abort dersom graviditeten er et resultat av nærmere bestemte kriminelle handlinger. Dette gjelder forhold som nevnt i straffeloven §§ 312 – 314 (incest eller seksuell omgang mellom andre nærstående), eller når 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).

Etter bokstav e kan nemndene innvilge abort dersom den gravide er «alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad». Begrepet «alvorlig sinnslidende» skal tolkes på samme måte som begrepet «alvorlig sinnslidelse» som grunnlag for tvangsinnngrep etter psykisk helsevernloven § 3-3. Dette begrepet omfatter diagnostiserte psykoser og visse grensepsykotiske tilstander. Begrepet «psykisk utviklingshemmet i betydelig grad» forutsettes i forarbeidene til abortloven å omfatte personer med IQ under 55, jf. Ot.prp. nr. 38 (1974–75) *Om lov om svangerskapsavbrudd* punkt VI. 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 ellers.

I vurderingen av om vilkårene i tredje ledd bokstav a, b eller c er oppfylt, skal nemndene ta hensyn til den gravides samlede situasjon, blant annet hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet. Nemndene skal legge vesentlig vekt på hvordan den gravide selv bedømmer sin situasjon, jf. § 2 fjerde ledd.

Kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskapets lengde, jf. § 2 femte ledd. For å innvilge abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke må det foreligge «særlig tungtveiende grunner», jf. § 2 sjette ledd første punktum.

Dersom det er grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan nemndene ikke gi tillatelse til abort, jf. § 2 sjette ledd andre punktum. Etter abortforskriften § 18 skal et foster antas å være levedyktig dersom det ville vært i stand til å overleve utenfor mors liv på det tidspunkt en eventuell abort 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 antas å være levedyktig etter 22. svanger-

skapsuke (21 uker og 6 dager). Med unntak av nødrettssituasjonene etter abortloven § 10 fastsetter levedyktighetsbegrepet den øvre grensen for når abort kan utføres.

Nemndene som kan innvilge abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke skal bestå av to leger, jf. abortloven § 7. Ved avslag blir nemndenes vedtak automatisk overprøvd av en sentral klagenemnd, jf. § 8 dersom den gravide ikke trekker søknaden om abort. Oppnevning, sammensetning og saksbehandlingsregler for nemndene og den sentrale klagenemnda omtales i kapittel 15 og 16.

8.3 Abortutvalgets forslag

Flertallet i Abortutvalget (12 av 13) foreslår å videreføre at tillatelse til abort skal gis av en nemnd dersom aborten skal utføres etter grensen for selvbestemt abort, jf. punkt 15.1.3.

Mindretallet (1 av 13) foreslår at den gravide selv tar beslutningen om abort frem til utgangen av 22. svangerskapsuke.

Abortutvalget har gått gjennom de gjeldende vilkårene for at nemndene kan innvilge abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke. Med noen endringer og justeringer, foreslår utvalget at tilsvarende vilkår skal gjelde for innvilgelse av abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke.

Utvalgets flertall foreslår at abortnemndene skal innvilge abort dersom «svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse.» Det må her være årsakssammenheng mellom svangerskap, fødsel eller omsorgen for barnet og belastningen på den gravide. Vilåret er noe omformulert i forhold til vilåret i gjeldende lov § 2 tredje ledd bokstav a, men skal innholdsmessig være en videreføring av gjeldende rett.

Utvalgets flertall foreslår også å videreføre vilkår i dagens abortlov § 2 tredje ledd bokstav d (dersom graviditeten oppstod under forhold som nevnt i straffeloven §§ 312 til 314, eller svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 291 til 296, 299, 301, 302 og 314). Som etter dagens praksis foreslår utvalget at det ikke skal stilles krav om at forholdet er anmeldt til politiet. Nemnda må på bakgrunn av de opplysningene den mottar, vurdere om det er sannsynliggjort at det foreligger brudd på en av de aktuelle straffebestemmelsene.

Utvalgets forslag til nytt vilkår i § 5 bokstav c er en videreføring av vilåret i gjeldende lov § 2 tredje ledd bokstav b, og en delvis videreføring av vilkårene i gjeldende lov § 2 tredje ledd bokstav c

og e. Etter forslaget skal nemnda innvilge abort dersom «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».

Utvalget foreslår å omformulere vilkårene noe i forhold til gjeldende bestemmelser slik at adgangen til abort ikke er direkte knyttet til fosterets egenskaper. Vurderingen av om fremtidig omsorg vil være krevende på grunn av medisinske forhold ved fosteret skal bygge på en objektiv vurdering. Forhold ved fostre som normalt vil føre til langvarig og omfattende omsorg vil blant annet være tilstander som krever hyppig oppfølging i helse- og omsorgstjenesten i en ikke ubetydelig periode og tilstander som normalt vil kreve særlige tiltak under oppveksten. Et grunnlag kan også være svært forsinket eller ingen selvstendigjøring. Både fysiske og intellektuelle avvik kan gi grunnlag for abort. Forhold ved fosteret som fortrinnsvis er av rent estetisk karakter, som utseendemessige forhold vil ikke kunne danne grunnlag for abort etter dette vilkåret. Gravides eventuelle frykt for stigmatisering, utenfor-skap, trakassering og mobbing på grunn av funksjonsnedsettelse kan heller ikke vektlegges i vurderingen av om abort skal tillates.

Forhold hos den gravide som kan gjøre svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende, kan være rusmiddelavhengighet, kognitive og intellektuelle forhold eller psykiske lidelser. Vilåret kan omfatte tilfeller som har blitt vurdert etter dagens abortlov § 2 tredje ledd bokstav e om alvorlig sinnslidelse og utviklingshemming i betydelig grad. På samme måte som ved medisinske forhold ved fosteret, er adgangen til abort ikke direkte knyttet til den gravides tilstand. Nemnda må gjøre en konkret vurdering av om svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet vil være særlig krevende for den gravide.

Forhold ved den gravides livssituasjon som kan gjøre svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende, kan være hennes økonomiske situasjon, sosialt nettverk og familieforhold eller dersom den gravide er utsatt for vold fra nærpersoner.

I forslag til ny § 5 første ledd bokstav d foreslår utvalget et vilkår som gir adgang til abort ved alvorlige tilstander hos fosteret. Som alvorlige tilstander skal regnes sykdom eller funksjonsnedsettelse som med stor sannsynlighet vil føre til vesentlig smerte, smertefulle behandlinger og

inngrep, gjentatte sykehusinnleggelses, stor avhengighet og kort forventet levetid. Dette er tilstander som kan føre til 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. Etter dette vilkåret er det en direkte sammenheng mellom fostrets tilstand og egenskaper, og adgang til abort. Av hensyn til den gravide og en skånsom prosess skal ikke den gravide i slike tilfeller måtte begrunne sitt valg om abort. Utvalget foreslår at det i disse tilfellene skal være tilstrekkelig at medisinske forhold ved fosteret dokumenteres.

Utvalget foreslår å videreføre gjeldende bestemmelse om at den gravidens oppfatning av sin situasjon skal tillegges betydelig vekt ved vurderingen av om vilkårene er oppfylt.

Utvalget foreslår også å videreføre gjeldende regler om forbud mot abort dersom fosteret er levedyktig. Etter utgangen av 22. svangerskapsuke skal abort som hovedregel ikke være tillatt. Etter dette tidspunktet anses fosteret å være kommet så langt i sin utvikling at det normalt vil kunne overleve dersom det blir forløst. I noen tilfeller vil imidlertid 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 fostre med manglende utvikling av skallen (akrani) eller hjernen (anencefali) og en del andre utviklingsavvik som er entydig uforenlige med liv. I slike tilfeller skal abortnemndene kunne innvilge abort også etter utgangen av 22. svangerskapsuke.

Utvalget foreslår ikke å videreføre kravet etter gjeldende lov § 2 femte ledd om at grunn for å innvilge abort skal øke med svangerskapets lengde.

8.4 Høringsinstansenes syn

Bergen kommune og *Oslo universitetssykehus HF* støtter utvalgets forslag til vilkår for abort etter tidspunktet for selvbestemmelse.

For at vilkårene for å gi adgangen til abort skal være tydelige og forutsigbare, mener *Sex og samfunn* at disse ikke skal gi rom for skjønnsmessige vurderinger.

Sex og samfunn mener at det i noen tilfeller ikke bør være noen absolutt grense for når abort kan utføres:

«Eksempler på tilfeller hvor Sex og samfunn mener abort bør innvilges etter uke 22, kan være der graviditeten er et resultat av brudd på straffeloven, som vist til i abortutvalgets forslag til § 5 første ledd bokstav b. Dette inkluderer blant annet voldtekt, incest, voldtekt av personer under 14 år eller seksuell omgang med personer mellom 14 og 16 år. Her vil vi, som nevnt tidligere, vise til at FNs torturkomité som sier at å tvinge noen til å gjennomføre et svangerskap kan regnes som tortur.

Andre situasjoner som bør gi tilgang til abort er situasjoner der den gravide ikke har hatt tilgang på informasjon eller helsehjelp som har gjort det mulig å kjenne til eller avslutte graviditeten før uke 22. Sistnevnte kan være tilfeller der barn blir gravide, eller der personer på flukt blir gravide.»

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet mener begrepet «barnets oppvekst» i forslag til § 5 første ledd bokstav c bør utdypes eller omformuleres. Det er fare for at dette vilkåret kan gjøre at forestillinger om hva som er en normal livssituasjon for et barn bli avgjørende. Det er ikke mulig å forutse hvordan et barn med en funksjonsnedsettelse vil vurdere egen livskvalitet.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet etterlyser også en tydeliggjøring i lovtekst eller forskrift av forskjellen mellom alternativene «medisinske forhold ved fosteret» i forslag til § 5 bokstav c og «alvorlig tilstand hos fosteret» i bokstav d.

Helsedirektoratet og *Norsk sykepleierforbund* støtter at abort etter 22. svangerskapsuke bare skal være tillatt dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet eller kort tid etter fødsel eller ved nødrettssituasjoner.

Rådet for legeetikk støtter forslaget om å angi grensen for abort i uketall (22) og ikke med begrepet «levedyktighet»,

Sentral klagenemnd for abortsaker er imot forslaget om å stille krav om at medisinske tilstander hos fosteret skal være bekreftet med godkjente tester. Klagenemnda viser blant annet til at det kan ta lang tid å få svar på slike tester, og at det for noen strukturelle avvik ikke finnes slike tester. Klagenemnda er også bekymret for at nemndopplevelsen kan bli mer belastende for den abortsøkende dersom en stiller krav om «en viss undersøkelsesplikt» for nemndene når det gjelder hvordan den gravide oppfatter sin situasjon.

Likestillings- og diskrimineringsombudet mener det er stor fare for at vilkårene for å innvilge abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke vil bidra til å stigmatisere personer med funksjonsnedsettelse.

Den norske legeforening uttaler at:

«Det er positivt at sosialt vilkår for abort er videreført som del av § 5 c-vilkåret, og Legeforeningen støtter utvalget i at adgangen til abort på bakgrunn av den gravides livssituasjon bør være vid. Samtidig blir det da ekstra viktig å sikre at man unngår for mye variasjon i håndteringen av vilkåret. Utvalgets forslag om å legge en objektiv standard til grunn for vurderingen av om økonomiske forhold oppfyller vilkårene, er et skritt på veien, men presiseringen av vilkåret for andre sosiale forhold er vag og åpner for stor variasjon i hvordan vilkåret kan forstås.»

8.5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er enig i utvalgets forslag om å videreføre vilkåret om at abort kan innvilges av hensyn til den gravides fysiske eller psykiske helse. Vilkåret er omformulert noe, men er ment som en videreføring av innholdet i vilkåret i gjeldende lov § 2 tredje ledd bokstav a. Etter forslaget kan abort tillates dersom «svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse.» Det kreves årsakssammenheng mellom svangerskap, fødsel eller omsorgen for barnet og belastningen på den gravide.

Departementet er også enig i at vilkåret i gjeldende lov § 2 tredje ledd bokstav d videreføres. Abort skal innvilges dersom graviditeten oppstod under nærmere angitte seksuallovbrudd. Som etter dagens praksis mener departementet at det ikke skal stilles krav om at forholdet er anmeldt til politiet. Nemnda må på bakgrunn av de opplysningene den mottar, vurdere om det er sannsynlig at vilkåret er oppfylt. Som for øvrige vilkår skal nemnda legge betydelig vekt på hvordan den gravide selv oppfatter situasjonen. Normalt vil det være tilstrekkelig til å innvilge abort at opplysningene den gravide gir tilsier at graviditeten kan ha oppstått på tidspunktet for overgrepet og at overgrepet var av en slik karakter at det kan ha gjort personen gravid.

Videre er departementet enig i utvalgets forslag til nytt vilkår i utkast til § 5 første ledd bok-

stav c. Etter dette alternativet skal abortnemnda tillate abort dersom «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», se lovforslaget § 3 andre ledd bokstav d.

Dette vilkåret er en videreføring av vilkåret i gjeldende lov § 2 tredje ledd bokstav b om den gravides livssituasjon, og en delvis videreføring av vilkårene i gjeldende lov § 2 tredje ledd bokstav c om tilstander ved fosteret og bokstav d som går på forhold ved den gravide. Til forskjell fra dagens bestemmelser, er adgangen til abort ikke knyttet direkte til forhold ved fosteret eller den gravide. Dermed oppheves den automatiske innvilgelsen av abort ved visse tilstander hos fosteret, blant annet trisomi 21.

Abort skal imidlertid innvilges dersom tilstander ved fosteret eller forhold ved den gravide gjør det særlig krevende for den gravide å gjennomføre svangerskapet eller fødselen, eller dersom disse forholdene gjør barnets oppvekst og den fremtidig omsorg for barnet særlig krevende.

Forhold ved fostre som normalt vil føre til langvarig og omfattende omsorg vil blant annet være tilstander som krever hyppig oppfølging i helse- og omsorgstjenesten i en ikke ubetydelig periode og 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. Forhold ved fosteret som fortrinnsvis er av rent estetisk karakter, som utseendemessige forhold vil ikke kunne danne grunnlag for abort etter dette vilkåret. Gravides eventuelle frykt for stigmatisering, utenforskap, trakassering og mobbing på grunn av funksjonsnedsettelse kan heller ikke vektlegges i vurderingen av om abort skal tillates.

Forhold hos den gravide som kan gjøre svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende, kan være rusmiddelavhengighet, kognitive og intellektuelle forhold eller psykiske lidelser. Vilkåret kan omfatte tilfeller som har blitt vurdert etter gjeldende lov § 2 tredje ledd bokstav e om alvorlig sinnslidelse og utviklingshemming i betydelig grad.

Forhold ved den gravides livssituasjon som kan gjøre svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende, kan være hennes økonomiske situasjon, sosialt nettverk og familieforhold eller dersom den gravide er utsatt for vold fra nærstående personer.

I likhet med utvalget, foreslår departementet også å videreføre gjeldende bestemmelse om at den gravides oppfatning av sin situasjon skal tillegges betydelig vekt ved vurderingen av om vilkårene er oppfylt.

Departementet er enig med utvalget i at abortnemndene skal tillate abort direkte på grunnlag av forhold ved fosteret dersom fosteret har en alvorlig tilstand, jf. utvalgets forslag til § 5 første ledd bokstav d. Som alvorlige tilstander skal regnes sykdom eller funksjonsnedsettelse som med stor sannsynlighet vil føre til vesentlig smerte, smertefulle behandlinger og inngrep, gjentatte sykehusinnleggelse, stor avhengighet og kort forventet levetid. Dette er tilstander som kan føre til 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. Etter dette vilkåret er det en direkte sammenheng mellom fostrets tilstand og egenskaper, og adgangen til abort. I slike situasjoner skal den gravide ikke være tvunget til å begrunne sitt valg om abort. Det vil være tilstrekkelig for å innvilge abort at de medisinske forholdene ved fosteret dokumenteres.

Forslaget til § 3 andre ledd bokstav c innebærer også at abort skal tillates dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel. Det er uansett den gravide som skal ta dette valget, og det skal også tilrettelegges for gravide som ønsker å fullføre slike svangerskap. Dette er i de tilfeller fosteret har 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 skal regnes som 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 fostre med manglende utvikling av skallen (akrani) eller hjernen (anencefali) og en del andre utviklingsavvik som er entydig uforenlige med liv.

Departementet er også enig i å videreføre en øvre grense for å kunne tillate abort. Etter utgangen av 22. svangerskapsuke skal abort som hovedregel ikke være tillatt. Etter dette tidspunktet anses fosteret å være kommet så langt i sin utvikling at det kan overleve dersom det blir forløst. Etter utgangen av 22. svangerskapsuke skal abortnemndene bare kunne tillate abort dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel. Det vil si at fosteret har en tilstand som er uforenlig med liv utenfor livmoren uansett tidspunkt for forløsning. I slike tilfeller skal abortnemndene kunne innvilge abort også etter utgangen av 22. svangerskapsuke.

Unntak fra den øvre grensen ved utgangen av 22. uke vil også gjelde ved akutt og alvorlig fare for den gravides liv eller helse, se kapittel 17.

Forslagene til vilkår for å tillate abort etter utgangen av perioden for selvbestemmelse får i stor grad støtte fra høringsinstansene. De fleste som uttaler seg om forslaget, støtter også at nemndene bare skal kunne tillate abort etter utgangen av 22. svangerskapsuke dersom fosteret har en tilstand som er uforenlig med liv.

9 Fosterantallsreduksjon

9.1 Gjeldende rett

9.1.1 Innledning

Etter dagens abortlov regnes fosterantallsreduksjon som en abort, jf. § 2a første ledd. Loven bruker betegnelsen «fosterreduksjon» og definerer dette som: «et inngrep som avbryter svangerskapet for ett eller flere fostre i et flerlingsvangerskap, mens svangerskapet fortsetter for ett eller flere av de andre fostrene.» Ved selektive aborter fjernes fosteret med medisinsk tilstand, mens uselektive aborter har ikke noen preferanse om hvilket foster man fjerner, altså ingen medisinsk tilstand. Fosterantallsreduksjoner er blitt utført i Norge siden 2002. Fra 2016–2022 er det utført 128 stk. Det utføres i dag ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs hospital HF.

Som hovedregel gjelder reglene i abortloven og abortforskriften også for fosterantallsreduksjoner, blant annet reglene om helsepersonells reservasjonsrett, informasjon og veiledning til den gravide, saksbehandlingen i abortnemnd og den sentrale klagenemnda. I § 2a er det imidlertid gitt noen særskilte regler for fosterantallsreduksjoner som skiller seg fra reglene for øvrige aborter.

9.1.2 Vedtaksmyndighet og saksbehandling

En fosterantallsreduksjon kan bare gjennomføres med tillatelse fra en abortnemnd, jf. § 2a tredje ledd. Dette gjelder uavhengig av når i svangerskapet aborten gjennomføres.

Unntak fra kravet om tillatelse fra nemnd kan følge av § 10. Dersom et flerlingsvangerskap medfører overhengende fare for den gravides liv eller helse, og den akutte faren kan avhjelpes med fosterreduksjon, kan dette gjøres uten nemndbehandling. Det kreves imidlertid at det er snakk om en akutt fare og at det ikke er tid til å vente på behandling i nemnd.

9.1.3 Vilkår for å innvilge fosterantallsreduksjon

Nemnda kan innvilge fosterantallsreduksjon dersom vilkårene for abort etter § 2 tredje til femte ledd og sjetten ledd første punktum er oppfylt. Det vil si at nemnda kan innvilge fosterantallsreduksjon på grunnlag av de samme vilkårene som andre aborter etter 12. svangerskapsuke. Mest aktuelle vil være å innvilge fosterreduksjon etter § 2 tredje ledd bokstav a (dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for den gravides fysiske eller psykiske helse), b (dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette den gravide i en vanskelig livssituasjon), eller c (dersom det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet), eller en kombinasjon av disse.

I forarbeidene til § 2a er det presisert at et tvillingsvangerskap, en tvillingfødsel og omsorg for tvillinger ikke i seg selv skal kunne anses å føre til en urimelig belastning for den gravides fysiske eller psykiske helse. Det vil kreves noe mer for at vilkårene etter bokstav a skal kunne anses oppfylt. Dersom den gravides helsemessige forhold er slik at det for hun 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, jf. Prop. 106 L (2018–2019) *Endringer i abortloven (fosterreduksjon)* kapittel 7 og 9.

At en person er gravid med tvillinger og vil få omsorg for to barn vil ikke i seg selv føre til at vilkårene for fosterreduksjon på sosial indikasjon er oppfylt. Det vil ikke være tilstrekkelig å vise til at omsorgsbyrden er større ved tvillinger enn ved ett barn. For å innvilge fosterreduksjon på sosial indikasjon kreves i tillegg at det foreligger andre forhold som tilsier at den gravide kan settes i en vanskelig livssituasjon. Det kan for eksempel være at den gravide allerede har omsorgen for flere barn eller at hun har ansvar for et barn med en alvorlig sykdom. Den gravides alder og familie-

situasjon kan også innebære at fosterreduksjon kan innvilges etter denne indikasjonen, jf. Prop. 106 L (2018–2019) kapittel 7 og 9.

Ved søknad om fosterreduksjon på grunn av sykdom hos ett av fostrene, vil imidlertid vurderingene være tilsvarende som ved søknad om abort ellers på grunnlag av sykdom hos fosteret, jf. Prop. 106 L (2018–2019) kapittel 7 og 9.

Nemnda kan i tillegg innvilge fosterantallsreduksjon dersom antall fostre reduseres til to eller flere etter en vurdering av risiko for spontanabort og tidlig fødsel, jf. § 2a fjerde ledd. Dersom særskilte forhold ved den gravides helsetilstand gjør det nødvendig for å redusere faren for spontanabort eller tidlig fødsel, kan nemnda også tillate at antallet 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.

Som for aborter ellers, kan nemndene ikke innvilge fosterantallsreduksjon dersom det er grunn til å anta at fostrene er levedyktige, jf. § 2a femte ledd.

9.1.4 Helsetjenester ved fosterantallsreduksjon m.m.

Fosterantallsreduksjon 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. Fosterantallsreduksjoner er godkjent som en nasjonal tjeneste etter forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus § 4-1.

I forarbeidene til abortloven § 2a (Prop. 106 L (2018–2019) kapittel 7) er det angitt at det normale vil være at søknader om fosterantallsreduksjoner behandles i nemnda ved St. Olavs hospital HF siden inngrepene skal utføres der. Loven stiller imidlertid ikke krav om at alle søknader om fosterantallsreduksjoner skal behandles av nemnda ved St. Olavs hospital HF, og dette er heller ikke praksis i dag.

Departementet har ikke funnet det nødvendig å lovregulere kriterier for utvelgelsen av fostre ved gjennomføring av fosterantallsreduksjoner. Med mindre bakgrunnen for å redusere antall fostre er tilstander ved fosteret eller flere fostre, vil det være legen som utfører inngrepet som avgjør hvilket eller hvilke fostre som skal aborteres. Vanlig prosedyre er at legen velger det

fosteret eller de fostrene som er lettest tilgjengelig ut fra sin plassering i livmoren. Legen kan ikke velge ut fra fosterets eller fostrenes kjønn.

9.2 Abortutvalgets forslag

9.2.1 Innledning

Abortutvalget foreslår at fosterantallsreduksjon ikke defineres som en abort, men at inngrepet likevel reguleres av abortloven i et eget kapittel.

9.2.2 Vedtaksmyndighet og saksbehandling

Et flertall i utvalget (7 av 13) foreslår å videreføre kravet etter gjeldende lov om at fosterantallsreduksjon bare kan gjøres etter tillatelse fra en abortnemnd. Kravet skal gjelde uavhengig av når i svangerskapet inngrepet gjøres.

Et mindretall (6 av 13) foreslår at kravet om tillatelse fra en abortnemnd skal gjelde for fosterantallsreduksjoner som utføres etter utgangen av 14. svangerskapsuke.

Et samlet utvalg foreslår å sentralisere behandlingen av søknader om fosterantallsreduksjoner slik at alle søknader behandles av en og samme nemnd. Utvalget anbefaler at nemnda lokaliseres ved det sykehuset som har den nasjonale behandlingstjenesten for fostermedisin. I dag er dette St. Olavs Hospital HF. Ved behandlingen av søknader om fosterantallsreduksjon anbefaler utvalget at abortnemnda består av en lege med kompetanse innen fostermedisin, en jurist og en person med helsefaglig kompetanse.

Med unntak av disse særskilte reglene om sentralisering av nemndbehandlingen, og et krav om obligatorisk veiledning, jf. punkt 9.2.3, foreslår utvalget at samme saksbehandlingsregler skal gjelde ved søknader om fosterantallsreduksjoner som for behandling av krav om abort.

9.2.3 Obligatorisk veiledning

Et samlet utvalg foreslår å innføre et krav om obligatorisk veiledning ved fosterantallsreduksjoner. Før søknad om fosterantallsreduksjon kan tas til behandling i abortnemnda skal den gravide ha møtt ved senter for fostermedisin og fått veiledning og informasjon om inngrepets art, medisinske virkninger og risiko.

Forslaget skal sikre at den gravide mottar korrekt, grundig og individuelt tilpasset informasjon og veiledning om den medisinske risikoen ved inngrepet. På den måten kan den gravide gjøre en

selvstendig og informert vurdering av de ulike handlingsalternativene.

9.2.4 Vilkår for å innvilge fosterantallsreduksjoner

Et samlet utvalg foreslår at vilkårene for å innvilge fosterantallsreduksjoner i nemnd i hovedsak skal være de samme som for (øvrige) aborter.

Utvalget foreslår at nemnda skal kunne innvilge fosterantallsreduksjon dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet(-a) medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse eller dersom 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. Disse vilkårene er identiske med to av vilkårene for (øvrige) aborter.

Videre foreslår utvalget at fosterantallsreduksjon kan innvilges dersom 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. Dette vilkåret er i utgangspunktet det samme som ved søknad om (øvrige) aborter, men utvalget foreslår at det i tillegg skal lovfestes at ved søknad om fosterantallsreduksjoner etter dette vilkåret, skal abortnemnda veie grunnen for fosterantallsreduksjon opp mot risiko for skade, for tidlig fødsel eller død for gjenværende foster.

I tillegg foreslår utvalget at nemnda skal kunne innvilge fosterreduksjon dersom det er høy risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel dersom svangerskapet videreføres for alle fostre. Tilsvarende vilkår gjelder ikke for øvrige aborter. Bakgrunnen er at å redusere antall fostre i noen tilfeller kan redusere risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel for gjenværende fostre.

Som for øvrige aborter, foreslår utvalget å videreføre kravet om at fosterantallsreduksjon ikke er tillatt etter utgangen av 22. svangerskapsuke, med mindre det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel.

9.2.5 Helsetjenester ved fosterantallsreduksjon

Utvalget foreslår å lovfeste at undersøkelse og utredning i forbindelse med fosterantallsreduksjon skal skje ved senter for fostermedisin. I dag er det først og fremst ved medisinsk indikasjon at

utredningen skjer ved senter for fostermedisin, mens søknader om uselektiv fosterantallsreduksjon uten medisinsk indikasjon kan komme via gynekolog.

Utvalget foreslår også å lovfeste at inngrepet skal gjøres ved nasjonal behandlingstjeneste for fostermedisin. Dette er i tråd med dagens praksis. Utvalget foreslår også å lovfeste at metoden som brukes og gjennomføringen av inngrepet skal følge de til enhver tid anerkjente medisinske retningslinjer for fosterantallsreduksjon.

9.3 Høringsinstansenes syn

Jordmorforbundet og *Norges Kristne Råd* støtter forslaget om å kreve behandling i nemnd av alle søknader om fosterantallsreduksjon.

Blant annet *Sentral klagenemnd for abortsaker*, *Norsk gynekologisk forening*, *Kvinnegruppa Ottar*, *Kvinnebevegelsens abortutvalg*, *Kvinnefronten*, *Nasjonalt SRHR-nettverk*, *JURK*, *Sex og Politikk*, *Sex og samfunn*, *Human-etisk Forbund*, *Helse Bergen HF*, *Universitetssykehuset Nord-Norge HF*, *Statens helsetilsyn*, *LO* og *Interessegruppe for kvinner som har gått gjennom senabort og/eller fosterantallsreduksjon* går imot nemndbehandling av fosterantallsreduksjoner.

Norsk gynekologisk forening uttaler:

«NGF ser ingen faglig grunn til at fosterreduksjon skal behandles annerledes enn abort av ett foster. Abortutvalget legger i sin utredning stor vekt på den risiko inngrepet medfører for den gravide og det gjenværende fosteret. Denne risikoen er basert på historiske tall, og er per 2024 betydelig lavere enn det som beskrives i rapporten. Det er ingen gravide kvinner i Norge som har fått avslag på tvillingreduksjon i nemnd fordi prosessen ble ansett som for risikabel for mor eller for det gjenværende fosteret. NGF stiller seg spørrende til utvalgets beskrivelse av økt risiko ved fosterreduksjon da denne ikke er oppdatert.»

Sex og samfunn uttaler:

«Sex og samfunn mener prinsippene som legges til grunn for fosterantallsreduksjon må være de samme for ordinært svangerskapsavbrudd hvor det tas utgangspunkt i den gravides selvbestemmelse. Vi kan ikke se noen grunner til at noen andre har bedre forutsetning for å ta en beslutning enn den gravide, uavhengig av antall fostre.»

Videre mener vi at loven må ta utgangspunkt i den gravides rett til å få informasjon, i motsetning til å pålegge noen veiledning, i tråd med formålsparagrafens intensjon. Obligatorisk veiledning strider mot prinsippet om selvbestemmelse. Den gravide skal ha rett til informasjon om inngrepets art, medisinske virkninger og risiko i forkant, på lik linje som en pasient i forkant av ethvert annet medisinsk inngrep. Gravide som ønsker fosterantallsreduksjon må sikres retten på informasjon om hvilken risiko dette kan innebære, og slik informasjon må gis fra helsepersonell som har kompetanse på dette, primært ved fostermedisinsk senter, slik at den gravide kan ta et informert valg.»

Sentral klagenemnd for abortsaker uttaler:

«SK mener at selvbestemmelse ved fosterantallsreduksjon bør være i tråd med kvinnens generelle rett til selvbestemt abort, nettopp for å unngå at hun settes i en situasjon der abort av hele svangerskapet blir eneste mulighet. (...) Hvis reduksjon er teknisk umulig eller innebærer en klart økt risiko for gjenværende foster eller kvinnen, bør dette formidles, med grundig informasjon om hvilke alternativ som foreligger. (...) Selv om fosterantallsreduksjon er et inngrep med risiko, ser vi ikke at en nemnd bedre kan vurdere hvilken risiko kvinnen vil ta, enn hun selv. Og det er kvinnene som må leve med konsekvensene av at gjenværende foster/fostre aborteres eller fødes prematurt etter fosterantallsreduksjonen.»

Rådet for legeetikk, Norsk sykepleieforbund og Nordland fylkeskommune støtter forslaget om selvbestemmelse fram til utgangen av uke 14, og deretter nemndbehandling.

Rådet for legeetikk uttaler:

«Når det gjelder grense for selvbestemmelse ved fosterantallsreduksjoner mener rådets flertall (Brelin, Kornmo, Østborg og Aarseth) at det også her bør legges til rette for selvbestemmelse. Begrunnelsen for dette er i korthet at autonomi ansees som helt sentralt i avgjørelser som kvinnen skal leve med, og at hun bør være godt rustet til å ta avgjørelser for når tilstrekkelig informasjon om inngrepets art, risiko og mulige komplikasjoner er gjort rede for.

Dersom Stortinget går inn for nemndbehandling ved fosterantallsreduksjon, mener

Rådet for legeetikk at det bør være selvbestemmelse til og med uke 14.»

Amnesty International Norge mener grensen for selvbestemmelse bør være den samme for fosterantallsreduksjon som for andre aborter.

Helsedirektoratet er enig med utvalget i at det kan være grunn til å regulere fosterantallsreduksjoner særskilt og at den gravide ikke kan ha samme rett til å kreve fosterantallsreduksjoner som andre aborter. Direktoratet uttaler:

«Det framgår av rapporten at «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.» (...)

Flere hensyn i rapporten knyttet til fosterantallsreduksjoner, peker mot en mer ordinær beslutningsprosess, hvor behandlende lege etter en konkret forsvarlighetsvurdering avgjør om kvinnen kan tilbys fosterantallsreduksjon.»

Helse Stavanger HF tar ikke stilling til forslaget, men peker på at risikoen for den gravide og gjenværende foster er vesentlig lavere enn fem til ti prosent og at ingen til nå har fått avslag på fosterantallsreduksjon i nemnd.

Bispemøtet i Den norske kirke mener det må være en streng lovregulering av fosterantallsreduksjoner, som bare må tillates i særlige tilfeller og etter behandling i nemnd.

Norges kristelige lege- og tannlegeforening mener fosterantallsreduksjon fortsatt bør behandles i nemnd. Inngrepet bør bare kunne utføres i spesialenhet på «streng medisinsk indikasjon».

Tvillingforeningen fraråder at det tillates reduksjon fra tvillinger til et foster uten medisinsk indikasjon «med mindre både forskning på langtidseffekt for mødre og barn påstartes, samt at samfunnsoppgaven Tvillingforeningen i dag ivaretar nasjonalt for denne gruppen sikres en forsvarlig budsjettpost.»

Oslo universitetssykehus HF uttaler at:

«Medisinskfaglig kan det være gode grunner for fosterantallsreduksjon ved tre eller flere fostre, da dette er svangerskap med høy risiko. Ved tvillingsvangerskap tilsier kunnskapen så langt at den totale risikoen ved svangerskapet ikke reduseres som følge av fosterantallsreduksjon. Vi er derfor tvilsomme til at fosterantallsreduksjon ved tvillingsvangerskap med

to sannsynlig friske fostre (uselektiv fosterantallsreduksjon) bør gjennomføres med mindre det er helt spesielle grunner til det. Dette vil, i utvalgets forslag til ny abortlov (§15), bli opp til nemnden.

Selektiv fosterantallsreduksjon på medisinsk indikasjon (grunnet misdannelser eller påvist tilstand hos fosteret eller i tilfeller der det grunn til å forventet at fosterreduksjon vil forbedre svangerskaps-utfallet) bør etter vår mening kunne utføres uten nemndbehandling til utgangen av 18. svangerskapsuke.

Vi er enige i at alle gravide som søker fosterantallsreduksjon skal motta veiledning og informasjon ved et fostermedisinsk senter før søknaden behandles i abortnemnda (§16), at prosedyren ved fosterantallsreduksjon gjennomføres ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin (§17) og at lege med fostermedisinsk kompetanse inkluderes i nemnda ved søknad om fosterantallsreduksjon (§18).»

Den norske legeforening støtter mindretallet i at den gravides selvbestemmelse også skal gjelde ved fosterantallsreduksjon, og uttaler at det ikke er noen medisinskfaglige grunner til at fosterantallsreduksjon skal behandles annerledes enn abort av ett foster, og at flertallet i abortutvalget legger til rette for en fortsatt forskjellsbehandling av personer som er gravid med to eller flere foster sammenliknet med personer som er gravid med ett foster. Legeforeningen påpeker at det er viktig å skille behovet for informasjon og veiledning fra den gravides rett til selvbestemmelse.

Bergen kommune og Human-etisk Forbund støtter forslaget om obligatorisk veiledning, mens blant annet *Sentral klagenemnd for abortsaker, Norsk gynekologisk forening, Kvinnegruppa Ottar, Kvinnebevegelsens abortutvalg, Kvinnefronten, Nasjonalt SRHR-nettverk, JURK, Sex og Politikk* og *Sex og samfunn* går imot dette forslaget.

9.4 Departementets vurderinger og forslag

9.4.1 Definisjon av fosterantallsreduksjon

Departementet har vurdert abortutvalgets forslag om å endre definisjonen av fosterantallsreduksjon slik at dette inngrepet ikke lenger skal regnes som en abort. Abortutvalget viser til at fosterantallsreduksjoner skiller seg fra andre aborter ved at svangerskapet ikke avbrytes. Ved fosterantallsreduksjoner avbrytes utviklingen for ett

eller flere fostre mens gjenværende foster eller fostre utvikler seg videre. Fosterantallsreduksjoner gjøres med mål om å fortsette et svangerskap og føde ett eller flere barn, i motsetning til andre aborter der hele svangerskapet avsluttes.

Selv om inngrepet teknisk sett ikke avbryter et svangerskap, er det stor likhet mellom fosterantallsreduksjon og andre aborter. Departementet mener derfor det er hensiktsmessig å regulere fosterantallsreduksjoner i loven, og at inngrepet fortsatt bør regnes som en abort i lovens forstand. Forskjellen mellom fosterantallsreduksjoner og øvrige aborter som tilsier egne vilkår og regler for fosterantallsreduksjoner, ivaretas gjennom forslaget om en egen bestemmelse i loven om fosterantallsreduksjon, se lovutkastet § 4.

Dersom fosterantallsreduksjoner ikke skal defineres som aborter, kreves endringer i lovutkastet i denne proposisjonen, se beskrevet i punkt 9.4.2.

9.4.2 Rett til selvbestemt fosterantallsreduksjon

Som Abortutvalget peker på, skiller fosterantallsreduksjon seg vesentlig fra ordinære aborter fordi fosterantallsreduksjon gjøres med mål om å fortsette et svangerskap og føde ett eller flere barn. Ordinære aborter er ukompliserte inngrep med svært liten risiko for den gravides helse. Fosterantallsreduksjon kan imidlertid medføre risiko for skade, både for gjenværende foster eller fostre og den gravide selv. Faren for skade på gjenværende foster eller fostre og fremtidig barn reiser andre etiske problemstillinger enn ordinære aborter. Om dette skriver Abortutvalget i NOU 2023: 29 punkt 26.1:

«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 fosterantallsreduksjon 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.»

Abortutvalget understreker at vurderingen av risiko ved fosterantallsreduksjoner krever spesialisert kompetanse og uttaler:

«Utvalget har fått tilbakemelding fra nemnd-medlemmer 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.»

De særlige etiske hensynene overfor en tredjepart, det fremtidige barnet, og de kompliserte vurderingene av risiko ved inngrepet kan tale for at det er nødvendig med egne regler for saker om fosterantallsreduksjon, slik gjeldende lov har. Departementet har derfor vurdert forslaget til utvalgets flertall om å videreføre dagens krav om tillatelse fra abortnemnd for alle saker om fosterantallsreduksjoner. Etter flertallets forslag kan abortnemnda tillate fosterantallsreduksjon dersom vilkårene er oppfylt, men den gravide skal ikke ha rett til å få utført fosterantallsreduksjon.

Flertallets forslag støttes blant annet av *Jordmorforbundet*, *Bispemøtet i Den norske kirke*, *Norges kristelige lege- og tannlegeforening* og *Norges Kristne Råd*.

Norges Kristne Råd uttaler:

«Utvalgets flertall anfører gode argumenter for at fosterantallsreduksjon fortsatt bør godkjennes av nemnd og at det ikke bør være ren selvbestemmelse. Dette handler særlig om medisinske argumenter om at fosterantallsreduksjon, i motsetning til abort, bygger på medisinsk ofte komplekse vurderinger av det enkelte svangerskap, slik som antall fostre og plassering i livmoren, svangerskapslengde, forhold ved den gravide og hennes helse, og eventuelle sykdomstilstander hos et eller flere fostre. Fosterantallsreduksjon skiller seg fra abort ved at det utsetter gjenværende fostre for risiko – en risiko som må vurderes fra sak til sak.»

Lovteknisk vil utvalgsflertallets forslag om å ikke regne fosterantallsreduksjon som en abort, å unnta fosterantallsreduksjon fra retten til abort og

å kreve tillatelse fra abortnemnd for alle saker om fosterantallsreduksjon, kunne gjøres med følgende endringer i lovutkastet:

Forslag til § 1 første ledd første punktum endres til: «Loven skal sikre gravide rett til selvbestemmelse, lik rett til abort og tilgang til trygge aborter og fosterantallsreduksjoner, og at den gravide ivaretas og gis informasjon, veiledning og støtte.»

I forslag til § 2 og § 24 endres «aborter» til «aborter og fosterantallsreduksjoner».

I forslag til § 3 endres «abort som avbryter hele svangerskapet» til «abort».

I forslag til § 6 og § 24 endres «aborten» til «aborten eller fosterantallsreduksjonen».

I forslag til § 6, § 7 andre ledd, § 8, § 9 og § 23 endres «abort» til «abort eller fosterantallsreduksjon».

I forslag til § 22 endres «abort» til «abort og fosterantallsreduksjon».

I forslag til § 23 endres «aborten» til «aborten og fosterantallsreduksjonen».

Forslag til overskrift til § 3 endres til: «Rett til abort».

Forslag til § 4 endres til:

«§ 4 *Fosterantallsreduksjon*

For å utføre fosterantallsreduksjon kreves tillatelse fra en abortnemnd. Abortnemnda kan gi tillatelse dersom:

- svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse,
- det er høy risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel dersom svangerskapet videreføres for alle fostre,
- det er sannsynlig at fosteret har en alvorlig tilstand, eller at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel eller
- 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.

Tillatelse etter første ledd bokstav d kan bare gis dersom begrunnelsen for fosterantallsreduksjon veier tyngre enn risikoen for skade, for tidlig fødsel eller død for gjenværende foster.

§ 3 tredje og fjerde ledd gjelder tilsvarende.»

Forslag til overskrift til kapittel 3 endres til: «Kapittel 3. Krav om abort og søknad om fosterantallsreduksjon»

Forslag til overskrift til § 7 endres til:

«§ 7 *Krav om abort og søknad om fosterantallsreduksjon*

Forslag til § 7 første ledd endres til:

«Krav om abort og søknad om fosterantallsreduksjon skal settes frem av den gravide.»

Forslag til overskrift til kapittel 4 endres til:
«Kapittel 4. Vedtaksmyndighet i saker om abort og fosterantallsreduksjon»

Forslag til § 10 endres til:

«§ 10 Vedtaksmyndighet ved krav om abort og søknad om fosterantallsreduksjon

Abortnemndene behandler krav om abort etter § 3 andre ledd og søknader om fosterantallsreduksjon etter § 4.»

Forslag til § 13 tredje ledd endres til:

«Vedtaket om å gi tillatelse til abort etter § 3 andre ledd bokstav c og vedtak om å tillate fosterantallsreduksjon etter § 4 første ledd bokstav c kan fattes av nemndleder alene.»

Forslag til § 18 første ledd endres til:

«Ved avslag på krav om abort eller avslag på søknader om fosterantallsreduksjon skal abortnemnda straks sende vedtaket og sakens dokumenter til Abortklagenemnda.»

Forslag til § 24 andre ledd endres til:

«Fritaket må gjøres generelt og gjelde for alle former for abort og for fosterantallsreduksjoner.»

Departementet foreslår ikke å videreføre kravet om tillatelse fra nemnd ved alle søknader om fosterantallsreduksjoner. Mange høringsinstanser er imot et slikt krav, blant annet *Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Sentral klagenemnd for abortsaker, Norges kristelige lege- og tannlegeforening, Den norske legeförening, Human-etisk Forbund, Helse Bergen HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Rådet for legeetikk, Norsk sykepleieförbund, Norsk gynekologisk forening, Kvinnegruppa Ottar, Kvinnebevegelsens abortutvalg, Kvinnefronten, Nasjonalt SRHR-nettverk, JURK, Sex og Politikk, Sex og samfunn, Amnesty International Norge og LO.*

Den norske legeförening uttaler:

«Legeföreningen ser ingen medisinskfaglige grunner til at fosterantallsreduksjon skal behandles annerledes enn abort av ett foster, og mener flertallet i abortutvalget legger til rette for en fortsatt forskjellsbehandling av kvinner som er gravid med to eller flere foster sammenliknet med kvinner som er gravid med ett foster. [...] Legeföreningen er helt enig i at kvinner som skal gjennomgå fosterantallsreduksjon må få grundig informasjon om inn-

gripet, og om hvilke risikoer dette medfører. Her er det imidlertid viktig å skille behovet for informasjon og veiledning fra kvinnens rett til selvbestemmelse, slik abortutvalget selv vektlegger i utredningen for övrig. [...]

Legeföreningen mener abortutvalgets flertall tar for lite hensyn til medisinsk utvikling og nyere studier om risiko i sin begrunnelse. Det finnes en viss risiko for spontanabort av gjenværende fostre ved fosterantallsreduksjon, men denne risikoen er langt fra så stor som man kan få inntrykk av i rapporten [1]. I tillegg er det også en risiko forbundet med å være gravid med flere fostre, både for fostrene og for kvinnen selv. Det er heller ikke mulig å identifisere risikofaktorer på forhånd som indikerer at fosterantallsreduksjon ikke kan gjennomføres. Det er ingen gravide kvinner i Norge som har fått avslag på tvillingreduksjon i nemnd fordi prosessen ble ansett som for risikabel for mor eller for det gjenværende fosteret.»

Sentral klagenemnd for abortsaker uttaler:

«SK mener at selvbestemmelse ved fosterantallsreduksjon bør være i tråd med kvinnens generelle rett til selvbestemt abort, nettopp for å unngå at hun settes i en situasjon der abort av hele svangerskapet blir eneste mulighet. [...] Hvis reduksjon er teknisk umulig eller innebærer en klart ökt risiko for gjenværende foster eller kvinnen, bør dette formidles, med grundig informasjon om hvilke alternativ som foreligger. [...] Selv om fosterantallsreduksjon er et inngrep med risiko, ser vi ikke at en nemnd bedre kan vurdere hvilken risiko kvinnen vil ta, enn hun selv. Og det er kvinnene som må leve med konsekvensene av at gjenværende foster/fostre aborteres eller fødes prematurt etter fosterantallsreduksjonen.»

På samme måte som ved andre aborter mener departementet den gravide selv er nærmest til å avgjøre om inngrepet skal gjennomføres. Departementet mener det er svært viktig for den gravide å selv kunne avgjøre om hun skal bære frem alle fostrene eller om antallet skal reduseres. Dette er en beslutning som vil ha stor betydning for hennes fremtidige liv.

Departementet ser at inngrepet som gjøres ved fosterantallsreduksjon innebærer en viss risiko for det gjenværende fosteret i tråd med Abortutvalget. Abortutvalget beskriver ordinær

abort som et ukomplisert inngrep for den gravides helse, men peker på en større risiko ved fosterantallsreduksjon, og særlig etter uke 14. Denne risikoen og de kompliserte vurderingene knyttet til risiko er deres begrunnelse for særlige prosessuelle krav til søknad om fosterantallsreduksjon, flertallets forslag om nemndbehandling av alle søknader om fosterantallsreduksjoner, og at inngrepet ikke skal betegnes som abort. Likevel mener departementet at vurderingen kan gjøres av den gravide selv. Med god informasjon og veiledning vil den gravide være i stand til å ta gode beslutninger og selv avveie risikoen for skade på gjenværende foster mot de hensynene som taler for fosterantallsreduksjon.

Gravide tar gjennom svangerskapet mange beslutninger som har betydning for fosteret. Som foreldre vil den gravide senere, måtte ta mange beslutninger om blant annet helsehjelp på vegne av sine barn. Departementet kan ikke se at vurderingen av risiko for gjenværende foster ved fosterantallsreduksjon skiller seg vesentlig fra andre vurderinger som gravide og foreldre kan måtte ta på vegne av sine barn.

Departementet mener også det må legges vekt på at det vil være et alternativ for den gravide å kreve abort og avslutning av svangerskapet for alle fostrene, dersom hun ikke får tillatelse til å utføre fosterantallsreduksjon før utgangen av 18. svangerskapsuke. Departementet er enig med den sentrale abortklagenemnda i at den gravide ikke bør settes i en situasjon der avbrudd av hele svangerskapet er eneste mulighet.

Departementet mener derfor den gravide selv bør ta avgjørelsen om antallet fostre skal reduseres dersom inngrepet kan gjøres innenfor grensen for selvbestemt abort.

Videre foreslår departementet at den gravide skal ha en lovfestet rett til å få utført fosterantallsreduksjoner dersom inngrepet kan utføres innen utgangen av 18. svangerskapsuke eller dersom abortnemnda har gitt tillatelse, jf. punkt 9.4.3. Retten til fosterantallsreduksjon vil imidlertid ikke gjelde dersom det er konkrete forhold ved den gravide eller svangerskapet som innebærer at det ikke er teknisk mulig å gjennomføre inngrepet på en forsvarlig måte. Helseforetaket og helsepersonellet vil ha plikt til å drive forsvarlig virksomhet. I konkrete tilfeller kan retten til fosterantallsreduksjon derfor måtte vike av hensyn til forsvarlighet. Dette kan for eksempel være tilfelle dersom fostrene har felles morkake. Det kan også være tilfeller der overvekt hos den gravide gjør det svært vanskelig å gjennomføre inngrepet på en sikker måte.

9.4.3 Vilkår for å tillate fosterantallsreduksjon etter grensen for selvbestemmelse

Departementet er enig med Abortutvalget i at vilkårene for å tillate fosterantallsreduksjon etter utgangen av 18. svangerskapsuke i hovedsak bør være de samme som for øvrige aborter. På samme måte som for øvrige aborter, mener departementet også at nemnda skal ha plikt til å gi tillatelse til fosterantallsreduksjoner dersom vilkårene er oppfylt, og at den gravide skal ha rett til å få utført inngrepet dersom nemnda har gitt tillatelse.

Fosterantallsreduksjon bør være tillatt etter utgangen av 18. svangerskapsuke dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet(-a) fører til fare for den gravides fysiske eller psykiske helse, dersom det er sannsynlig at fosteret har en alvorlig tilstand, eller det er sannsynlig at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel. Disse vilkårene er identiske med to av vilkårene for å innvilge øvrige aborter etter utgangen av 18. svangerskapsuke.

Videre mener departementet at abortnemnda skal innvilge fosterantallsreduksjon dersom 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. Departementet slutter seg også til utvalgets forslag om at under dette vilkåret skal abortnemndene veie kravene til grunn for fosterantallsreduksjon opp mot risiko for skade eller for tidlig fødsel for gjenværende foster.

Departementet er enig med utvalget i at nemnda også skal kunne innvilge fosterreduksjon dersom det er høy risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel dersom svangerskapet videreføres for alle fostre. Tilsvarende vilkår gjelder ikke for øvrige aborter. Bakgrunnen er at å redusere antall fostre i noen tilfeller kan redusere risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel for gjenværende fostre.

På samme måte som ved behandling av andre typer aborter, bør abortnemnda legge betydelig vekt på hvordan den gravide selv oppfatter sin situasjon når hun vurderer fosterantallsreduksjon.

Som for øvrige aborter, foreslår departementet å videreføre dagens øvre grense for abort. Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan fosterantallsreduksjon bare tillates dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel.

Forslagene til vilkår for å kunne gi tillatelse til fosterantallsreduksjon får i hovedsak tilslutning fra høringsinstansene som uttaler seg om dette. Enkelte instanser ønsker imidlertid at det skal stilles strengere krav for å kunne tillate fosterantallsreduksjoner. Departementet mener det ikke er behov for ytterligere heving av terskelen for å innvilge fosterantallsreduksjon. Etter forslaget skal nemnda veie kravene til grunn for fosterantallsreduksjon opp mot risiko for skade, for tidlig fødsel eller død for gjenværende foster når den tar stilling til om fosterantallsreduksjon kan tillattes. Dette gjelder når grunnlaget for søknaden er at medisinske forhold ved fosteret(-ne), forhold ved den gravide, den gravidens livssituasjon, eller en kombinasjon av disse gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende. Dette innebærer at det ved fosterantallsreduksjoner gjøres en ekstra vurdering for å ivareta hensynet til gjenværende foster eller fostre.

9.4.4 Obligatorisk veiledning

Det er viktig at gravide som vurderer fosterantallsreduksjon får tilbud om informasjon og veiledning. Departementet er enig med utvalget at 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 den gravide kan gjøre en selvstendig og informert vurdering av de ulike handlingsalternativene.

Et samlet utvalg foreslår et krav om obligatorisk veiledning ved søknader om fosterantallsreduksjoner. Et slikt krav kan lovteknisk gjennomføres ved å tilføye en ny bestemmelse i lovutkastet kapittel 2 som tilsvarer Abortutvalgets forslag til § 16:

«§ x 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.»

Noen høringsinstanser støtter utvalgets forslag om obligatorisk veiledning, blant annet *Human-etisk Forbund*, *Bergen kommune* og *Oslo universitetssykehus HF*.

Departementet mener imidlertid at informasjonen og veiledningen bør være frivillig, og følger ikke opp dette forslaget. De fleste gravide som vurderer fosterantallsreduksjon, vil være interes-

sert i å få informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger og risiko. Dersom den gravide ikke ønsker veiledning, vil en obligatorisk samtale trolig ha svært begrenset effekt. Informasjon og veiledning i forbindelse med fosterantallsreduksjon bør være frivillig på samme måte som informasjon og veiledning i forbindelse med annen helsehjelp. Flere høringsinstanser går også imot forslaget om obligatorisk veiledning, blant annet *Sentral klagenemnd for abortsaker*, *Norsk gynekologisk forening*, *Kvinnegruppa Ottar*, *Kvinnebevegelsens abortutvalg*, *Kvinnefronten*, *Nasjonalt SRHR-nettverk*, *JURK*, *Sex og Politikk* og *Sex og samfunn*.

9.4.5 Helsetjenester ved fosterantallsreduksjon

Departementet foreslår ikke å lovfeste hvor undersøkelse og utredning i forbindelse med fosterantallsreduksjon skal skje. Dette skal omtales i retningslinjer.

Departementet er heller ikke enig i utvalgets forslag om å lovfeste hvor fosterantallsreduksjoner skal tilbys. Avansert invasiv fostermedisin er godkjent som en nasjonal behandlingstjeneste med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-3, jf. forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus kapittel 4. Nasjonale behandlingstjenester skal kun etableres ved ett helseforetak i landet, jf. forskriften § 4-2 første ledd. St. Olavs hospital HF er godkjent som ansvarlig institusjon for tjenesten avansert invasiv fostermedisin. Tilbud om fosterantallsreduksjon inngår som ett av behandlingstilbudene i denne tjenesten. Det er derfor ikke behov for en ytterligere regulering i loven av hvor inngrepet kan og skal skje.

Etter departementets vurdering er det heller ikke behov for å lovregulere at metoden som brukes og gjennomføringen av inngrepet skal følge de til enhver tid anerkjente medisinske retningslinjer for fosterantallsreduksjon. Det følger allerede av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 at alle spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige, og etter helsepersonelloven § 4 skal helsepersonell «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers.» En sentral del av vurderingen av om helsehjelpen er forsvarlig etter disse to bestemmelsene vil være om den er utført i tråd med faglige anbefalinger eller ret-

ningslinjer. Dersom faglige anbefalinger eller retningslinjer ikke følges, må dette begrunnes særskilt. Etter departementets vurdering vil en særskilt lovregulering av at inngrepet skal utføres etter anerkjente medisinske retningslinjer være overflødig. Departementet kan heller ikke se at det er behov for en slik bestemmelse av pedagogiske grunner eller av hensyn til helheten i lovverket.

En slik regulering av helsetjenestene ved fosterantallsreduksjon kan lovteknisk gjennomføres ved å tilføye en ny bestemmelse i kapittel 2 som tilsvarer utvalgets forslag til § 17:

«§ x 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.»

10 Rett til informasjon, veiledning og oppfølgingsamtale

10.1 Rett til informasjon og veiledning

10.1.1 Gjeldende rett

Abortloven § 2 gir regler om den gravides rett til informasjon og veiledning i forbindelse med abort. Bestemmelsen lyder:

«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.»

I abortforskriften § 2 er det gitt nærmere regler om informasjon og veiledning til den gravide. Den gravide har etter § 2 første ledd krav på informasjon om inngrepets art og medisinske virkninger. Her vil også reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 om pasienters rett til informasjon ved ytelse av helsehjelp gjelde. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Etter § 3-5 skal informasjonen være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Etter abortforskriften § 2 andre ledd skal den gravide som setter frem begjæring om abort få tilbud om informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby hen. Informasjonen skal omfatte aktuelle økonomiske ytelser som den gravide vil ha rett til, og eventuelle andre aktuelle sosiale hjelpetiltak. Veiledningen skal hjelpe den gravide til å treffe sitt valg. Formålet skal være å bistå den gravide slik at den gravide kan komme frem til hva hun selv mener er den beste løsningen. Informasjonen og veiledningen skal gis på en objektiv måte og uten at helsepersonellet gir uttrykk for sine personlige vurderinger, jf. § 2 fjerde ledd.

Informasjonen og veiledningen til den gravide skal gis av den lege eller abortnemnd som hun henvender seg til med ønske om abort, jf. abortforskriften § 2 andre ledd. Veiledningen kan skje i samarbeid med sosionom, helsesykepleier, jordmor eller annen sakkyndig person. Dersom den gravide ønsker annen rådgivning for selv å kunne treffe det endelige valg, kan legen eller nemnda informere henne om andre sakkyndige instanser, jf. tredje ledd.

Fastleger vil ha plikt til å gi informasjon og veiledning til sine listepasienter som vurderer abort og ønsker informasjon og veiledning, jf. abortforskriften § 2 andre ledd og fastlegeforskriften § 10. Etter fastlegeforskriften § 24 femte ledd skal fastlegen ikke henvise den gravide til spesialisthelsetjenesten, men sende begjæringen om abort sammen med relevante og nødvendige medisinske opplysninger til det sykehus eller annen institusjon hvor aborten skal utføres. Dersom aborten ikke kan utføres før utgangen av 12. svangerskapsuke, skal fastlegen også sende en skriftlig utredning om de grunner den gravide anfører for sitt ønske om abort, jf. abortloven § 7.

10.1.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår å videreføre en rett til veiledning og informasjon for gravide som vurderer å kreve eller søke om abort. Formålet er å gi den gravide et best mulig grunnlag for sin beslutning.

Gravide som vurderer abort skal ha lovfestet rett til veiledning fra helsepersonell og rett til informasjon om relevante offentlige velferdsordninger og andre tjenestetilbud som kan være aktuelle hvis hun fullfører svangerskapet.

Informasjonen skal omfatte aktuelle tjenester, økonomiske ytelser som den gravide vil ha rett til, og eventuelle andre aktuelle sosiale hjelpetiltak. Hvis det er påvist medisinske tilstander hos fosteret, skal den gravide få tilbud om informasjon og veiledning fra annet personell som arbeider med personer med funksjonsnedsettelse, for eksempel habiliteringstjenester og relevante bruker- og interesseorganisasjoner.

Etter forslaget skal det ikke stilles krav om at den gravide har fremsatt krav om, eller søkt om abort for at rettigheten skal kunne gjøres gjeldende.

Informasjon og veiledning skal ta utgangspunkt i den gravides 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.

Utvalget foreslår også å lovfeste en rett for den gravide til individuelt tilpasset informasjon om selve aborten, hvordan aborten gjennomføres og om medisinske virkninger og mulige komplikasjoner.

Både kommunene og de regionale helseforetakene skal ha ansvar for å tilby informasjon og veiledning. Den gravide skal kunne kontakte sin fastlege for samtale og veiledning i forkant av abort dersom hun ønsker det. Ungdom og skoleelever skal kunne kontakte helsestasjon for ungdom eller skolehelsetjenesten for samtale og veiledning.

Utvalget mener at abortnemndenes dobbeltrolle som beslutningstaker og samtidig ansvarlig for å gi gravide informasjon og veiledning er svært uheldig. Abortutvalget foreslår derfor å skille disse oppgavene og at ansvaret for å gi den gravide råd og veiledning skal ligge utenfor nemndene. Helsestjenesten skal ivareta tilbudet om veiledning og informasjon før og etter en abort, og sykehuset i forbindelse med selve aborten.

10.1.3 Høringsinstansenes syn

Mange av høringsinstansene støtter forslaget om rett til informasjon og veiledning, blant annet *Folkehelseinstituttet, Landsforeningen av helsesykepleiere, Nordland fylkeskommune, Stavanger kommune, Bergen kommune, Helsedirektoratet, Sentral klagenemnd for abortsaker, Likestillings- og diskrimineringsombudet, Fagråd for sosionomer ved Oslo universitetssykehus HF, Barseloppåret, Oslo universitetssykehus HF, Oslo kommune, Sex og samfunn, Amatheia, Menneskeverd, AVYO i Delta, Norges Kristne Råd, Norsk råd for misjon og evangelisering, Norsk Sykepleierforbund, Rådet for legeetikk, Norsk Gynekologisk Forening, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Nasjonalt SRHR-nettverk, Lillestrøm kommune, Rådet for legeetikk Den Evangelisk Lutherske Frikirke, Norges Kvinnelobby, Foreningen for hjerteskye barn, Den norske jordmorforening og MiRA-Senteret.*

MiRA-Senteret uttaler:

«MiRA-Senteret synes det er positivt at det blir lagt strengere føringer for hvem som gir infor-

masjon. Senteret har vært i kontakt med kvinner som har ønsket abort som forteller at oppfølgingen om selve prosessen og i oppfølgingen i etterkant har vært minimal. For mange minoritetskvinner oppleves abort som skambelagt, og mange sitter igjen med dårlig selvfølelse og en forverret skamfølelse. Samtidig er det mange minoritetskvinner som ikke har personer/nettverk rundt seg som de kan snakke med om disse temaene om og det er derfor særskilt viktig at man er bevisst må at disse kvinnene får målrettet informasjon om hvor og hvordan de kan oppsøke hjelp i denne prosessen. For mange vil dette kunne gjøre at man risikerer å måtte stå helt alene i en slik prosess, og de psykiske belastningene i etterkant vil heller ikke bli like utfordrende når man har fagpersoner å støtte seg på.»

Sex og samfunn uttaler at informasjon og veiledning alltid må være frivillig og tilpasset den enkeltes forutsetninger, blant annet språk, kulturelle bakgrunn og funksjon. Retten må gjelde uavhengig av hvor i landet den gravide bor.

Pro Senteret fremhever viktigheten av å bruke kvalifiserte tolker og uttaler:

«Pro Senteret har i en årrekke pekt på mangelfull bruk av tolk i helsevesenet og hjelpeapparatet. Vi vil derfor også fremheve viktigheten av tilgang til, og bruk av, tolk. Vi vil fremholde viktigheten av at tolken ikke bare er kvalifisert reint språklig. Pro Senteret har erfaring med at kvalifiserte tolker har brukt et altfor avansert språk, noe som virker mot hensikten med bruk av tolk.»

Human-Etisk Forbund, Helsedirektoratet og *LO* støtter forslaget om å legge nemndas veiledningsansvar til andre instanser i helsetjenesten.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet mener det bør presiseres i lovteksten at gravide som har behov for tilrettelagt informasjon og veiledning, har krav på det og at helsepersonellet har plikt til å gi dette.

JURK understreker at informasjon og veiledning må være frivillig.

FO Trøndelag mener alle gravide som vurderer abort, bør ha rett til en samtale med sosionom.

Trondheim kommune uttaler at en utvidelse av abortgrensen kan føre til et økt behov for konsultasjoner og oppfølgingstimer, og at det trengs ytterligere kurs/opplæring og ressurser for å styrke jordmødrene med oppdatert informasjon og ferdigheter. Kommunen påpeker også at en

utvidelse av abortgrensen kan føre til økt behov for rådgivning i skolehelsetjenesten og helsestasjon, og at dette på samme måte må legges til rette for.

Landsforeningen 1001 dager og Norges kristelige lege- og tannlegeforening foreslår obligatorisk samtale for alle som ønsker provosert abort. Norges kristelige lege- og tannlegeforening mener også at det bør være en ventetid på to dager mellom slik samtale og en eventuell provosert abort.

Den norske legeforening mener det faglig sett kan være riktig å legge ansvaret for oppfølgings-samtaler etter en abort til fastlegene, men at fastlegetjenesten ikke kan pålegges flere oppgaver uten at kapasiteten økes. Legeforeningen mener også at kvinnen må bestille legetime selv, og at det ikke er noe som bør skje automatisk.

Abortnemnda ved Sykehuset i Vestfold mener samtalen i forkant av en eventuell abort bør være med gynekolog, spesialtrent sykepleier eller jordmor og gjennomføres i spesialisthelsetjenesten.

Norsk sykepleierforbund peker på nemndenes dobbeltrolle om mener «behovet for informasjon, veiledning og støtte må ivaretas av andre, som fastlegen, helsestasjon og skolehelsetjeneste, og at jordmødre og helsesykepleiere har en naturlig plass i dette».

Også *LO* mener ansvaret for informasjon og veiledning bør ligge utenfor nemndene.

Reform mener den gravides partner også bør tilbys informasjon og veiledning og uttaler.

«Etter Reformers mening er det ingen konflikt mellom å tilby veiledning til partner i et nytt lovverk, og samtidig ivareta den gravides autonomi. Gravide flest ønsker, som vi har vist, å vite hva mannen tenker om en eventuell abort. Hvordan paret sammen klarer å tematisere spørsmålet vil ofte være viktig for deres videre helsesituasjon.

Slik sett er tilbud om informasjon og veiledning som også omfatter menn viktig i et forebyggende helseperspektiv. Informasjon og veiledning av den gravide og den eventuelle partneren bør derfor tilstrebe å ha et systemisk helseperspektiv, som anerkjenner at begge foreldre blir berørt og kan ha behov ved en eventuell abort.»

10.1.4 Departementet vurderinger og forslag

Departementet er enig i Abortutvalgets forslag om å videreføre en rett for gravide som vurderer abort til å få veiledning og informasjon om rele-

vante offentlige velferdsordninger og andre tjenestetilbud som kan være aktuelle hvis den gravide fullfører svangerskapet. Forslaget får bred støtte i høringen.

Informasjonen og veiledningen skal ha som mål å hjelpe og støtte den gravide i valgsituasjonen, gi den gravide et godt grunnlag for å kunne ta en selvstendig beslutning om hun ønsker å avslutte eller fullføre svangerskapet. Det er viktig at gravide ivaretas i denne valgsituasjonen og at de for eksempel ikke opplever press til å få utført abort, men at hun har en selvfølgelig rett til å fullføre svangerskapet samtidig som hun har en rett til selvbestemmelse, i tråd med forslaget til formålsparagraf jf. lovforslaget § 1. Betydningen av at informasjonen som gis er objektiv og nøytral og at den gravide ikke utsettes for noen form for press i valgsituasjonen er understreket blant annet ved at dette er tatt inn som en del av lovens formål og ved utformingen av teksten i § 6. Eksempler på utilbørlig press kan være oppfordringer om å avslutte svangerskapet fordi barnet vil være en byrde for samfunnet eller oppfordringer til å fullføre svangerskapet av hensyn til andre familier i lignende situasjon. Departementets forslag er ment å sikre den gode, nøytrale veiledningen der helsepersonellet evner å lytte til den gravides egne dilemmaer. Ved behov kan også frivillige organisasjoner bidra, hvis den gravide selv ønsker det.

Dersom den gravide ønsker det, skal hun få informasjon om blant annet tjenester og økonomiske ytelser som den gravide vil ha rett til, og eventuelle andre sosiale hjelpetiltak. Hvis det er påvist medisinske tilstander hos fosteret, bør den gravide få tilbud om informasjon og veiledning fra personell som arbeider med funksjonshemmede, for eksempel habiliteringstjenester og relevante bruker- og interesseorganisasjoner.

Informasjonen skal være tilpasset den gravide og hennes behov og forutsetninger. Dersom det er behov for tolk, skal dette benyttes. Betydningen av å bruke tolk dersom den gravide har behov for det fremheves av blant annet Pro Senteret og MiRA-Senteret.

Retten til informasjon og veiledning skal gjelde alle gravide som vurderer abort, uavhengig av hvor langt i svangerskapet den gravide er kommet, uavhengig om kvinner velger å fullføre svangerskapet eller ta abort og uavhengig av hvilket grunnlag det er aktuelt for den gravide å søke om abort på. Abortutvalget peker på at i deres intervjuer opplevde noen abortsøkende at de var presset til å ta abort fra både partner, familie og helse-tjenesten eller opplevde sterke forventninger om å ta abort fra andre.

Departementet er enig med utvalget i at gravide som har ønske om samtale og råd ut over informasjon om medisinske forhold, må få mulighet til refleksjon med en uavhengig part før behandlingen i abortnemnda. Abortnemndene skal ta beslutningen om den gravide skal få tilatelse til abort etter 18. svangerskapsuke. Dette kan gjøre det vanskelig for den gravide å rådføre seg med eller be om veiledning fra medlemmer i nemnda dersom hun er i tvil om valget. Nemndene bør derfor ikke være ansvarlig for å gi den gravide råd og veiledning i valgsituasjonen. Dette er en uheldig dobbeltrolle som ikke bør videreføres. Forslaget om å legge ansvaret for informasjon og veiledning til andre instanser enn abortnemndene får støtte fra blant annet *Human-Etisk Forbund*, *Helsedirektoratet*, *Norsk sykepleierforbund* og *LO*.

Departementet foreslår at kommunene og de regionale helseforetakene skal ha plikt til å sørge for et tilbud til gravide som vurderer abort, om veiledning i valgsituasjonen og informasjon om relevante offentlige velferdsordninger og andre tjenestetilbud som kan være aktuelle hvis hun fullfører svangerskapet. Hvem som skal sørge for å oppfylle rettigheten til den enkelte gravide vil blant annet avhenge av hvor den gravide henvender seg og hvilket grunnlag hun søker abort på. Informasjonen skal så langt som mulig gjennomføres i tråd med den gravides behov, både med tanke på varighet og hos hvem oppfølgingen skal foregå.

For de gravide som henvender seg til fastlegen, helsestasjon eller annen del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten fordi de vurderer abort, vil ansvaret for at det finnes et tilbud om veiledning og informasjon om relevante offentlige velferdsordninger i første rekke ligge hos kommunen. De regionale helseforetakene vil ha ansvar for at det finnes et tilbud om informasjon og veiledning til gravide som henvender seg direkte til sykehuset med spørsmål om abort. Dersom den gravide vurderer abort på grunn av tilstander ved fosteret, vil det også være naturlig at veiledning i valgsituasjonen og informasjon om relevante offentlige velferdsordninger gis av spesialisthelsetjenesten.

Kommunene og de regionale helseforetakene avgjør selv hvordan de vil organisere et slikt tilbud. Veiledningen skal gis på en slik måte og ha et slikt innhold at det kan hjelpe den gravide til å ta en beslutning med utgangspunkt i hennes konkrete situasjon og hennes eget verdigrunnlag og livssyn.

Departementet foreslår også å videreføre en rett for gravide som vurderer abort til å få infor-

masjon om selve aborten, hvordan aborten gjennomføres og om medisinske virkninger og mulige komplikasjoner.

I forbindelse med utførelsen av aborten vil den gravide ha rett til informasjon om selve aborten også etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Etter denne bestemmelsen skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Helsepersonellet som yter helsehjelp i forbindelse med gjennomføringen av aborten, har plikt etter helsepersonelloven § 10 til å gi den gravide den informasjon hun har krav på etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Dette vil særlig gjelde helsepersonellet ved sykehuset i forbindelse med gjennomføringen av aborten.

Dersom den gravide henvender seg til sin fastlege med ønsket om abort, skal fastlegen ikke henvise til abort, men sende den gravides begjæring om abort sammen med relevante og nødvendige medisinske opplysninger til det sykehus eller annen institusjon hvor inngrepet skal utføres. Dersom begjæringen om abort må behandles i nemnd, skal fastlegen også sende en skriftlig utredning om de grunner den gravide anfører for sitt ønske om abort. Dette følger av fastlegeforskriften § 24 femte ledd. I den forbindelse skal fastlegen også gi den gravide relevant informasjon knyttet til denne helsehjelpen og besvare eventuelle spørsmål innenfor sitt kompetanseområde.

Helsepersonell ved helsestasjon og skolehelsetjenesten vil også kunne gi informasjon om selve aborten, hvordan den gjennomføres, medisinske virkninger og bivirkninger.

Informasjonen og veiledningen bør gjennomføres med respekt for at den gravide selv har ansvaret for beslutningen om abort. Departementet foreslår derfor – i likhet med utvalget – å lovfeste at informasjonen og veiledningen skal gis på en objektiv og nøytral måte, uten at helsepersonellet gir uttrykk for sine personlige vurderinger. Dette er også en lovfesting av gjeldende krav etter abortforskriften § 2.

Enkelte instanser mener informasjon og veiledning i forkant av en abort bør være obligatorisk. Departementet foreslår ikke det. Informasjonen og veiledningen bør være frivillig. Dersom den gravide ikke ønsker veiledning, vil en obligatorisk samtale trolig ha svært begrenset effekt. Informasjon og veiledning i forbindelse med abort bør være frivillig på samme måte som informasjon og veiledning i forbindelse med annen helsehjelp.

10.2 Rett til oppfølgingssamtale etter abort

10.2.1 Gjeldende rett

Abortlovgivningen har i dag ingen særskilte bestemmelser som gir rett til oppfølgingssamtaler for de som har gjennomgått abort. Personer som har gjennomgått abort og som har behov for oppfølgingssamtaler i etterkant av aborten, har rett til dette etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 om rett til nødvendig helsehjelp.

Etter abortloven § 14 a har personer som har tatt abort en lovfestet rett til prevensjonsveiledning. Veiledningen skal gis dersom personen ber om det. Veiledningen bør gis av helsepersonell med særlig innsikt på området (leger, jordmødre, helsesøstre m. fl.), jf. Ot.prp. nr. 53 (1977–78) kapittel VI.

10.2.2 Abortutvalgets forslag

Utvalget foreslår å innføre en lovfestet rett til oppfølgingssamtaler i helsetjenesten for alle som har gjennomgått en abort.

Både kommunene og de regionale helseforetakene skal ha plikt til å tilby slike samtaler i etterkant av aborten. Samtalene skal tilbys og så langt mulig gjennomføres i tråd med personens behov, både med tanke på varighet og hos hvem oppfølgingen skal foregå. Utvalget mener imidlertid det er naturlig at fastlege og kommunale helse tjenester har et særlig ansvar for å organisere tilbud om oppfølgingssamtaler.

Forslaget om rett til oppfølgingssamtaler gjelder gravide som har gjennomgått abort etter loven. Gravide som har gjennomgått spontanaborter vil ikke ha rettigheter etter den foreslåtte bestemmelsen, jf. utvalgets lovutkast § 3 nr. 1. Etter sin ordlyd omfatter utvalgets forslag til lovbestemmelse om rett til oppfølgingssamtale heller ikke gravide som har fått utført en fosterantallsreduksjon, jf. utvalgets forslag til lovutkast § 7 tredje ledd, jf. § 3 nr. 1 og 5.

10.2.3 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstansene som uttaler seg om dette, støtter forslaget om rett til oppfølgingssamtale, blant annet *Helsedirektoratet*, *Sentral klagenemnd for abortsaker*, *Fagråd for sosionomer ved Oslo universitetssykehus HF*, *Kvinnegruppa Ottar*, *Norsk Kvinnesaksforening*, *LO*, *Barselopp-røret*, *Folkehelseinstituttet*, *Amathea*, *Menneskeverd*, *Norsk råd for misjon og evangelisering*, *AVYO i Delta*, *Norges Kristne Råd*, *Norsk Sykepleierfor-*

bund, *Norske Kvinners Sanitetsforening*, *Nasjonalt SRHR-nettverk*, *Helse Vest RHF*, *Lillestrøm kommune*, *Helse Bergen HF*, *Norges Kvinnelobby*, *Likestillings- og diskrimineringsombudet*, *Den norske jordmorforening* og *Oslo universitetssykehus HF*.

Sex og Politikk er i tvil om rett til veiledning og informasjon bør reguleres i en abortlov og uttaler:

«For det første mener vi slik rett allerede er dekket i annen helselovgivning. For det andre mener vi at dersom det skal lovfestes, bør det være for alle som er i, eller nylig har vært i, en vanskelig situasjon som gravide, enten de har søkt abort eller ikke, og enten de har tatt abort eller ikke. Ved å lovfeste rett til veiledning og støtte til de som har tatt abort, indikeres det at abort er et problem. Vi mener at abort er løsningen på problemet som en uønsket eller umulig graviditet er. De som trekker abortsøknaden, kan ha behov for oppfølging. I særlig grad kan de som har fått avslag på søknad om abort, en gruppe vi i dag ikke har noen kunnskap om, ha behov for støtte.»

Foreningen for hjertesyke barn uttaler at:

«Oppfølging av kvinner som får påvist avvik hos fosteret og som står foran valg, om abort, må skilles ut som egen gruppe med eget forløp, hvor fostermedisinske sentre har hovedansvaret for oppfølgingen.»

Norsk gynekologisk forening, *Den norske jordmorforening*, *Helse Stavanger HF* og *Helse Vest RHF* mener oppfølgingssamtale etter abort normalt bør skje hos egen lege eller i primærhelsetjenesten, og ikke i spesialisthelsetjenesten.

Den norske jordmorforening mener jordmødre kan spille en naturlig rolle i oppfølgingssamtaler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter aborter sent i svangerskapet bør den gravide ha rett til oppfølgingssamtale i spesialisthelsetjenesten dersom hun ønsker det.

Lillestrøm kommune uttaler:

«Kommunen støtter at loven må tydeliggjøre rett vil råd og veiledning i hele prosessen, uavhengig av hvilket valg som tas i spørsmål om abort. Videre er det viktig at spesialisthelsetjenesten sikrer god kvalitet og har riktig kapasitet til å yte både veiledning i forkant, god helsefaglig gjennomføring av prosessen og har tilbud om oppfølging i etterkant. Samhandling med kommunehelsetjenesten, her særlig fastlegene, vil være viktig for å sikre oppfølging i

etterkant og potensielt over tid for de som vil trenge dette.»

NAKU understreker behovet for at personer med utviklingshemming får tilpasset støtte og bistand i etterkant av en abort.

Likestillings- og diskrimineringsombudet påpeker at tilbudet om oppfølging må være likeverdig uavhengig av bosted. Ombudet mener også det bør vurderes å omtale mannspektivet i lovens forarbeider.

10.2.4 Departementet vurderinger og forslag

Departementet er enig i Abortutvalgets forslag om å innføre en rett til oppfølgingssamtale for personer som har gjennomgått en abort. Forslaget får bred støtte i høringen. Retten bør omfatte alle som har gjennomgått en abort etter loven og som ønsker en slik samtale, uavhengig av når i svangerskapet aborten skjedde, om det var en ordinær abort eller fosterantallsreduksjon og uansett hva som var grunnlaget for aborten dersom den ble gjennomført etter behandling i nemnd. Retten omfatter imidlertid ikke personer som har gjennomgått spontane aborter.

En abort er for mange en følelsesmessig vanskelig opplevelse og noen opplever dette som en krisesituasjon i livet. De aller fleste som tar abort opplever ikke alvorlige eller langvarige psykiske reaksjoner i etterkant av aborten, men noen kan ha et behov for å bearbeide situasjonen i etterkant, og snakke med noen om opplevelsen.

Departementet foreslår at både kommuner og de regionale helseforetakene skal ha plikt til å sørge for et tilbud om oppfølgingssamtaler. Den som har gjennomgått en abort kan be om en samtale om ettervirkninger av aborten hos sin fastlege dersom hun ønsker det. Hun kan også be om et tilbud ved sykehuset som har vært ansvarlig for gjennomføringen av aborten. Dette kan for eksempel gjennomføres av sosionomer dersom sykehuset har dette. Slike konsultasjoner skal være gratis, jf. kapittel 13.

I utgangspunktet foreslår departementet at det skal gis tilbud om inntil to samtaler gratis (konsultasjoner uten egenandel hvis samtalen skjer hos fastlege eller ved poliklinisk konsultasjon, ved helsestasjon er tilbudet uansett gratis). Departementet antar at det i slike samtaler ofte kan være behov for mer tid enn ved vanlige konsultasjoner på 20 minutter. I hvilken grad det vil være behov for ytterligere oppfølging må vurderes konkret av det enkelte helsepersonellet.

Forslaget innebærer ikke en plikt for sykehus eller fastleger til automatisk å kalle inn alle gravide som har gjennomgått abort til slike samtaler. Erfaring tilsier også at ikke alle som har gjennomgått en abort ønsker oppfølgingssamtaler. Det bør derfor ikke etableres rutiner for automatisk innkalling. Alle som har gjennomgått en abort skal imidlertid få informasjon om at de kan få slike samtaler dersom de ønsker det, enten ved sykehuset eller hos sin fastlege.

11 De regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for tilbud om abort

11.1 Gjeldende rett

Etter abortloven § 14 har de regionale helseforetakene plikt til å organisere sykehustjenesten slik at gravide innen helseregionen til enhver tid kan få utført abort. I bestemmelsen henvises til de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for tilbud om spesialisthelsetjenester innen sine respektive helseregioner etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Ansvaret for å sørge for tilbud om abort er lagt til de regionale helseforetakene fordi helsehjelp ved gjennomføring av aborter regnes som en spesialisthelsetjeneste. Abortloven har også en bestemmelse som stiller krav om at aborter *etter* utgangen av 12. svangerskapsuke bare kan utføres på sykehus. Aborter *før* utgangen av 12. svangerskapsuke kan også utføres i andre institusjoner som er godkjent av statsforvalteren, jf. abortloven § 3.

11.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår å videreføre det ansvaret de regionale helseforetakene har etter gjeldende rett for å sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen tilbys abort i tråd med abortloven.

Utvalget mener samtidig at loven ikke bør stenge for et fremtidig tilbud om abort utenfor spesialisthelsetjenesten. Utvalget foreslår derfor ikke å videreføre kravet etter gjeldende lov § 3 om at aborter etter utgangen av 12. svangerskapsuke må skje på sykehus, og at aborter før utgangen av 12. svangerskapsuke må skje på sykehus eller andre godkjente institusjoner. For å legge til rette for at det kan etableres tilbud om abort utenfor spesialisthelsetjenesten, for eksempel i regi av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, foreslår utvalget en bestemmelse om at de regionale helseforetakene kan inngå avtale med andre tilbydere om aborttjenester. Ansvaret for å sørge for tjenesten vil fortsatt ligge hos de regionale helseforetakene, mens gjennomføringen skjer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget

peker på at dette forutsetter avtale mellom tjenestenivåene.

11.3 Høringsinstansenes syn

Blant annet *Helsedirektoratet, Kvinnebevegelsens abortutvalg, Norske Kvinners Sanitetsforening, Kvinnefronten, Sex og samfunn, Folkehelseinstituttet, Kvinnemuseet, Helse Stavanger HF, Amatheia, Rådet for legeetikk, Likestillings- og diskrimineringsombudet, JURK, Helse Bergen HF, Den norske jordmorforening, Center for Reproductive Rights og Kvinnegruppa Ottar* støtter også forslaget om enklere abortforløp utenfor sykehus.

Sex og Politikk mener den kommunale helse-tjenesten også bør ha plikt til å tilby abort.

Bergen kommune støtter at gravide skal få medikamentell abort hos fastlegen og kommunehelsetjenesten. Kommune påpeker imidlertid også at utførelse av tidligaborter i kommunehelsetjenesten krever en grundig utredning, både av medisinske forutsetninger og finansiering. *Stavanger kommune* understreker også et slikt tiltak må utredes grundig.

Helse Stavanger HF peker på at abort utenfor sykehus har vært prøvd ut hos avtalespesialister med stort hell. Dette kunne vært foreslått å innføre og deretter eventuelt utredet tilbud om abort hos fastleger.

Oslo universitetssykehus HF er enig med abortutvalget at avtalespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer bør kunne tilby behandling ved abort (før utgangen av 10. svangerskapsuke). Oslo universitetssykehus HF mener videre at primærhelsetjenesten bør kunne tilby abort før utgangen av 10. svangerskapsuke, men at det da er en forutsetning at nødvendig diagnostikk (bestemmelse av svangerskapslengde og bekref-telse på at fosteret ligger i livmorhulen) før behandlingen gjennomføres.

Amatheia uttaler:

«Amatheia støtter også forslaget om å utrede muligheten for en alternativ organisering av

aborttjenesten i primærhelsetjenesten. Det vil kunne forenkle og sikre tilgang på abort uavhengig av bosted, livssituasjon og økonomi. Ved en eventuell abortbehandling i primærhelsetjenesten må:

- det ikke gå på bekostning av kvinners rett til å få gjennomført abort på sykehus
- primærhelsetjenesten kunne henvise direkte til kirurgisk abort ved behov så kvinner unngår unødvendig lang ventetid på behandling
- sikre at kvinner har tilgang på helsepersonell 24/7 under abortprosessen
- sikre gode samarbeidsrutiner mellom utførende helsetjeneste og sykehusene ved eventuelle komplikasjoner så kvinner unngår unødvendig ventetid
- det opprettes journalsystemer hvor primærhelsetjenesten og sykehusene har tilgang til kvinnens helseopplysninger og behandling på en enkel og effektiv måte.»

Landsforeningen av helsesykepleiere ønsker at det skal gjøres en pilot på abort i primærhelsetjenesten.

Oslo kommune støtter utvalgets forslag om at et tilbud utenfor sykehus for abort før 10. svangerskapsuke må utredes nærmere og testes ut i pilot for kommuner som ønsker dette.

Akershus universitetssykehus HF mener alle som begjærer abort, bør behandles på sykehus og ikke i primærhelsetjenesten eller av spesialister utenfor sykehus. Dette vil sikre likeverdige og

enhetlige pasientforløp, god behandlingskvalitet og fortsatt god rapportering til Abortregisteret og sikre tall for forekomsten av abort.

Den norske legeforening støtter ikke en situasjon der ansvaret for å sørge for tilbud om abort ligger i spesialisthelsetjenesten, mens oppfyllelse av rettigheten ligger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

11.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår å videreføre dagens ansvar for de regionale helseforetakene til å sørge for et tilbud om abort til personer som oppholder seg i regionen, jf. også spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd. Forslaget fikk i all hovedsak støtte fra de instansene som uttalte seg om dette forslaget i høringen.

Samtidig foreslår departementet å oppheve kravet etter gjeldende abortlov om at aborter skal utføres på sykehus. Loven bør ikke stenge for et eventuelt fremtidig tilbud om abort utenfor sykehus, for eksempel hos avtalespesialister.

Abortutvalget mener loven bør legges til rette for at de regionale helseforetakene kan inngå avtale med kommuner om gjennomføring av abort i regi av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet følger ikke opp dette forslaget. Et eventuelt fremtidig tilbud om abort i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må utredes nærmere før det eventuelt kan etableres.

12 Helsepersonells reservasjonsrett

12.1 Gjeldende rett

Ved organiseringen av tilbud om abort skal de regionale helseforetakene ta hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved aborter, jf. abortloven § 14. Bestemmelsen er i forarbeidene begrunnet med at ingen bør tvinges til å utføre eller assistere ved aborter dersom det vil stride mot personens alvorlige overbevisning. Det forutsettes at det ikke skal gjøres noen prøving av helsepersonellens overbevisning, jf. Ot.prp. nr. 38 (1974–75) kapittel VI.

Reservasjonsretten er nærmere regulert i abortforskriften § 15. Helsepersonellet kan reservere seg mot å utføre eller assistere ved selve aborten, men det er ikke adgang til å reservere seg mot å gi den gravide stell og pleie før, under og etter aborten. Reservasjonen må gjøres generelt. Helsepersonell kan ikke reservere seg mot å utføre eller assistere i enkelttilfeller. Reservasjonen må også gjelde alle former for abort.

Reservasjonsretten omfatter også aborter som gjennomføres medikamentelt, selv om den gravide inntar medikamentene selv. I disse tilfellene vil reservasjonen omfatte blant annet å rekvirere eller ordinere medikamentene som gis for å avbryte svangerskapet.

12.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår å videreføre helsepersonells rett til å reservere seg mot å assistere eller utføre abort av samvittighetsgrunner. Utvalget mener reguleringen av reservasjonsretten bør flyttes fra abortforskriften til loven. Utvalget foreslår også å presisere at reservasjonsretten også gjelder fosterantallsreduksjoner. Ifølge en undersøkelse fra 2018 som Jordmorforbundet NSF utførte blant sine medlemmer, svarte 48 prosent at de ville ønske å reservere seg dersom grensen for selvbestemt abort blir endret til utgangen av 22. svangerskapsuke. 26 prosent svarte at de ville reservere seg dersom grensen blir endret til utgangen av 18. svangerskapsuke.

12.3 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser støtter forslaget om å videreføre helsepersonells reservasjonsrett, blant annet *Human-Etisk Forbund, Jordmorforbundet, Norges Kristne Råd, Helse Bergen HF, Norsk sykepleierforbund, Syvendedags Adventistkirken, Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, Helse Stavanger HF, Norges kristelige lege- og tannlegeforening* og *Likestillings- og diskrimineringsombudet*.

Likestillings- og diskrimineringsombudet uttaler:

«Ombudet støtter utvalgets forslag om videreføring av muligheten for reservasjonsrett for helsepersonell som er i direkte berøring med selve abortbehandlingen. Vi vil likevel understreke at det er viktig å sørge for at mulighetene for abort er likeverdige, uavhengig av hvor den gravide bor og oppsøker helsehjelp.

Ombudet støtter også at det videreføres at reservasjonsretten ikke gjelder for henvisning, journalskriving og helsehjelp før og etter inngrepet. Dette er i tråd med CEDAW-komiteéns anbefaling om at statene har plikt til å regulere eventuelle konflikter mellom helsepersonells ønske om å reservere seg fra å yte bestemte helsetjenester. Dette for å sikre at kvinners tilgang til helse og reproduktiv helse ikke begrenses.»

Jordmorforbundet mener det er viktig å påpeke at arbeidsgiver har ansvar for å sørge for tilstrekkelig egnet personale slik at retten til abort kan ivaretas.

Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn uttaler:

«Samvittighetsfritak knyttes direkte til menneskerettslige aspekter, som tanke-, samvittighets- og religionsfrihet. Å ivareta menneskerettighetene innebærer også å ivareta retten til å praktisere sin tro, eller sitt livssyn, ikke minst i møte med norske institusjoner, som bruker og som helsepersonell. Det er derfor viktig for realiseringen av det livssyns åpne samfunn at muligheten for samvittighetsfritak ivaretas.»

MiRA-Senteret og *Bergen kommune* mener reser-vasjonsretten bør oppheves. *Bergen kommune* uttaler:

«Dersom helsepersonells reser-vasjonsrett videreføres er det viktig at en unngår situasjo-ner som en kan finne i enkelte land der reser-vasjonsretten fører til at det er vanskelig å få utført abort. Bergen kommune savner derfor en grundigere drøfting rundt spørsmålet om flere vil benytte seg av reser-vasjonsretten der- som grensen for selvbestemmelse økes.»

Kvinnefronten og *Kvinnegruppa Ottar* går imot en videreføring av reser-vasjonsretten:

«Helsepersonell som ikke ønsker å bidra til å utføre aborter, bør finne annet egnet arbeid i andre deler av helsesektoren.»

Sex og samfunn mener reser-vasjonsretten ikke skal stå i veien for gravides rett til abort, uav-hengig av hvor abort tilbys, og at loven bør presi- sere at tjenesten må organiseres slik at abort er tilgjengelig til enhver tid.

JURK mener at reser-vasjonsretten kan få uhel- dige konsekvenser for den gravide, og at det må gjøres en grundigere gjennomgang av forholds- messighetsvurderingen etter EMK artikkel 9.

Amnesty International Norge er ikke uenig i forslaget om å lovfeste reser-vasjonsretten, men mener andre tiltak må iverksettes for å unngå at muligheten for å få gjennomført abort ved de ulike helseinstitusjonene ikke begrenses. *Amnesty* mener videre at reser-vasjonsretten ikke bør kunne benyttes i nødtilfeller der den gravides liv og helse er i fare.

12.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er enig i Abortutvalgets forslag om å videreføre gjeldende abortforskrift § 15 om

helsepersonells rett til å reservere seg mot å assistere eller utføre aborter. Reser-vasjonsretten ivaretar helsepersonellets tros- og samvittighets- frihet, se redegjørelse i punkt 5.6.

Videre er departementet enig i forslaget om å flytte bestemmelsen fra forskrift til lov. Flyttingen fra forskrift til lov vil tydeliggjøre fritaket og gjøre bestemmelsen lettere tilgjengelig. Det er dess- uten naturlig at reser-vasjonsretten reguleres i loven da dette er nært knyttet til bestemmelsen om de regionale helseforetakenes sørge for- ansvar.

Selv om forslaget får støtte fra mange av høringsinstansene, er det også flere som er kri- tiske til at reser-vasjonsretten videreføres. De som er kritiske til videreføringen er særlig opptatt av at en unngår situasjoner der reser-vasjonsretten fører til at det er vanskelig å få utført abort. I gjeld- ende abortlov følger det av § 14 at regionale helse- foretak skal organisere sykehustjenesten slik at gravide innen helseregionen til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd, jf. lov om spesialist- helsetjenesten m.m. § 2-1a. Som omtalt i kapittel 11, foreslås det at dette videreføres. I avdelinger med få ansatte hvor bruk av reser-vasjonsretten fører til store arbeidsmessige belastninger for de andre ansatte, vil helseforetakene måtte ta hensyn til dette ved tilsetting av nye leger og sykepleiere. At fritaket må gjøres generelt og ikke kan påberopes i enkeltsaker skaper forutberegnelig- het og gjør en slik organisering mulig. Videre gjel- der ikke retten til fritak for øvrige oppgaver slik som stell og pleie før, under og etter aborten. I praksis antas problemet dermed ikke å være stort.

Retten til fritak av samvittighetsgrunner gjel- der alle former for abort etter loven. Departe- mentet støtter at det synliggjøres i loven at reser- vasjonsretten også gjelder ved fosterantallsreduk- sjoner. Dette er gjeldende rett i dag, og må derfor kun anses som en presisering.

13 Gratis helsehjelp ved abort

13.1 Gjeldende rett

Alle som oppholder seg i Norge har rett til å få utført abort etter reglene i abortloven. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første og andre ledd, jf. § 1-2 første ledd og forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket § 5 bokstav c. Se nærmere omtale i punkt 6.2.1.

Hvem som har rett til helt eller delvis dekning av utgiftene til denne helsehjelpen er regulert i spesialisthelsetjenesteloven. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 5-2 skal det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion dekke behandlings- og forpleiningsutgiftene. Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 kan departementet gi forskrift om pasienters egenbetaling dersom helsehjelpen gis poliklinisk.

Etter forskrift 20. desember 2016 nr. 1848 om betaling fra pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesteloven § 5 er blant annet følgende former for helsehjelp unntatt fra krav om egenandel:

«kontrollundersøkingar under svangerskap, fødsel, behandling for sjukdom i samband med svangerskap og fødsel, svangerskapsavbrot, og éi undersøking etter fødsel eller svangerskapsavbrot».

Tilsvarende unntak er også fastsatt for helsehjelp i den kommunale svangerskapsomsorgen, se blant annet folketrygdloven § 5-4 og forskrift 26. juni 2024 nr. 1322 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Folketrygden skal dekke behandlings- og forpleiningsutgifter for pasienter som ikke bor i Norge dersom personen er trygdet etter folketrygdloven eller er stønadsberettiget etter gjensidig avtale med annen stat, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 andre ledd.

Pasienter som ikke bor i Norge og som ikke får dekket behandlings- og forpleiningsutgiftene av folketrygden, skal imidlertid dekke disse

utgiftene selv, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5-3 første ledd. Før planlagt spesialisthelsetjeneste, kan den som gir tjenesten kreve dokumentasjon på at pasienten kan dekke utgiftene. Dersom pasienten ikke kan betale, skal utgiftene dekkes av den aktuelle helseinstitusjonen eller tjenesteyter, jf. § 5-3 første ledd.

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-3/2017, særlig punkt. 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, og det er en anbefaling om å unnlate å ta opp hva kostnaden vil være for inngrepet. Hvor stor utgift pasienten må dekke, vil dels bero på hvilken abortmetode som er aktuell.

13.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår at all helsehjelp i forbindelse med abort og fosterantallsreduksjon skal være gratis. Dette skal også gjelde personer som ikke har tilgang til gratis aborter i dag, blant annet personer uten lovlig opphold i Norge.

For fosterantallsreduksjoner viser utvalget til at dette er en høyspesialisert tjeneste som det kan være knapphet på og som det kan være grunn til å være mer restriktiv i tilgangen til. Utvalget foreslår derfor en hjemmel for departementet til å gi forskrifter med regler som unntar personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket fra retten til gratis helsehjelp ved fosterantallsreduksjoner.

13.3 Høringsinstansenes syn

Blant annet Folkehelseinstituttet, Bispemøtet i Den norske kirke, Kvinnefronten, Stavanger kommune, Kvinnebevegelsens abortutvalg, Sex og samfunn, Kvinnemuseet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Pro Senteret, Norsk sykepleierforbund, Amatheia, MiRA-Senteret, Norske Kvinners Sanitetsforening, Nasjonalt SRHR-nettverk, Rådet for legeetikk, Norges Kvinnelobby, Helsesenter for papirløse migranter i Oslo og Bergen, Den norske legeforening, JURK, Sex og Politikk og Bergen kommune støtter utvalgets forslag om at abort skal være gratis for alle.

Helsedirektoratet stiller spørsmål ved hvorfor betaling for abort står i en særstilling, og mener konsekvensene av en slik særregulering bør utredes nærmere. Jordmorforbundet mener også at konsekvensene av forslaget om rett til gratis abort for personer uten rett til dekning av utgifter til helsehjelp må utredes før det eventuelt iverksettes. Helse Vest RHF mener en bør vurdere hvilket signal som sendes når man på den ene siden tilbyr gratis abort og på den andre siden krever betaling for fødselshjelp.

Pro Senteret uttaler:

«Som nevnt, oppholder en majoritet av Pro sentrets brukere seg midlertidig i Norge. Utvalgets forslag om at abortloven skal gjelde for alle som oppholder seg i riket, uavhengig av oppholdsstatus, er derfor fundamental for Pro Sentrets brukere.

Videre er forslaget om at abortrelaterte helsetjenester skal være gratis for alle svært viktig. Mange i Pro Sentrets brukergruppe har dårlig økonomi og mangler rettigheter i Norge. Hvis den abortsøkende må betale for helse-tjenester i en slik situasjon, kan hun se seg nødt å søke hjelp utenfor den offentlige helse-tjenesten. I en slik situasjon er risikoen reell for at kvinnen selv forsøker å fremkalle abort eller oppsøker useriøse aktører.»

Sosionomene ved Senter for fostermedisin (St. Olavs hospital) og Fostermedisinsk avdeling (Oslo universitetssykehus HF) og Fagråd for sosionomer ved Oslo universitetssykehus HF støtter at oppfølgingssamtalen skal være gratis.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet mener bestemmelsen om at gratis fosterantallsreduksjon skal begrenses til de som har lovlig opphold i Norge, vil kunne ramme særlige sårbare gravide.

Den norske jordmorforening mener det også kan vurderes å gi gratis prevensjon til flere grupper.

13.4 Departementets vurderinger og forslag

Mange av høringsinstansene støtter Abortutvalgets forslag om at helsehjelp i forbindelse med abort skal være gratis for alle. De som støtter forslaget, fremhever særlig at gratis abort er viktig for de mest sårbare kvinnene. Noen høringsinstanser påpeker imidlertid at konsekvensene av forslaget bør utredes, og stiller spørsmål ved hvorfor betaling for abort skal stå i en særstilling. Alle som oppholder seg i Norge har rett til å få øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente. Gravide har full rett til helsehjelp under graviditeten, under fødselen og i barseltiden. Gravide har også full rett til abort. Selv om kvinner uten fast opphold i Norge i utgangspunktet må betale for abort selv, kan de ikke nektes å få helsehjelp under henvisning til manglende dokumentasjon på betalingssevne. Hvis kvinnen ikke selv kan dekke utgiftene, må de dekkes av helseinstitusjonen, kommunen eller tjenesteyteren. Personer uten lovlig opphold kan heller ikke avkreves forhåndsbetaling for øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som ikke kan vente. Dette er blant annet presisert i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-3/2017 til de regionale helseforetakene og landets helseforetak. Departementet mener på bakgrunn av dette at de mest sårbare kvinnene er ivaretatt gjennom dagens regelverk. Departementet viser også til at det skal gjøres en gjennomgang for å sikre at reglene om betaling for helsehjelp for personer uten lovlig opphold praktiseres etter intensjonen.

Departementet ser at det er fordeler ved å gi rett til gratis abort for de kvinnene som mangler fulle rettigheter til helsehjelp i Norge. Samtidig bør en rett til gratis abort ha en særlig begrunnelse dersom det skal vurderes annerledes enn den helsehjelpen en ellers ikke har krav på å få gratis. Slik regelverket er i dag skal personer uten fast opphold i Norge som hovedregel betale for helsehjelpen selv. Dette gjelder eksempelvis helsehjelp i forbindelse med fødsel. Departementet mener det vil gi et feil signal om en ikke likebehandler disse tilfellene med tanke på hva en selv må dekke.

Kvinner med fulle rettigheter i Norge har etter dagens regelverk krav på helsehjelp i forbindelse med abort uten egenandel. For å sikre at dette også skal gjelde krav på informasjon, veiledning og oppfølgingssamtaler som beskrevet i kapittel 10, vil departementet vedta nødvendige forskrifts-endringer. Departementet mener imidlertid ikke

at det er behov for å regulere dette i en egen bestemmelse i ny abortlov.

På bakgrunn av dette foreslår departementet ikke en bestemmelse om rett til gratis abort i abortloven.

14 Barn og voksne uten samtykkekompetanse

14.1 Innledning

Departementet foreslår i dette kapitlet to bestemmelser i ny abortlov §§ 8 og 9 om gravide barn under 16 år og om voksne gravide som mangler samtykkekompetanse.

14.2 Gjeldende rett

14.2.1 Menneskerettighetene

Retten til liv og helse, forbudet mot tortur, retten til privatliv og retten til likestilling er menneskerettigheter som setter grenser for nasjonal lovgivning som innskrenker kvinners selvbestemmelse i spørsmål om abort. Dette gjelder både retten til å avslutte svangerskapet og retten til å fullføre svangerskapet. Se nærmere i punkt 5.4 om gravides menneskerettigheter.

14.2.2 Abortloven § 4 og § 9

Utgangspunktet etter gjeldende abortlov er at alle gravide selv kan begjære abort, uavhengig av alder eller samtykkekompetanse, jf. § 4 første ledd første punktum. Dette betyr at hun også kan beslutte å beholde barnet ved å *ikke* begjære abort.

Lovens § 4 og § 9 har særregler for barn og for voksne som mangler samtykkekompetanse.

Når et barn under 16 år selv begjærer abort, skal foreldre, foresatte eller verge gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det. Det er statsforvalteren som tar den endelige avgjørelsen dersom foreldrene, vergen eller foresatte er imot at aborten gjennomføres, jf. § 9. Kun dersom det gravide barnet er «alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad», kan foreldrene begjære abort på barnets vegne.

Foreldrene har ingen myndighet etter loven dersom den gravide er over 16 år. Er den gravide utviklingshemmet skal vergen gis anledning til å uttale seg, jf. § 4 første ledd tredje punktum. Dersom hun ikke har verge, skal statsforvalteren oppnevne verge, jf. § 4 tredje ledd.

Dersom den gravide er «alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad», kan vergen begjære abort på hennes vegne. Den gravides samtykke skal da «innhentes såfremt det kan antas at hun har evne til å forstå betydningen av inngrepet».

Det er statsforvalteren som tar den endelige avgjørelsen om å begjære abort dersom den gravide ikke har samtykkekompetanse, jf. § 9 første ledd bokstav c. Statsforvalteren kan bare samtykke når dette «vil være i kvinnens klare interesse». Ved vurderingen skal det tas hensyn blant annet til om barnet kan sette den gravide i en vanskelig livssituasjon, om den gravide er alvorlig sinnslidende eller utviklingshemmet i betydelig grad, om hun er blitt gravid etter et overgrep og hvordan den gravides verge bedømmer situasjonen.

Disse reglene gjelder begjæring, rett til og vedtak om abort. Det er uklart om dette i dag også omfattes av pasient- og brukerrettighetsloven (NOU 2023: 29 punkt 24.2.1). Abortlovens regler skiller seg fra pasient- og brukerrettighetslovens regler på enkelte punkter ved at også barn under tolv år har handleevne og at adgangen til å unnlate å informere og innhente samtykke fra foreldre er snevrere etter abortloven.

Selv om abort i noen tilfeller kan *besluttet* uten den gravides samtykke, kan selve *inngrepet* ikke gjennomføres dersom hun motsetter seg det. Tvang overfor gravide over 16 år er bare aktuelt dersom gjennomføring av svangerskapet kan være farlig for den gravide, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4 A-3.

14.2.3 Pasient- og brukerrettighetslovens regler om samtykkekompetanse

Pasient- og brukerrettighetsloven har regler om samtykkekompetanse og om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse ved somatisk behandling. Helsepersonells veiledning, forskrivning av legemidler, gjennomføring av abort-inngrep og andre handlinger knyttet til abort, regnes som helsehjelp etter loven. Behandlingen av abortsøknader i nemndene regnes derimot antakelig ikke som helsehjelp.

Utgangspunktet er at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke jf. § 4-1.

Hvem som har samtykkekompetanse reguleres av § 4-3. Alle personer over 18 år har rett til å samtykke til helsehjelp, med mindre det følger av særlig lovbestemmelse. Personer mellom 16 og 18 år har rett til å samtykke, med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art. Personer mellom 12 og 16 år har rett til å samtykke når det gjelder helsehjelp for forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret ikke er informert om, eller det følger av tiltakets art.

Foreldrene eller andre som har foreldreansvaret har rett til å samtykke til helsehjelp på vegne av pasienter under 16 år eller pasienter mellom 16 og 18 år som mangler samtykkekompetanse, jf. § 4-4 og § 4-5. Dette gjelder likevel ikke for pasienter mellom 12 og 16 år dersom det gjelder forhold som foreldrene ikke har rett til å få vite om. Foreldrene skal informeres med mindre det foreligger «grunner som bør respekteres» eller «tungtveiende hensyn til pasienten» taler mot det, jf. § 3-4 andre og tredje ledd.

Unntaksvis kan samtykkekompetansen «bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske og psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter», jf. § 4-3 andre ledd. Blant momentene som er relevante under en vurdering av samtykkekompetanse, er evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen, til å anerkjenne informasjonens relevans for egen situasjon og til å uttrykke et valg. Det er helsepersonellet som vurderer samtykkekompetansen. Når det konkluderes med at en pasient over 18 år mangler samtykkekompetanse, er det helsepersonellet som eventuelt beslutter hva slags helsehjelp som skal gis, jf. § 4-6 andre ledd.

Kapittel 4A har særlige regler om helsehjelp til personer over 16 år som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen. Det er bare adgang til å bruke tvang eller andre tiltak for å omgå motstand hos pasienten når pasienten risikerer «vesentlig helseskade» dersom behandlingen ikke gis, jf. § 4A-3. Dette betyr at abort ikke kan gjennomføres overfor gravide over 16 år som motsetter seg inngrepet, så lenge gjennomføring av svangerskapet ikke er farlig for den gravide.

14.2.4 Vergemålsloven

Vergemålsloven har regler om etablering av vergemål, oppnevning av verge, vergemålets inn-

hold, vergens myndighet og om fratakelse av rettslig handleevne. Blant annet abortloven og pasient- og brukerrettighetsloven har bestemmelser som tillegger vergen myndighet.

Loven skiller mellom vergemål for mindreårige (barn og unge under 18 år), og vergemål for voksne.

Verge for en *mindreårig* er som hovedregel den som har foreldreansvaret, jf. § 16. Vergens oppgaver og plikt til å høre den mindreårige, er regulert i § 17. Vergen handler på den mindreåriges vegne i økonomiske forhold og hvor det ellers følger av annen lovgivning. En mindreårig som er uenig i vergens avgjørelse, kan bringe spørsmålet inn for statsforvalteren.

Grunnvilkårene for vergemål for *voksne*, er fastsatt i § 20 første ledd. For det første stilles det krav til personens medisinske tilstand. Vergemål kan bare fastsettes dersom personen har en «sinnslidelse, herunder demens, psykisk utviklingshemming, rusmiddelmissbruk, alvorlig spilleavhengighet eller alvorlig svekket helbred». For det andre må denne tilstanden føre til at personen «ikke er i stand til å ivareta sine interesser». For det tredje skal vergemålet bare opprettes hvis det er behov for det.

Vergemålet kan ikke omfatte «særlig personlige forhold uten særskilt hjemmel i lov», jf. vergemålsloven § 21 fjerde ledd. Spørsmålet om abort er et slikt forhold. Abortloven §§ 4 og 9 gir en slik særskilt hjemmel.

Alminnelig vergemål er et frivillig støttetiltak som ikke gir grunnlag for tvang eller representasjon mot den enkeltes vilje. Det skal være avgjørende om personen selv ønsker vergemålet og er enig i vergemålets omfang og hvem som skal være verge. Noen personer kan ikke avgi et gyldig samtykke, men et eventuelt alminnelig vergemål skal like fullt bare opprettes der det må legges til grunn at det er i tråd med personens egne ønsker. Det er derfor fastsatt i vergemålsloven § 20 andre ledd at dersom «personen ikke er i stand til å danne, holde fast ved eller formidle sine ønsker, skal den beste tolkningen av personens vilje og preferanser legges til grunn ved vurderingen av om han eller hun ønsker vergemålet, og ved vurderingen av vergemålets omfang og hvem som skal være verge». Det kan ikke opprettes vergemål dersom det etter en samlet vurdering legges til grunn at dette vil være i strid med personens ønsker.

Vergemål kan opprettes ved tvang ved at personen fratras rettslig handleevne ved dom. Dette kan bare skje der de strenge vilkårene i vergemålsloven § 22 er oppfylt.

14.2.5 Barnets beste og retten til å bli hørt etter Grunnloven, barneloven mm

Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører og angår barn. Før foreldre eller andre treffer avgjørelse om personlige forhold for barnet, har barnet rett til å få informasjon og mulighet til å bli hørt. Barnets med- og selvbestemmelsesrett er regulert i barneloven §§ 31 til 33, jf. også barnekonvensjonen artikkel 3 og artikkel 12, Grunnloven § 104, pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og forvaltningsloven § 17. Disse bestemmelsene gir barn en rett til å bli hørt i saker som vedrører dem og fastsetter at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle typer avgjørelser. Disse reglene gjelder også når abort vurderes.

14.2.6 Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter

FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter gjelder alle slags funksjonsnedsettelse. Dette inkluderer utviklingshemming, psykiske lidelser og andre psykiske og kognitive funksjonsnedsettelse som kan påvirke den gravides evne til å forstå og ta stilling til hva et svangerskap og en abort kan innebære.

Konvensjonen har flere bestemmelser som er relevante ved utformingen av regler om abort. Det følger av artikkel 12 at funksjonshemmede har rettslig handleevne på lik linje med andre. Bestemmelsen stiller også krav om støtte til å utøve den rettslige handleevnen (beslutningsstøtte). I artikkel 17 slås det fast at alle funksjonshemmede har rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet på lik linje med andre. Funksjonshemmedes reproduktive rettigheter er uttrykkelig vernet etter artikkel 23. Artikkel 25 om helsetjenester slår fast blant annet at helsehjelp skal gis på grunnlag av fritt og informert samtykke.

FN-komiteen for funksjonshemmedes rettigheter har anbefalt medlemsstatene å oppheve lovgivning om tvungen abort. Overfor Norge har komiteen uttrykt bekymring for at funksjonshemmede blir utsatt for ufrivillig abort. Komiteen anbefaler at det iverksettes tiltak for å sikre at helsehjelp, herunder abort, skjer i samsvar med fritt og informert i samtykke, uansett type funksjonsnedsettelse og alvorlighetsgrad, og at det sørges for effektive mekanismer for beslutningsstøtte.

14.3 Abortutvalgets forslag

14.3.1 Innledning

Abortutvalget foreslår en egen bestemmelse om hovedregelen der det slås fast at krav eller søknad om abort skal fremsettes av den gravide selv. Helsepersonell skal gi bistand med å fremme krav eller søknad om abort. Helsepersonell i denne sammenheng kan være fastlege og personell på helsestasjon eller sykehus.

Utvalget foreslår særlige regler om krav og søknad på vegne av den gravide. Utvalget foreslår to nye bestemmelser: en om «barns beslutningskompetanse» og en om «myndige gravide uten beslutningskompetanse», jf. NOU 2023: 29 punkt 24.3 og 24.4. Utvalget mener det fortsatt er behov for særlige regler i abortloven for disse gruppene, slik at de gravide og vergenes rettigheter og kompetanse ikke bare reguleres av de generelle reglene i vergemålsloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Utvalget foreslår å erstatte uttrykket samtykkekompetanse med beslutningskompetanse som utvalget mener er et bedre uttrykk for det samme.

14.3.2 Barn og unge

Abortutvalget foreslår følgende lovbestemmelse om 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.»

Forslaget gjelder «mindreårige». Dette må forstås som barn og unge under 18 år, i samsvar med vergemålsloven § 8, NOU 2023: 29 punkt 24.3 og henvisningen i lovutkastet til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5 som gjelder unge mellom 16 og 18 år.

Forslaget tilsvarende i store trekk gjeldende rett. Barn og unge skal som i dag selv kunne kreve eller søke om abort, uavhengig av alder.

Utvalget foreslår imidlertid å oppheve særreglene i abortloven om foreldrenes adgang til å

samtykke eller å uttale seg mot abort når den gravide er under 16 år. Utvalget foreslår også å oppheve reglene om statsforvalterens vedtak om abort dersom den gravide er under 16 år.

I stedet foreslås det å lovfeste en rett for foreldre eller andre med foreldreansvar til å kreve eller søke abort på vegne av den gravide, dersom den gravide «ikke er i stand til å forstå valg-situasjonen eller fremsette krav eller søknad om abort», med henvisning til reglene om samtykkekompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 og § 4-5. Foreldrenes rett til å bli informert skal følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4. Samtidig presiseres det i lovutkastet at den gravide om mulig skal gi sitt samtykke.

14.3.3 Personer uten beslutningskompetanse

Abortutvalget foreslår følgende lovbestemmelse om myndige gravide uten beslutningskompetanse (lovutkastet § 9):

«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.»

Det står ikke i ordlyden, men det følger av henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 at bestemmelsen sikter til personer som på grunn av psykiske forstyrrelser, utviklingshemming mm., «åpenbart ikke er i stand til å forstå hva» en abort vil innebære.

Forslaget gjelder etter ordlyden «myndige gravide uten beslutningskompetanse». Utvalget foreslår å oppheve bestemmelsen om statsforvalterens vedtak om abort dersom den gravide er utviklingshemmet og vergen har uttalt seg mot at svangerskapet blir avbrutt, eller når samtykke ikke er innhentet fordi den gravide antas å ikke ha evne til å forstå betydningen av inngrepet.

Utvalget foreslår at dersom den gravide mangler «beslutningskompetanse», så skal vergen kunne kreve eller søke abort på den gravidens vegne. I lovforslaget vises det til pasient- og bruker-

rettighetsloven § 4-3 andre ledd som sier at samtykkekompetanse «kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter».

Utvalget foreslår å presisere at den gravide skal informeres og veiledes før kravet eller søknaden fremsettes. Lovutkastet fastsetter rett til informasjon og veiledning for de som vurderer abort på egne vegne. Abortutvalgets forslag vil gi den gravide en form for beslutningsstøtte i samsvar med konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 12 nr. 3.

Utvalgets forslag viderefører ikke regelen som gir vergen rett til å begjære abort, basert alene på diagnosevilkåret «alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet». I stedet base-res vergens myndighet på manglende samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven. Det vil si ikke bare et diagnosebasert vilkår («fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming»), men også et funksjonsbasert vilkår («åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter»). Dette innebærer større selvbestemmelsesrett for enkelte gravide.

Etter gjeldende regler skal det legges vekt på hva nemnda eller statsforvalteren mener er best for den gravide, jf. blant annet abortloven § 9 om «hva som er den klart beste løsningen for pasienten». Dette er ifølge utvalget ikke i samsvar med konvensjonen artikkel 12 som krever at personens vilje og preferanser legges til grunn. Utvalget foreslår å ikke videreføre bestemmelsen.

14.4 Utredning om funksjonshemmedes rettigheter (2024)

Norge avga to tolkningsuttalelser ved ratifikasjonen av FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter. Den ene gjaldt artikkel 12, og staten erklærte «at konvensjonen tillater fratakelse av rettslig handleevne eller bistand til å utøve rettslig handleevne og/eller tvungent vergemål der slike tiltak er nødvendige, som en siste utvei og underlagt kontrollmekanismer». I den andre uttalelsen, som gjaldt artikkel 14 om frihet og artikkel 25 om helse erklærte staten «som sin forståelse at konvensjonen tillater tvungen omsorg og behandling av mennesker, herunder tiltak iverksatt for å behandle psykiske lidelser, når omstendighetene gjør slik behandling nødven-

dig som en siste utvei, og behandlingen er undergitt rettssikkerhetsgarantier». Se Prop. 106 S (2011–2012) punkt 4.2.4 og 4.2.6. Utvalget som utredet inkorporering av konvensjonen, mener det bør legges avgjørende vekt på at staten har vurdert spørsmålet og lagt til grunn at konvensjonen tillater fratakelse av rettslig handleevne. Statens standpunkt er etter utvalgets syn basert på en forsvarlig fortolkning av konvensjonen. Det må legges til grunn at vilkårene er strenge og at fratakelse av rettslig handleevne kun er aktuelt i særlige unntakstilfeller der vergemål og annen beslutningsstøtte ikke kan ivareta personens behov». Se utvalgets utredning *Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter* (2024), del II punkt 12.6.2.

Utvalget mener at abortloven er innrettet på en måte som står i et klart spenningsforhold til konvensjonen og det grunnsynet denne bygger på, og bør endres. Loven ivaretar ifølge utvalget ikke funksjonshemmedes rett til å treffe avgjørelser om eget liv og få støtte til å ta beslutninger om det, fremfor å bestemmes over.

Utvalgets kritikk gjelder vergens rolle, bruken av diagnosenære vilkår og utilstrekkelig beslutningsstøtte (del II punkt 17.5.4.):

«Å beslutte irreversible inngrep som fratar den funksjonshemmede muligheten til å få barn, konkret eller generelt, er – selv om det er begrunnet med omsorg for kvinnen – så inngripende at en slik adgang, om den overhodet brukes, må begrenses til tilfeller hvor dette er siste utvei. Det må også kreves notoritet og grundig saksbehandling utover det som kan leses av de aktuelle lovene. Innhenting av samtykke eller vurderingen av manglende samtykkekompetanse må begrunnes og dokumenteres, og den funksjonshemmede må sikres beslutningsstøtte i samsvar med konvensjonen artikkel 12 nr. 3. Dette gjelder både for vergen og beslutningsmyndighetene.»

Utvalget vurderer lovfestede diagnosenære vilkår som grunnlag for begrensninger i funksjonshemmedes selvbestemmelsesrett, opp mot konvensjonens forbud mot diskriminering i artikkel 5. Eksempler på slike lovbestemmelser er abortloven § 2 tredje ledd bokstav e og § 4 andre ledd første punktum («alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad»). Utvalget konkluderer med at funksjonsnedsettelse i seg selv aldri kan begrunne begrensninger, men eventuelt bare som et av flere kumulative vilkår. Slike lovbestemmelser kan ifølge utvalget også være stigmatiserende og problema-

tiske i lys av artikkel 8 om bevisstgjøring. Spørsmålet er om konvensjonen også utelukker at funksjonsnedsettelse kan inngå sammen med andre vilkår i begrunnelsen for vergemål med fratakelse av rettslig handleevne. Utvalget mener det var behov for en gjennomgang av disse bestemmelsene, se utredningen del I punkt 8.4 og del II punkt 12.6.3 og 17.5.

Utvalget påpeker at adgangen til å ta beslutninger «over hodet» på funksjonshemmede må begrenses til rene unntakstilfeller:

«Å beslutte irreversible inngrep som fratar den funksjonshemmede muligheten til å få barn, konkret eller generelt, er – selv om det er begrunnet med omsorg for kvinnen – så inngripende at en slik adgang, om den overhodet brukes, må begrenses til tilfeller hvor dette er siste utvei.»

Av hensyn til rettssikkerheten mener utvalget at vurderingstemaet for samtykkekompetansen bør klargjøres:

«Et av vilkårene for abort er at det kan antas at kvinnen ikke «har evne til å forstå betydningen av inngrepet». Det er ikke helt klart hva vedkommende skal forstå og hvordan dette funksjonskravet skal vurderes. Dette sikter nok til forståelse for hva selve inngrepet innebærer fysisk [...] Men gjelder det også forståelse av hva det innebærer å ha omsorgen for et barn og innsikt i egen omsorgsevne?»

Utvalget mener også at den gravides vilje og preferanser skal være avgjørende (del II punkt 17.5.4):

«Statsforvalterens beslutning om abort baseres på en vurdering av hva som er «i kvinnens klare interesse», jf. abortloven § 9 andre ledd. Det skal legges vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer situasjonen. Det bør vurderes om dette er tilstrekkelig til å sikre at det er den beste tolkningen av den gravides vilje og preferanser som legges til grunn, slik artikkel 12 nr. 4 krever.»

Det er ifølge utvalget et spørsmål om hvordan lovens regler om vergens rolle harmonerer med vergemålsloven, all den tid vergemål som hovedregel er frivillig og skal utformes individuelt for bestemte forhold. I stedet tildeler abortloven vergen oppgaver uavhengig av det individuelle vergemålet (del II punkt 17.5.4).

Utvalget konkluderer med at reglene innenfor lovens ordlyd kan praktiseres slik at konvensjonsstrid ikke oppstår. Utvalget er likevel tydelig på at reglene bør gjennomgås for å sikre mot fremtidige konvensjonsbrudd og bedre ivareta hensynet til reell likestilling for funksjonshemmede.

14.5 Høringsinstansenes syn

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet støtter at beslutningsstøtte til personer med funksjonsnedsettelse legges til grunn i valg om abort, og er positive til at rettssikkerheten til gravide uten beslutningskompetanse sikres. Direktoratet foreslår å tydeliggjøre i lovteksten at gravide som mangler beslutningskompetanse skal ha rett til selv å utøve sin rettslige handleevne. Lovteksten bør også fremheve at abort ikke kan gjennomføres dersom den gravide nekter å samtykke. Det at retten til å fullføre et svangerskap blir eksplisitt i den nye abortloven ser direktoratet som viktig, og som en måte å motvirke diskriminering på bakgrunn av funksjonsevne.

Likestillings- og diskrimineringsombudet støtter forslaget om å fjerne diagnosekriteriene i abortloven. Ombudet støtter ikke forslaget om at verge skal kunne søke om abort på vegne av en person som ikke har beslutningskompetanse i spørsmålet om abort:

«Ombudet mener at utvalget ikke har drøftet spørsmålet om det er behov for en særhjemmel tilstrekkelig inngående og at den foreslåtte løsningen uansett ikke imøtekommer kravene etter CRPD.

Norge har i sine tolkningserklæringer lagt til grunn at CRPD ikke stenger fullstendig for adgang til fratakelse av rettslig handleevne, men det er forutsatt at en slik adgang bare skal brukes der det er nødvendig som en *siste utvei*, og være underlagt *kontrollmekanismer*. [...]

Utvalget begrunner forslaget med at de skal sikre alle kvinner en «reell og likestilt tilgang til abort». Ombudet er bekymret for denne begrunnelsen, da verge kan ha en annen oppfatning i spørsmålet om abort enn personen selv og det kan være fare for at en slik avgjørelse tas i strid med kvinnens ønsker, fordi hun ikke har beslutningskompetanse. En slik tankegang bygger også på en paternalistisk tankegang overfor funksjonshemmede.»

Likestillingssenteret støtter Abortutvalgets forslag og foreslår i tillegg at:

«Det etableres en klar lovhjemmel som sikrer retten til beslutningsstøtte, hvor individets vilje og preferanser prioriteres. Det implementeres strengere krav til hvordan beslutningskompetanse vurderes, med fokus på å støtte individets evne til å ta informerte valg, fremfor å overføre beslutningsmyndighet til verge uten nødvendig beslutningsstøtte.

Større vekt legges på opplæring og bevisstgjøring innen helsevesenet for å motvirke forutinntatte holdninger og praksiser som kan påvirke den gravides rett til selvbestemmelse.

For å sikre en helhetlig og inkluderende tilnærming til abortrettigheter for mennesker med utviklingshemming, er det essensielt med et styrket samarbeid mellom ulike deler av helsetjenesten, sosialtjenesten, og organisasjoner som representerer mennesker med utviklingshemming.»

Rådet for personer med funksjonsnedsettelse i Oslo kommune understreker rettighetene til funksjonshemmede og uttaler blant annet:

«Vi observerer at kvinner med nedsatt funksjonsevne ofte møter dobbel diskriminering og blir usynliggjort i samfunnet. Dette er en bekymringsfull praksis som må endres. Det er essensielt å anerkjenne og normalisere at kvinner med funksjonsnedsettelse har samme rett og evne til å få barn som andre. Denne endringen krever en bevegelse bort fra foreldede medisinske forståelser av funksjonsnedsettelse, som stigmatiserer og underminerer menneskeverdet ved å antyde manglende kompetanse basert på en diagnose eller sykdom.»

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) kommenterer forslaget om at verge kan kreve og søke om abort på vegne av gravide som mangler beslutningskompetanse og at den gravide om mulig skal gi sitt samtykke:

«Slik vi forstår dette åpnes det opp for stor grad av skjønn, og dermed at en slik alvorlig avgjørelse overlates til verge og nærpersioners vurdering og tolkning. NAKU vil understreke betydningen av at både hjelpeapparatet og tillitspersoner har god kunnskap om beslutningsstøtte og at god beslutningsstøtte innebærer at omgivelsene verken manipulerer eller overtaler den gra-

vide. NAKU er bekymret for at forslaget slik det står ikke i god nok grad sikrer dette.»

NAKU understreker at «en forutsetning for å kunne samtykke og ta beslutninger er tilgang til informasjon, at informasjonen er forståelig, tilgjengelig og tilpasset den enkelte.»

Norsk forbund for utviklingshemmede mener utvalgets forslag er i strid med konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter ved at vergen kan ta inngripende beslutninger på vegne av den gravide, også i strid med den gravides ønsker og uten at den gravide har fått reell beslutningsstøtte. Forbundet uttaler:

«Sett hen til den særskilt inngripende karakteren ved en abort og omfanget av menneskerettigheter som det griper inn, herunder selvbestemmelse, rettslige handleevne, personlig integritet, retten til helse, så mener vi at det burde vært gjort en prinsipiell vurdering av om tvangsabort overhodet er noe som skal tillates.»

Videre understreker forbundet at gravide med funksjonsnedsettelse må få nøytral informasjon, slik at de ikke opplever å bli møtt med et press om å ta abort. Forbundet mener også det bør komme bedre frem hva som ligger i begrepet «beslutningskompetanse» og hvem som er kvalifisert til å vurdere om den gravide mangler denne kompetansen. Forbundet er redd forslaget om å innføre et vilkår om manglende beslutningskompetanse kan innebære en utvidelse av adgangen til tvangsabort.

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) viser til at utvalget har foreslått å presisere at bestemmelsen om fremsettelse av krav eller søknad om abort for gravide uten beslutningskompetanse ikke gir grunnlag for å bruke tvang, og anbefaler å vurdere tilsvarende presisering når det gjelder bruk av tvang overfor barn. NIM etterlyser en nærmere vurdering av konsekvensene av utvalgets forslag om å gi foreldre kompetanse til å fremme krav eller søknad om abort på vegne av barn under 16 år.

Borgerrettighetsstiftelsen Stopp Diskrimineringen og *We Shall Overcome* mener lovforslaget ikke går langt nok i å sikre retten til beslutningsstøtte og gravide med funksjonsnedsettelse sin rett til respekt for sin vilje. *We Shall Overcome* støtter ikke lovgivning som åpner for tvang og medisinske intervensjoner uten informert samtykke fra personen det gjelder, og uttaler:

«Selv om det skrives i merknad at det ikke er grunnlag for å utøve tvang, kan vi ikke se at lov-

teksten eksplisitt beskytter mot at abort kan skje uten fritt og informert samtykke fra personen det gjelder for kvinner som fratas beslutningskompetanse.

WSO har tidligere rapportert om norsk lovgivning gjeldende abort uten samtykke fra den det gjelder til Tortur-komiteen (2018) og CRPD-komiteen (2019). Vi kan ikke se at det foreliggende lovforslaget sikrer rettighetene og beskyttelse mot abort ut fritt og informert samtykke for kvinner med psykososiale og intellektuelle funksjonsnedsettelse i tråd med internasjonale menneskerettsstandarder og anbefalinger.»

Amnesty International Norge uttaler:

«Amnesty anbefaler at setningen at 'gravide skal så langt som mulig selv fremsette krav eller søknad om abort' inntas i foreslått § 9 for å presisere at hovedregelen i forslaget § 8 også gjelder for gravide uten samtykkekompetanse.

[...]

Amnesty anbefaler at en tilsvarende setning (som i forslag til § 9) om retten til tilpasset informasjon tas med i bestemmelsen i § 10. En generell forpliktelse til å gi individuell og tilpasset informasjon og veiledning følger allerede av forslaget § 11, men en tydeliggjøring av denne plikten i § 10 vil likevel understreke viktigheten av at den mindreårige får tilpasset informasjon og veiledning og dermed best mulig forutsetninger for å kunne ta et selvstendig valg.

Amnesty anbefaler også at bestemmelsen gir den mindreårige rett til å uttale seg og/eller motta informasjon og veiledning uten foreldre eller verge til stede, dersom den mindreårige selv ønsker det.»

Nasjonalt SRHR-nettverk går imot forslag til regler om abort for myndige uten beslutningskompetanse og viser til Likestillings- og diskrimineringsombudets anbefaling om å fjerne lovhjemler som tillater tvungen abort på grunn av funksjonsnedsettelse. Nettverket støtter forslaget til regler om abort for mindreårige.

JURK mener at mindreårige og voksne gravide med redusert beslutningskompetanse må sikres en rett til full selvbestemmelse om abort frem til utgangen av uke 22, som et minimum.

Oslo kommune viser i forbindelse med bestemmelsen om myndige gravide uten beslutningskompetanse, til Likestillings- og diskriminerings-

ombudets rapport *Inkorporering av CRPD*, hvor det står: «Ombudet anbefaler at lovhjemler som tillater tvungen abort grunnet nedsatt funksjonsevne fjernes for å sikre samsvar med CRPD ved inkorporering. Loven må heller vise til hvordan personer med nedsatt funksjonsevne kan få beslutningsstøtte». Oslo kommune stiller seg bak denne anbefalingen fra ombudet.

Bergen kommune mener

«utvalgets forslag ivaretar både yngre og eldre gravide barn på en god måte. Kravet om barnets samtykke der søknaden fremsettes av foreldre, eller andre med foreldreansvar, har til formål å motvirke at det gjennomføres aborter mot den gravides vilje. Kravet om barnets samtykke er imidlertid ikke absolutt. Bergen kommune ønsker en avklaring på om abort i særlige tilfeller kan gjennomføres mot barnets vilje når det gjelder de yngste barna.»

FO Trøndelag støtter Abortutvalgets forslag, og uttaler at det ivaretar mindreåriges selvbestemmelse, samtidig som det åpner opp for at foreldre kan ta ansvar når barnets situasjon krever det. Når det gjelder voksne uten beslutningskompetanse peker FO Trøndelag på et behov for bedre opplysning og støttesystemer for å sikre at alle, uavhengig av deres kognitive funksjon, kan ta informerte valg om sin egen kropp og helse.

14.6 Departementets vurderinger og forslag

14.6.1 Innledning

Departementet mener at det er behov for å endre gjeldende regler i abortloven om personer som mangler samtykkekompetanse. Gravide barns rett til å bli hørt og foreldrenes involvering bør styrkes. Vernet om selvbestemmelsesretten for barn og andre som trenger støtte til å fatte eller gi uttrykk for beslutningene sine, bør også styrkes. Det vil være situasjoner der foreldrenes, pårørendes eller vergens vurderinger er i konflikt med den gravides egne ønsker og vurderinger. Det er viktig å merke seg at for disse gruppene regulerer abortloven ikke bare deres mulighet til å velge å avslutte et svangerskap, men også muligheten til å kunne velge å gjennomføre svangerskapet.

Departementet foreslår i lys av dette to bestemmelser i ny abortlov §§ 8 og 9 om gravide barn under 16 år og om voksne gravide som mangler samtykkekompetanse. Forslagene tar utgangspunkt i Abortutvalgets forslag, men inne-

holder også endringer og presiseringer sammenlignet med utvalgets forslag.

14.6.2 Forholdet til vergemålsloven og pasient- og brukerrettighetsloven

Vergemålsloven regulerer vergers myndighet og mandat, og gjelder så langt det ikke har særskilt hjemmel i annen lov. Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder helsepersonells veiledning, forskrivning av legemidler, gjennomføring av abortinngrep og andre handlinger knyttet til abort. Abortloven fastsetter særregler som utfyller og eventuelt kommer i tillegg til disse reglene.

Departementet foreslår at uttrykket samtykkekompetanse brukes også i den nye abortloven, slik at det brukes samme terminologi som gjeldende pasient- og brukerrettighetslov. Departementet ser imidlertid at uttrykket beslutningskompetanse kan være et mer treffende uttrykk. Abortloven bør endres tilsvarende ved en eventuell endring av dette i pasient- og brukerrettighetsloven.

14.6.3 Barn

14.6.3.1 Innledning

Departementet mener at mindreårige i så stor grad som mulig skal ha selvbestemmelse og handleevne i saker om abort, og at abortloven bør utformes mer i tråd med dette. 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 fremsettelse av krav fra foreldre i ytterste konsekvens føre til at unge gravide blir presset til å gjennomføre en graviditet mot deres vilje. Samtidig er det viktig at yngre barn ivaretas og beskyttes når de ikke har tilstrekkelig alder og modenhet til å ta beslutninger om abort på egenhånd.

14.6.3.2 Når den gravide selv krever abort

Departementet mener at barn og unge fortsatt skal kunne kreve abort. Det følger av forslaget til ny abortlov § 7 at alle kan kreve abort etter loven. Dette betyr at også barn og unge vil kunne kreve abort på egne vegne, uavhengig av alder. Den gravide har rett til informasjon og veiledning etter forslaget til ny abortlov § 6, som må tilpasses den enkeltes modenhet og evne.

Departementet foreslår i tillegg at det i § 8 om gravide under 16 år tas inn en henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4. Det følger av denne bestemmelsens første ledd at dersom den gravide er under 16 år, skal foreldrene eller andre som har foreldreansvaret informeres om kravet. Foreldrene skal likevel ikke informeres dersom barnet er over 12 år og barnet ikke ønsker dette av «grunner som bør respekteres». Det samme gjelder, uavhengig av alder, dersom «tungtveiende hensyn» til barnet taler mot det, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre og tredje ledd. Dette gjelder likevel ikke dersom informasjonen er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, jf. fjerde ledd. Dette er i samsvar med Abortutvalgets forslag om at pasient- og brukerrettighetsloven skal gjelde utfyllende.

Videre foreslår departementet at foreldrene må respektere den gravides ønske slik at de ikke kan hindre at svangerskapet avsluttes dersom det er dette den gravide ønsker. Dette er i samsvar med Abortutvalgets forslag. I dag overlates spørsmålet til statsforvalteren dersom foreldrene er imot at svangerskapet avsluttes.

14.6.3.3 Når foreldrene krever abort på vegne av den gravide

Foreldre og andre med foreldreansvar skal etter departementets forslag kunne kreve abort på vegne av det gravide barnet dersom hun ikke er i stand til å forstå valgsituasjonen eller selv å fremsette krav om abort. Dette er i samsvar med Abortutvalgets forslag. Dette senker terskelen noe for foreldrenes innflytelse i forhold til dagens regler. I dag kan foreldrene begjære abort på barnets vegne bare dersom hun er alvorlig sinnslidende eller utviklingshemmet i betydelig grad.

Det presiseres i lovforslaget at pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 gjelder tilsvarende. Dette betyr blant annet at begge foreldre som hovedregel må kreve abort. Én av foreldrene kan imidlertid ta beslutningen alene dersom helsepersonell mener at abort er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Dersom foreldrene i slike tilfeller er uenige, kan spørsmålet tas til statsforvalteren.

Departementet foreslår å presisere i abortloven at barnet har rett til medbestemmelse og til å bli hørt når foreldrene krever abort på barnets vegne. Dette er særlig viktig når det er tale om alvorlige inngrep slik som abort. Abortutvalget foreslår å lovfeste at den gravide «om mulig [skal]

gi sitt samtykke». Departementet mener at lovteksten blir klarere dersom det stilles krav om at hun først har mottatt informasjon, veiledning og støtte, på samme måte som de som krever abort på egne vegne. Informasjonen og veiledningen må tilpasses den enkeltes modenhet og evne.

Videre bør det presiseres at det skal legges vekt på hva den gravide mener, i samsvar med hennes alder og modenhet. Dette følger også av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd. Kravene til informasjon og selvbestemmelse retter seg mot alle som er involvert i beslutningen, både foreldre, helsepersonell og statsforvalteren.

Departementet mener at loven i tillegg bør sette en tydelig skranke mot å tvinge barn til å ta abort. Det følger av departementets forslag at foreldre vil kunne kreve abort på barnets vegne. Med en slik adgang er det viktig å sikre at dersom den gravide etter informasjon og veiledning ønsker å beholde barnet, så skal abortinngrepet ikke kunne tvinges gjennom. Selv om den gravide er svært ung og kanskje ikke er moden nok til å forstå situasjonen og konsekvensene av å gjennomføre svangerskapet og å få et barn, bør et abortinngrep ikke gjennomføres mot den gravides vilje. Departementet foreslår derfor at det presiseres i loven at inngrepet ikke kan gjennomføres dersom den gravide motsetter seg det. Det samme skal gjelde dersom den gravide ikke har fått tilbud om informasjon og veiledning.

Dette bør likevel ikke gjelde dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade. En tilsvarende skranke følger i dag av pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 som sier at dersom pasienten motsetter seg behandlingen, kan helsehjelp bare gjennomføres dersom «unntatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade». Helseskade omfatter både fysisk og psykisk skade. Bestemmelsen gjelder bare personer over 16 år, jf. § 4A-2. For barn under 16 år er det foreldrene som samtykker, men likevel slik at barnets mening skal tillegges stadig økende vekt ut fra alder og modenhet. Departementet mener at dette i særlig grad må gjelde i spørsmål om abort. Se også lovforslaget § 5 som sier at dersom svangerskapet fører til akutt og alvorlig fare for den gravides liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til de øvrige bestemmelsene i abortloven.

Departementet foreslår i lys av dette å lovfeste at abort ikke skal kunne gjennomføres dersom den gravide motsetter seg inngrepet. Inngrepet skal likevel kunne gjennomføres dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade.

14.6.3.4 Unge mellom 16 og 18 år

Gjeldende abortlov gjelder likt for alle over 16 år, slik at gravide over 16 år har samme rettigheter og selvbestemmelse som de som er over 18 år. Departementet mener at dette bør videreføres i den nye abortloven.

Abortutvalget foreslår at abortloven gir foreldre en særskilt rolle når den gravide er mellom 16 og 18 år. Foreldrene skal etter forslaget få en rett til å kreve abort på vegne av gravide barn over 16 år som ikke er i stand til å forstå valgsituasjonen eller ikke selv kan fremsette krav om abort.

Departementet vil ikke foreslå noen særregel i abortloven for de mellom 16 og 18 år. Her kan det vises til at også gjeldende abortlov korresponderer med den «helserettslige myndighetsalderen» etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd.

Et annet spørsmål er om foreldre bør få informasjon om at den unge har krevet om abort, når den gravide selv ikke ønsker å dele opplysningene. Departementet mener at en ung gravid kan ha gode grunner til å ikke ønske at foreldrene får vite om et uønsket svangerskap og en abort. Det bør ikke lovfestes et særlig krav i abortloven om informasjon når den gravide er mellom 16 og 18 år. Det følger uansett av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 fjerde ledd at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret.

14.6.3.5 Oppsummering av departementets forslag

Departementet foreslår en egen bestemmelse i § 8 som regulerer krav om abort når den gravide er under 16 år. I bestemmelsen presiseres retten til å kreve abort på egne vegne. Det er tatt inn en henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 om informasjon til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret. Dersom den gravide ikke er i stand til å forstå valgsituasjonen og hva inngrepet innebærer eller ikke selv kan fremsette krav om abort, kan kravet fremsettes av foreldrene eller andre som har foreldreansvaret. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 om samtykke på vegne av barn skal gjelde tilsvarende. Den gravide skal først ha mottatt informasjon og veiledning etter abortloven § 6. Det skal legges vekt på hva den gravide mener, i samsvar med den gravides alder og modenhet. Hvis den gravide motsetter seg inngrepet eller ikke har fått

informasjon og veiledning, kan det bare gjennomføres dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade.

14.6.4 Personer som mangler samtykkekompetanse

14.6.4.1 Funksjonshemmedes reproduktive rettigheter

Abortloven innebærer begrensninger i selvbestemmelsesretten for visse funksjonshemmede i svært viktige personlige forhold. Verger kan i noen tilfeller begjære abort på vegne av den gravide, og loven hjemler en viss adgang til å fatte vedtak om abort uten samtykke eller i strid med den gravides vilje.

Reproduktive rettigheter er vernet i menneskerettskonvensjonene Norge har sluttet seg til. Funksjonshemmedes reproduktive rettigheter er uttrykkelig vernet etter artikkel 23 i konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter. Rettslig handleevne og rett til beslutningsstøtte er beskyttet av konvensjonens artikkel 12. Artikkel 25 om helse slår i bokstav a fast at funksjonshemmede har rett til samme helsetjenestetilbud som andre, også med hensyn til reproduktiv helse. I bokstav d presiseres det at helsehjelp skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke. Disse bestemmelsene betyr at funksjonshemmede skal få oppfylt sine reproduktive rettigheter på linje med andre.

Abortloven, som annen norsk lovgivning, skal fortolkes i lys av konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter og andre menneskerettslige forpliktelser. Utvalget som utredet inkorporering av konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter, mente at abortloven kan praktiseres slik at konvensjonsstrid ikke oppstår. Men for å sikre mot konvensjonsbrudd og dessuten bedre ivareta hensynet til reell likestilling, bør det ifølge utvalget skje en reform, jf. utvalgets utredning *Konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter* (2024), del II punkt 17.5.4.

Abortutvalget påpeker at bestemmelsene i gjeldende abortlov som regulerer handleevne for voksne gravide, etter ordlyden er problematiske på flere punkter i lys av funksjonshemmedes selvbestemmelsesrett. For det første begrenser abortloven selvbestemmelsesretten alene ut fra diagnose uten konkret vurdering av den gravides forståelse eller evner. Vergen kan etter ordlyden i § 4 andre ledd begjære abort, alene ut fra diagnose. For det andre stiller abortloven ikke de samme kravene til beslutningsstøtte før inngrep vurderes, som pasient- og brukerrettighetsloven eller verge-

målsloven gjør. Og for det tredje har abortloven en annen rettesnor for vergens og statsforvalterens utøvelse av sitt mandat på vegne av den gravide, som er basert på den gravides «beste interesse» og ikke den gravides «vilje og preferanser», jf. NOU 2023: 29 punkt 24.2.2.

14.6.4.2 Informasjon og veiledning

Departementet mener at gravide først og fremst bør ha rett til individuelt tilrettelagt støtte og bistand til selv å vurdere og eventuelt kreve abort. Gravide kan ha behov for beslutningsstøtte for at de selv skal kunne ta stilling til om de ønsker abort eller ikke. 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. Informasjonen må være tilrettelagt for kvinnens individuelle forutsetninger for å kunne forstå informasjonen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Opplysning om den informasjonen som er gitt, skal nedtegnes i kvinnens journal, jf. § 3-5 tredje ledd.

Det bør lovfestes i den nye abortloven at den gravide skal få informasjon, veiledning og støtte. Informasjonen mv. må tilpasses den enkeltes evne til å forstå informasjonen, slik at hun selv gis mulighet til å vurdere om hun ønsker å beholde barnet eller ikke. Dette vil være en tydelig gjennomføring av kravet om beslutningsstøtte etter konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 12 nr. 3. Støtten skal respektere den gravides vilje og preferanser, og det skal ikke foreligge noen interessekonflikt og utilbørlig påvirkning, jf. konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 12 nr. 4.

Det vil være helsepersonellens oppgave å sørge for informasjon og veiledning tilpasset den gravide, jf. lovforslaget §§ 6 og 23. En verge som har mandat til å bistå i spørsmål om abort skal også gi veiledning til den gravide, jf. vergemålsloven § 33 som sier at vergen skal «gi støtte til personens utøvelse av den rettslige handleevnen i samsvar med personens ønsker».

14.6.4.3 Manglende samtykkekompetanse

Abortloven tillater at det i visse tilfeller gjennomføres abort uten at den det gjelder, har samtykket. Reglene innebærer at abort kan gjennomføres uten kvinnens samtykke hvis hun ikke er i stand til å forstå hva inngrepet handler om. Med en så lav terskel for samtykkekompetanse, vil det

ytterst sjelden være tale om abort uten samtykke fra kvinnen selv.

Departementet foreslår at begrensninger i selvbestemmelsesretten for gravide med funksjonsnedsettelse, knyttes til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 om manglende samtykkekompetanse slik Abortutvalget foreslår. Disse reglene bør gjelde ikke bare der abort kreves innen 18. uke, men også når nemnda skal ta stilling til et krav om abort etter 18. uke.

Henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven innebærer at samtykkekompetanse med hensyn til abort vil bli vurdert på samme måte som for annen helsehjelp.

Det er etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd tre kriterier som rettslig sett er avgjørende for om en person har samtykkekompetanse: et sykdoms- eller diagnosevilkår, et krav om årsakssammenheng og et krav om manglende forståelsesevne.

Reglene gjelder personer med «fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming». Dette sikter til ulike typer funksjonsnedsettelse, samt andre mer midlertidige svekkelser som påvirker forståelsen og vurderingsevnen. Lovens opplisting er ikke helt treffende. Den kan også oppfattes stigmatiserende, og er ikke i samsvar med moderne terminologi knyttet til funksjonshemmede. Ordlyden bør derfor ikke gjentas i abortloven.

Ved å henvise til pasient- og brukerrettighetsloven får en også frem at samme «funksjonstest» skal gjelde etter begge lovene. Det vil si at det må vurderes om den gravides manglende forståelse av valgsituasjonen og hva en abort vil innebære, er tilstrekkelig sannsynliggjort. Dette vil også heve terskelen for når personens selvbestemmelsesrett kan begrenses sammenliknet med dagens regler. Det vil fortsatt gjelde et sykdoms- eller diagnosekrav slik som etter gjeldende regler, men i den nye loven kun som et inngangsvilkår. I tillegg må det tas eksplisitt stilling til om den gravide har samtykkekompetanse i det konkrete spørsmålet om abort.

Departementet viser også til at pasient- og brukerrettighetslovens regler om samtykkekompetanse er under vurdering i forbindelse med oppfølgingen av forslagene fra Samtykkeutvalget. Se rapport juni 2023 *Bedre beslutninger, bedre behandling* og Tvangslovutvalgets NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*.

Det vil følge av henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven at det er helsepersonellet

som skal avgjøre om den gravide har samtykkekompetanse. Helsepersonellens vurdering av samtykkekompetansen skal nedtegnes i kvinnens journal, jf. pasientjournalforskriften § 7 bokstav c.

14.6.4.4 Selvbestemmelsesretten

Når den gravide mangler samtykkekompetanse er hun ikke i stand til å forstå valgsituasjonen og hva en abort vil innebære.

Departementet mener at den gravides rett til selv å kreve abort bør gjelde også i slike tilfeller, på samme måte som i dag. Dette bør gjelde også om pårørende, vergen eller andre er imot at svangerskapet avsluttes. En annen løsning ville bety at den gravide vil kunne tvinges til å bære frem et barn mot sin vilje dersom andre mener at svangerskapet bør fullføres. Dette ville være en begrensning i selvbestemmelsesretten som er i strid med konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter.

Det at en person ikke har samtykkekompetanse, betyr ikke at viljen til personen er irrelevant. Ved oppnevning av verge og ved vergens utførelse av vergeoppdraget, skal «den beste tolkningen av personens vilje og preferanser» legges til grunn, jf. vergemålsloven §§ 20 og 33.

Det kan stilles spørsmål ved om en uten videre skal legge til grunn et krav fra en gravid som mangler samtykkekompetanse. Etter gjeldende regler skal spørsmålet bringes inn til statsforvalteren som skal ta den endelige avgjørelsen, dersom vergen har uttalt seg mot abort. Denne regelen gjelder bare dersom den gravide er utviklingshemmet, jf. dagens abortlov § 4 første ledd tredje punktum og § 9 første ledd bokstav b om at vergen skal gis anledning til å uttale seg dersom den gravide er utviklingshemmet. Abortutvalget foreslår at denne regelen ikke videreføres, men uten at det tydelig tas stilling til hvordan situasjonen skal løses når en som mangler samtykkekompetanse krever abort før 18. uke. Etter det er det nemnda som avgjør spørsmålet.

Etter departementets vurdering bør den gravide uansett ha siste ordet i spørsmålet om abort. Selv om en gravid mangler samtykkekompetanse kan det likevel være den gravides ønske å avslutte svangerskapet. På samme måte som hun ikke bør kunne tvinges til å gjennomføre en abort, bør hun heller ikke kunne tvinges til å gjennomføre svangerskapet. Departementet foreslår derfor å ikke videreføre regelen om at vergen skal uttale seg og at spørsmålet skal avgjøres av statsforvalteren dersom vergen er imot abort.

14.6.4.5 Vergens adgang til å kreve abort på den gravides vegne

For å sikre en reell og likestilt tilgang til abort, bør den gravide ha tilgang til hjelp til å kreve abort. I gjeldende lov og i Abortutvalgets forslag er denne oppgaven lagt til vergen, som kan kreve abort på vegne av den gravide.

Likestillings- og diskrimineringsombudet, Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU) og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (NAKU) er kritiske til at avgjørelser om abort overlates til vergen. De peker på at vergemål ofte bare omfatter økonomiske forhold, og ikke personlige forhold som svangerskap og abort. Vergen er ikke nødvendigvis en tillitsperson for vergehaveren. *NAKU* er bekymret for om utvalgets forslag sikrer godt nok mot at hjelpeapparatet rundt «manipulerer eller overtaler» den gravide.

Abortutvalgets «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» (NOU 2023: 29 punkt 9.10).

Departementet mener at denne oppgaven likevel fortsatt bør ivaretas av en verge. Dette forutsetter at vergen har et mandat som omfatter å bistå personen med å kreve abort, og det må ses i lys av at vergens oppgave er å støtte den gravide til å ta beslutningen om abort eller ikke. Vergen kan bare kreve abort dersom dette antas å være den gravides ønske. Vergen bør kunne kreve 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 fra helsepersonellens side av om den gravide har samtykkekompetanse i spørsmålet om abort.

Departementet viser til at den gravide kan ha verge uavhengig av samtykkekompetanse. Alminnelig vergemål er et frivillig støttetiltak, jf. vergemålsloven § 20. Vergen skal så vidt mulig høre den som er satt under vergemål, og kan ikke foreta handlingen dersom det etter en samlet vurdering må legges til grunn at den er i strid med personens ønsker, jf. § 33. En persons rettslige handleevne kan bare begrenses hvis det er «betydelig fare for at han eller hun vil handle på en måte som i vesentlig grad vil være egnet til å skade hans eller hennes interesser», jf. § 22. Fratakelse av rettslig handleevne er imidlertid ikke relevant i denne sammenheng. Spørsmålet er om personen har samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven. Og den gravide kan uansett kreve abort selv og kan heller ikke tvinges

til å ta en abort. Vergen kan med andre ord ikke overstyre den gravide.

Det kan reises spørsmål om gjeldende abortlov § 4 utvider vergens mandat til å gjelde spørsmålet om abort, uavhengig av hva som uttrykkelig er omfattet av det konkrete vergeoppdraget. Ordlyden i bestemmelsen taler for en slik fortolkning.

Vergens mandat skal imidlertid etter vergemålsloven § 21 begrenses til bestemte økonomiske eller personlige forhold. Vergemålet kan ikke omfatte inngåelse av ekteskap, organdonasjon eller andre «særlig personlige forhold uten særskilt hjemmel i lov». I forarbeidene til vergemålsloven omtales bestemmelser om vergens rolle i særlovgivningen. I Prop. 46 L (2012–2013) punkt 3.2.1 tas det utgangspunkt i at det

«vil være mest aktuelt at vergemålet utvides ved vedkommende lovbestemmelse. Det vil si at dersom personen er under en nærmere definert form for vergemål, kommer bestemmelsen til anvendelse med krav for eksempel om samtykke fra vergen selv om vedkommende type disposisjon ikke uttrykkelig er omfattet av det konkrete vergeoppdraget.

[...]

For noen lovbestemmelser i særlovgivningen kan det likevel være mest hensiktsmessig at et krav om vergesamtykke eller liknende bare gjelder hvis dette er omfattet av beskrivelsen av vergemålet i det konkrete tilfellet. Et slikt krav er tatt inn i forslaget om endring av ekteskapsloven § 2 med krav om samtykke fra vergen til å inngå ekteskap [...]. Noen typer disposisjoner som er regulert i særlovgivningen, er av så stor viktighet eller gjelder så personlige forhold at vergemålsmyndigheten bør ha tatt aktivt stiling til om det i det konkrete tilfellet er grunn til å stille krav om samtykke fra vergen eller fylkesmannen.»

Samtidig uttales det at «vergemålsloven åpner for at vergeoppdraget kan skreddersys for oppgavene» etter abortloven (Prop. 46 L (2012–2013) merknadene til lov nr. 18 og 19).

Departementet mener at vergen bare bør kunne kreve abort på vegne av den gravide dersom spørsmål rundt dette omfattes av vergemålet. Dette bør fremgå klart av lovens ordlyd. Spørsmål knyttet til abort er et «særlig personlig forhold» som ligger utenfor det et vergemål kan omfatte uten særskilt hjemmel, jf. vergemålsloven § 21 fjerde ledd. Det bør derfor presiseres i abortloven at vergen skal ha denne rollen bare dersom det faller innenfor vergens oppdrag.

Dersom den gravide ikke har verge, eller vergemålet ikke omfatter forhold rundt svangerskap og abort, bør abortloven åpne for at vergemål kan opprettes eller at vergemandatet kan justeres. Vedtak om dette er etter gjeldende lov lagt til statsforvalteren. Departementet foreslår at dette videreføres. Dersom den gravide har verge, men vergemålet ikke omfatter slike spørsmål, bør statsforvalteren kunne endre vergemålet dersom den gravide stoler på vergen og denne er egnet til å bistå i abortspørsmålet. I motsatt fall kan det oppnevnes en ny verge for abortspørsmålet. Det avgjørende må være vergens forutsetninger for å gi god og tilpasset beslutningsstøtte for å sikre vernet om selvbestemmelsesretten for den enkelte gravide.

Opprettelse av verge eller endring av vergemandat til å omfatte abort, skal behandles som hastesak av statsforvalteren.

Departementet mener at det ikke er behov for en egen klagemulighet dersom den gravide er uenig i vergens vurdering, slik *Likestillings- og diskrimineringsombudet* foreslår. Det vises her til at vergen kun har myndighet til å *kreve* abort. Den gravide vil alltid kunne kreve abort selv, og kan heller ikke tvinges til å ta abort, se nedenfor. Departementet ser at det rettslige skillet mellom beslutningen om abort og selve inngrepet kan være vanskelig å forstå, særlig der det gjelder personer som neppe vil yte aktiv fysisk motstand mot et inngrep. Retten til å kreve abort selv og til å motsette seg inngrepet, må derfor inngå som en del av informasjonen og veiledningen etter § 6. Det er også adgang til å klage på vergens utførelse av vergemålet etter vergemålslovens regler.

14.6.4.6 Den gravides vilje og preferanser

Abortutvalget påpeker at erfaringsbasert kunnskap «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». Se NOU 2023: 29 punkt 9.10.

Ved vurderingen av om abort skal kreves, bør det presiseres i loven at vergen skal legge den gravides vilje til grunn. Dette i motsetning til å legge avgjørende vekt på hva vergen selv mener er i den gravides beste interesse. Det vil understreke den gravides selvfølkelige rett til å fullføre svangerskapet samtidig som hun har en rett til selvbestemmelse, i tråd med forslaget til formålsparagraf, jf. lovforslaget § 1. En slik tilnærming er

også mer i samsvar med konvensjonen artikkel 12 nr. 4 og vergemålsloven §§ 20 og 33.

Abortloven gir kun hjemmel til alminnelig vergemål. Siden vergemålet er frivillig, kan den gravide velge å ikke la seg bistå av en verge. Abortloven gir ingen adgang til å begrense den gravides rettslige handleevne i abortspørsmålet.

Departementet mener at loven i tillegg bør sette en tydelig skranke mot å tvinge noen til å ta abort. Dersom den gravide ønsker å beholde barnet, kan inngrepet ikke gjennomføres. Det samme skal gjelde dersom den gravide ikke har fått tilbud om informasjon og veiledning. Inngrepet vil likevel kunne gjennomføres dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade. Dette følger i dag av pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3 som sier at dersom en pasient uten samtykkekompetanse motsetter seg helsehjelpen, kan helsehjelp bare gjennomføres dersom «unnlatelse av å gi helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade». Se forslaget til ny abortlov § 9 andre ledd.

14.6.4.7 Fremtidsfullmakt

Departementet foreslår å presisere i loven at dersom den gravide har opprettet en fremtidsfullmakt der fullmektigen er gitt mandat til å representere den gravide i spørsmålet, så kan fremtidsfullmektigen kreve abort på vegne av henne. En

fremtidsfullmakt er en «fullmakt til én eller flere personer om å representere fullmaktsgiveren etter at fullmaktsgiveren på grunn av sinnslidelse, herunder demens, eller alvorlig svekket helbred ikke lenger er i stand til å ivareta sine interesser innen de områdene som omfattes av fullmakten», jf. vergemålsloven § 78.

En fremtidsfullmakt kan omfatte særlig personlige forhold som abort. Dette krever imidlertid lovhjemmel, jf. vergemålsloven § 80 tredje ledd. Den nye abortloven § 9 vil gi en slik hjemmel.

Dersom den gravide har opprettet en fremtidsfullmakt, kan fremtidsfullmektigen kreve abort på vegne av den gravide. Fullmektigens mandat vil da være angitt i fullmakten, som er et uttrykk for den gravides ønsker.

14.6.4.8 Oppsummering av departementets forslag

Departementet foreslår en egen bestemmelse i abortloven § 9 som regulerer krav om abort når den gravide mangler samtykkekompetanse. Verge eller fremtidsfullmektig skal etter forslaget kunne kreve abort på den gravides vegne. Dette forutsetter at vergen eller fremtidsfullmektigen har et mandat som omfatter dette. Vergen skal legge den gravides eget ønske til grunn. Den gravide kan motsette seg at aborten gjennomføres.

15 Behandling av krav om abort

15.1 Vedtaksmyndighet – kompetanse til å treffe vedtak om abort

15.1.1 Innledning

I dette kapitlet behandles spørsmålet om hvilket organ som skal ta stilling til krav om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke, og regler for saksbehandlingen. Departementet foreslår at beslutningskompetansen legges til nye abortnemnder.

I punkt 15.1.5 foreslås regler om organiseringen av nemndene, blant annet ansvar for å opprette nemndene og regler om nemndenes sammensetning. I punkt 15.2.4 foreslås saksbehandlingsregler for nemndene.

Overprøving av abortnemndenes vedtak om avslag på abort behandles i kapittel 16.

15.1.2 Gjeldende rett

Dersom aborten kan utføres før utgangen av 12. svangerskapsuke, bestemmer den gravide selv om hun ønsker å avbryte svangerskapet, jf. abortloven § 2. Etter utgangen av 12. svangerskapsuke kan en abortnemnd innvilge abort, i samråd med den gravide, jf. § 7 andre ledd og abortforskriften § 3 andre ledd. For å utføre fosterantallsreduksjoner kreves tillatelse fra en abortnemnd også dersom inngrepet utføres før utgangen av 12. svangerskapsuke.

I hver helseregion skal det være en abortnemnd ved minst ett sykehus der det utføres aborter etter utgangen av 12. svangerskapsuke, jf. forskriften § 11 første ledd. Nemnda skal bestå av to leger, jf. loven § 7 andre ledd og forskriften § 11 andre ledd. Det ene faste medlemmet skal være lege ved den avdeling hvor aborter utføres på det aktuelle sykehuset. Det andre faste medlemmet oppnevnes av statsforvalteren og kan ikke være ansatt ved samme avdeling. Det skal oppnevnes minst to varamedlemmer med tilsvarende kvalifikasjoner. Statsforvalteren oppnevner et av varamedlemmene. Hvis det ikke er mulig å oppnevne medlem eller varamedlem med disse kvalifikasjonene, skal statsforvalteren for et tidsrom av inntil ett år om gangen oppnevne annen lege.

Leger som av samvittighetsgrunner er fritatt fra å utføre eller assistere ved abort, kan ikke sitte i en abortnemnd, jf. forskriften § 11 fjerde ledd.

Medlemmene i abortnemndene som er oppnevnt av statsforvalteren oppnevnes for 4 år av gangen, jf. forskriften § 13 første ledd. Statsforvalteren kan etter søknad frita et oppnevnt medlem fra vervet i løpet av perioden og oppnevne nytt medlem den resterende tiden. Medlemmer i abortnemnder kan ikke bli sittende etter de har fylt 70 år, jf. forskriften § 13 andre ledd.

Nemndmedlemmene har rett til godtgjørelse etter bestemmelser fastsatt av departementet, jf. forskriften § 14 første ledd. For leger ansatt ved sykehuset vil arbeidet i abortnemnd inngå som en naturlig del av oppgavene i tjenesten. Legen som er oppnevnt av statsforvalteren har rett til utvalgs-godtgjørelse etter Statens personalhåndboks regler om godtgjørelse til leder, medlemmer og sekretærer i statlige utvalg. Leger i egen praksis regnes som selvstendig næringsdrivende og skal ha godtgjørelse etter spesielle satser. Nemndmedlemmene skal også ha dekket sine reiseutgifter dersom disse ikke dekkes på annen måte. Dekningen skjer etter statens regulativ, jf. forskriften § 14 andre ledd.

15.1.3 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget ble i sitt mandat bedt om å se på dagens abortnemnder og vurdere alternativer til nemndene. Som grunnlag for sin vurdering har utvalget innhentet informasjon om nemndenes praksis gjennom to undersøkelser, en intervjuundersøkelse og en spørreundersøkelse. I intervjuundersøkelsen ble 24 nemndmedlemmer fra 21 av landets nemnder intervjuet. Spørreundersøkelsen ble sendt til alle medlemmer og varamedlemmer av dagens abortnemnder og sentral klagenemnd. Utvalget har også innhentet ny forskning om kvinners erfaring med abortnemnder. Se omtale i utvalgets rapport (NOU 2023: 29 punkt 11.5).

Utvalget foreslår å avvikle dagens nemnder og opprette fem til ti nye abortnemnder som skal behandle søknader om abort.

Nemndene skal oppnevnes og driftes av de regionale helseforetakene. Hvis det er behov for det, kan nemndene organiseres med flere avdelinger. Utvalget foreslår at nemndene organiseres ved de fem universitetssykehusene med avdelinger for fostermedisin.

Nemndene skal etter utvalgets forslag, ha tre medlemmer, en sykehuslege (leder), en jurist, og ett medlem med medisinsk eller helsefaglig kompetanse. Legen bør være spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Ved behandling av søknader om fosterantallsreduksjoner foreslår utvalget å lovfeste at legen skal være spesialist innen fostermedisin, jf. punkt 9.2.2. Utvalget foreslår også å lovfeste at to av nemndas medlemmer skal være kvinner. Medlemmer og varamedlemmer oppnevnes av helseforetakene for fire år, med mulighet for én gangs gjenoppnevning. Abortnemndas leder skal motta krav, innhente dokumentasjon ved behov og koordinere og lede møtene. I tillegg skal leder ha mulighet til å avgjøre enkelte saker alene, der 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.

Utvalget mener det bør lovfestes at nemndene er uavhengige organer som ikke kan instrueres i sin faglige virksomhet av verken departementet eller helseforetakene. Nemndene skal ikke kunne instrueres i enkeltsaker, men kan instrueres i spørsmål om saksbehandlingen og organiseringen. Abortklagenemnda kan veilede i lovforståelse.

15.1.4 Høringsinstansenes syn

Norsk sykepleierforbund støtter forslaget om å nedlegge dagens nemnder og opprette nye.

Bergen kommune går inn for å legge ned nemndene og erstatte dem med et rådgivende organ som skal gi støtte etter den gravides eget ønske. Kommunen viser til abortutvalgets vurderinger:

«Utredningen har vist at nemndene ikke fungerer etter hensikten. Både møtet og ventetiden frem mot møtet i nemnden oppleves av flere som belastende og meningsløst. Skjevheten i maktforholdet preger møtet og hindrer opplysende dialog, favoriserer ressurssterke kvinner og marginaliserer de mer sårbare.»

Også blant andre *LO*, *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*, *JURK*, *Oslo kommune*, *Landsforeningen av helsesykepleiere* og *Sex og samfunn* går inn for å nedlegge abortnemndene.

Sex og samfunn uttaler:

«Abortutvalget har hensyntatt utfordringen med at dagens nemnd i praksis ikke fungerer som et rådgivende organ, og foreslår derfor et rent vedtaksorgan. Dette forslaget plasserer fortsatt beslutningsmyndigheten over på noen andre enn den gravide, og Sex og samfunn vil derfor heller ikke støtte det nye forslaget til nemnd. Det viktigste formålet med loven er å ivareta den gravides rett til selv å ta egne valg for eget liv.

En rett på informasjon og utveksling med kvalifisert helsepersonell bør lovfestes, men det må være opp til den gravide å selv ta beslutningen om hvorvidt svangerskapet skal avbrytes.»

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet foreslår et tilbud om samtale som et alternativ til nemndordningen og uttaler:

«Dette kunne vært et tilbud hvor det legges sterk vekt på faglig veiledning, informasjon, råd og støtte til den gravide som vurderer abort. Dette kunne vært et frivillig tilbud, uavhengig av grensen for selvbestemt abort der den gravide kunne drøftet valget om abort uten at en beslutning skal tas der. Et slikt tilbud kunne vært en støtte for mange, ettersom mange gravide opplever det som ensomt og krevende å skulle stå alene i en beslutning om abort.»

LO går imot forslaget om å videreføre nemndbehandling fra utgangen av 18. svangerskapsuke til utgangen av 22. svangerskapsuke og uttaler:

«Dette er ikke i tråd med menneskerettighetene, som omfatter kvinners rett til å bestemme over eget liv, og i strid med anbefalingene fra Verdens helseorganisasjon. Det setter andre hensyn foran kvinners seksuelle, reproduktive og helsemessige rettigheter slik de også er forstått av FN. Det innebærer en umyndiggjøring av kvinner, og viser fravær av tillit til at kvinner er i stand til å ta beslutninger om eget familieliv, kropp og fremtid.»

Helsedirektoratet viser til de store utfordringene med nemndsystemet og mener det er svært viktig å finne alternative løsninger:

«Bakgrunnen for at vi mener det er behov for å se på alternativer til nemndsystemet, er at det

etter vårt syn med nye vilkår og ny organisering fortsatt vil være en stor risiko for ulik praksis og vilkårlige resultater på et felt som berører grunnleggende menneskerettigheter og fosterets moralske verdi. Vi mener videre at gravide med foreslått ny organisering fremdeles kan oppleve prosessen i abortnemndene som umyndiggjørende, og at det fremdeles vil være vanskelig å forutse resultatet i nemndene. Vi peker også på at en ordning med abortnemnder og Abortklagenemnd i så fall vil gjelde få tilfeller. Det bør på denne bakgrunn vurderes om andre ordninger bedre kan ivareta kvinnen og fosteret.»

Sentral klagenemnd for abortsaker stiller spørsmål til formålet med å videreføre et nemndsystem som har en del menneskelige og ressursmessige kostnader samtidig som antallet avslag er lavt.

Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo etterlyser en bedre etisk og politisk begrunnet løsning enn en ny versjon av en nemnd. Senter for medisinsk etikk stiller spørsmål om en obligatorisk veiledningssamtale i forkant av fosterdiagnostikk kan erstatte nemndbehandling der grunnlaget for å søke abort er tilstander ved fosteret. For gravide som søker abort seint i svangerskapet på grunn av egne helseutfordringer, mener Senter for medisinsk etikk det bør være tilstrekkelig for å kunne ta abort at den gravides lege dokumenterer at det å bære frem et barn innebærer høy risiko for den gravides helse.

Dersom nemndsystemet videreføres, støtter *Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn* forslaget om å redusere antall nemnder og at abortnemndene utvides med juridisk kompetanse. Direktoratet mener det bør vurderes om juristen bør være leder for nemndene for å sikre at den gravides rettssikkerhet ivaretas på en bedre måte.

Sentral klagenemnd for abortsaker støtter også å redusere antall nemnder, men mener det bør være en forutsetning av nemndene kan møtes raskt.

Rådet for legeetikk mener «en sentralisering av nemndene som gir økt profesjonalisering kan være til nytte, men at tilgjengelighet er helt sentralt for at kvinner i alle deler av landet skal ha lik tilgang og rettigheter.»

Statsforvalteren i Oslo og Viken støtter at nemndene skal oppnevnes av de regionale helseforetakene:

«Etter vår vurdering er det ikke grunn til å tro at oppnevning av statsforvalteren gir mer egnede kandidater enn kandidatene de regionale helseforetakene vil oppnevne.

Vi erfarer at det er utfordrende å finne aktuelle og villige kandidater til vervene. Vi har heller ikke forutsetninger for å kunne legge til rette slik at det ikke blir konflikt mellom nemndsarbeidet og aktuelle leges øvrige virke, slik de regionale helseforetakene som overordnet helse- og sykehusforetakene vil kunne gjøre.»

Helse Bergen HF er bekymret for at et ekstra juristmedlem i nemnda «vil gi en økt ubalanse og opplevelse av formynderi for den gravide.» Også *LO* peker på at dette forslaget vil forsterke maktubalansen mellom den gravide og nemnda. *Sentral klagenemnd for abortsaker* mener det er viktig at kravet om en jurist i abortnemndene ikke fører til byråkratisering av sakene, samtidig kan juridisk kompetanse bidra til å styrke forvaltningsansvaret og redusere behovet for veiledning av abortnemndene.

Sex og samfunn mener intensjonen om å sikre gravides rettssikkerhet ved å inkludere en jurist i nemndene er god, men mener en utvidelse til tre personer vil forsterke den allerede skjeve maktbalansen.

Norsk gynekologisk forening mener tre nemndmedlemmer kan gi en forsterket opplevelse av formynderi for den gravide. Tre nemndmedlemmer vil også gi større utfordringer ved at medlemmene skal være i beredskap og tilgjengelig på kort varsel. Videre mener Norsk gynekologisk forening det bør stilles krav om at et av medlemmene i nemndene skal være spesialist i fødsels hjelp og kvinnesykdommer. Om reduksjon av antall abortnemnder uttaler foreningen:

«Ved reduksjon av antall nemnder i Norge er det viktig at man får et godt og likeverdig tilbud til alle kvinner i Norge uavhengig av bosted. Bedring av digitale tjenester åpner for flere løsninger på geografiske utfordringer, men det må sikres at løsningene er trygge, tilgjengelige og brukervennlige for alle gravide og helsepersonell, før de tas i bruk.»

Helse Midt-Norge RHF mener det må inkluderes en jurist i nemndene, og uttaler at de

«anser det som vesentlig for både rettssikkerhet, kvalitet på vedtak og begrunnelse, likebehandling mv at jurist deltar som medlem i nemnda. Vi legger også til grunn at det at en jurist er medlem av nemnda vil være betryggende for den som fremmer søknad om fosterreduksjon/abort, da dette også for

søker vil fremstå som en rettssikkerhetsgaranti.»

Nasjonalt SRHR-nettverk er skeptisk til å redusere antall nemnder fordi dette vil gjøre det vanskeligere for den gravide å møte i nemnda.

Den norske legeforening ser behovet for å samle kompetanse, og at nemndarbeidet derfor sentraliseres. Legeforeningen påpeker også at antallet nemnder og plassering av nemndene må tilpasses omfanget av saker, som igjen avhenger av ukegrense for selvbestemmelse. Foreningen mener at bedring av digitale tjenester åpner for flere løsninger på geografiske utfordringer, men er samtidig bekymret for at det åpner opp for nye utfordringer, som for eksempel krav til BankID grunnet sikkerhetsnivå, som kan være utfordrende for sårbare grupper. Når det gjelder sammensetning av nemndene uttales:

«En utvidelse av nemndene fra to til tre medlemmer kan gi en økt opplevelse av ubalanse og formynderi for den gravide ved at hun havner i et mer uttalt mindretall enn før. Legeforeningen ser behovet for å styrke rettssikkerheten til kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd. Vi er imidlertid bekymret for at en jurist i nemndene kan medføre en økt rettsliggjøring og byråkratisering av nemndprosessen på bekostning av rask behandling og en mest mulig skånsom prosess for kvinnen»

15.1.5 Departementets vurderinger og forslag

15.1.5.1 Nye abortnemnder

Departementet er enig i utvalgets forslag om å avvikle dagens abortnemnder og erstatte disse med nye nemnder som skal behandle krav om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke. Dersom dagens grense beholdes kan det samme forslaget legges til grunn, men det bør vurderes om man har behov for flere nemnder.

En del høringsinstanser mener ordningen med nemnder bør avvikles og går imot forslaget om å opprette nye abortnemnder. De fleste av disse mener samtidig at den gravide bør ha rett til selv å bestemme om svangerskapet skal avbrytes frem til utgangen av 22. svangerskapsuke. Noen tar ikke stilling til spørsmålet om hvem som bør ha kompetanse til å beslutte abort dersom nemndene fjernes, eller mener dette bør utredes nærmere.

Som omtalt i punkt 7.5, mener departementet grensen for den gravides rett til selv å bestemme

om svangerskapet skal avsluttes bør gå ved utgangen av 18. svangerskapsuke. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke skal abort være tillatt dersom nærmere bestemte vilkår i loven er oppfylt. Departementet mener det ikke er tilstrekkelig ivaretagelse av fosterets rettsvern å erstatte nemndbehandling med obligatorisk rådgivning, som noen høringsinstanser foreslår. Dersom dagens grense beholdes, vil det likeledes være nødvendig å ha en nemnd til å gjøre vurderingen.

Det er derfor nødvendig å ta stilling til hvilken instans som skal ha kompetanse til å vurdere om vilkårene er oppfylt og til å gi tillatelse til abort etter utgangen av selvbestemt abort. Departementet har vurdert om dette bør legges til andre organer enn nemnder. Et alternativ kunne vært å legge avgjørelsene til et nytt eller et eksisterende forvaltningsorgan i den sentrale helseforvaltningen. Et annet alternativ kunne vært å legge avgjørelsesmyndigheten til spesialisthelsetjenesten, nærmere bestemt til behandlende lege.

Å beholde avgjørelsesmyndigheten hos nemnder som er nært knyttet til helsetjenesten og ikke til et ordinært forvaltningsorgan, gir beslutningsorganet bedre tilgang til oppdatert relevant medisinsk og helse eller sosialfaglig kompetanse. Det gjør det også lettere å få rask saksbehandling, noe som er særlig viktig i disse sakene. At avgjørelsen skal tas av nemnder og ikke av behandlende lege, gir en bredere vurdering av kravene med både medisinsk, annen helse- eller sosialfaglig og juridisk kompetanse. Behandling i nemnd i motsetning til å legge oppgaven til behandlende lege i spesialisthelsetjenesten, vil også avlaste helsetjenesten og samle avgjørelsene på færre personer. Dette vil bidra til mer lik praksis og kvalitativt bedre vedtak og saksbehandling. Behandling i nemnd vil også legge til rette for at beslutningsorganet kan være faglig uavhengig.

En ulempe med behandling i nemnd vil være høyere kostnader. I forhold til behandling i ordinære forvaltningsorgan, vil nemndbehandling også redusere muligheten for konstitusjonell kontroll og styring.

Abortutvalgets undersøkelser viser at det er en del utfordringer med dagens nemnder, jf. utvalgets rapport (NOU 2023: 29 punkt 11.4 og 11.5). Departementet foreslår likevel å videreføre en ordning der avgjørelsen av krav om abort skal tas av abortnemnder. For å avhjelpe noe av utfordringene med dagens ordning foreslår departementet å redusere antallet nemnder, jf. punkt 15.1.5.2 nedenfor, endre sammensetningen av nemndene, jf. punkt 15.1.5.2 og noen særlige saksbehandlingsregler, se punkt 15.2.4.

Departementet har vurdert om de nye beslutningsorganene bør få en annen mer moderne og mindre fremmedgjørende betegnelse enn «nemnder». Enkelte høringsinstanser tar også opp dette. En alternativ betegnelse kan være «abotråd». Lovteknisk kan det gjennomføres ved å erstatte betegnelsen «abortonemnd» med «abotråd» i lovutkastet. Poenget til mindretallet i Abortutvalget var at det er viktig å legge vekt på at det er kvinnens egen vurdering som skal vektlegges. Departementet er imidlertid enig med flertallet i utvalget i at de nye beslutningsorganenes oppgaver og karakter tilsier at de bør betegnes som en «nemnd». Betegnelsen «nemnd» brukes om organer som fatter beslutninger, og der beslutningene fattes i fellesskap av et kollegium.

15.1.5.2 Organisering av nemndene

Organisatorisk plassering og drift av nemndene

Departementet er enig med utvalget at den nære tilknytningen til sykehusene er en styrke ved dagens abortonemnder. Dette gjøre at nemndene kan behandle krav om abort raskt, noe som er viktig av hensyn til den gravide for å redusere ventetiden. Dersom svangerskapet er kommet langt og det nærmer seg grensen for fosterets levedyktighet, er en rask avgjørelse også viktig for å unngå at grensen for å innvilge abort passerer før saken er behandlet. En organisatorisk tilknytning til sykehusene er også naturlig fordi nemndenes virksomhet gjelder spørsmål om å gi tillatelse til helsehjelp som gis ved sykehusene.

For å sikre fortsatt god forankring i helse-tjenesten, bør tilknytningen til sykehusene videreføres med de nye abortonemndene. Nemndene bør opprettes av de regionale helseforetakene og organiseres og driftes som en del av sykehusene. Helseforetaket vil ha ansvar for å sørge for lokaler, utstyr, arkiv og saksbehandlingssystemer og opplæring av nemndmedlemmene. De regionale helseforetakene bør også ha ansvar for å administrere og finansiere godtgjørelse til nemndmedlemmene.

Få høringsinstanser uttaler seg om disse spørsmålene. Enkelte uttrykker støtte til forslaget om å legge ansvaret for å opprette og drifte nemndene til de regionale helseforetakene.

Faglig uavhengige

Departementet foreslår at abortonemndene skal være faglig uavhengige. Nemndenes uavhengighet bør lovfestes slik at det er klart at nemndene

ikke kan instrueres verken av den sentrale aborklagenemnda, helseforetaket som nemndene er tilknyttet, det regionale helseforetaket som har opprettet nemnda eller av departementet.

At abortonemndene er faglig uavhengige innebærer at de ikke kan instrueres om innholdet i sine avgjørelser verken i enkeltsaker eller generelt. De kan ikke instrueres i verken lovforståelse, lovanvendelse eller skjønnsutøvelse. De kan heller ikke instrueres om sin saksbehandling verken i enkeltsaker eller generelt.

Departementet er enig med utvalget at klagenemnda ikke bør kunne omgjøre et vedtak om å tillate abort, se også punkt 16.4.3. Hensynet til kvinnen som har fått innvilget kravet bør være avgjørende. Klagenemnda skal bare kunne omgjøre vedtak fra abortonemndene gjennom behandlingen av klagesaker.

Behovet for kontroll med abortonemndenes virksomhet utover behandling av klagesaker, vil skje gjennom tilsyn. Nemndene vil være underlagt tilsyn fra statsforvalterne og Statens helsetilsyn etter helsetilsynsloven. Videre vil abortonemndene være omfattet av Sivilombudets mandat for kontroll med forvaltningen, jf. sivilombudloven § 1.

Se også forslaget om plikt for abortonemndene til åpenhet om sin praksis, jf. punkt 15.2.4.7.

Antall nemnder

Forslaget om å endre grensen for selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke, innebærer at det vil bli langt færre saker som skal behandles av en abortonemnd. Abortutvalget foreslår derfor en vesentlig reduksjon av antallet nemnder, fra dagens 23 til mellom fem og ti. Med dagens antall og geografisk spredning av nemndene, har de fleste gravide mulighet til å få behandlet et krav om abort i en nemnd som er lokalisert relativt nært. At en abortsøkende ikke får lang reisevei dersom hun ønsker å møte fysisk i nemndmøtet er en stor fordel.

Samtidig bør antallet saker den enkelte nemnd får til behandling ikke være for lavt. En ekspertgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet 16. mai 2012, undersøkte praksis og saksbehandling i landets daværende 34 abortonemnder og i klagenemnda ved behandling av krav om abort. Ekspertgruppen fant store variasjoner i saksbehandlingen i nemndene. Antall saker som ble behandlet i hver av nemndene varierte også mye. En del av nemndene behandlet færre enn ti saker i året. Ekspertgruppen anbefalte derfor å redusere antall nemnder. Etter dette har de

regionale helseforetakene redusert antallet nemnder til 23.

Abortutvalget har undersøkt praksis i dagens abortnemnder og kvinners erfaring med abortnemnder, jf. punkt 15.1.3. Undersøkelsene viser at det fortsatt er store utfordringer med nemndene, både når det gjelder rettssikkerheten og de hvordan de som søker abort opplever prosessen.

Fortsatt er det relativt mange nemnder som har få saker til behandling hvert år. Det ser ut til å være lite systematisk opplæring av nye nemndmedlemmer og få nemndmedlemmer har tilgang til oversikt over tidligere praksis i nemnda. Det er heller ikke systemer for å sikre en enhetlig praksis på tvers av nemndene. Det er stor variasjon i hvordan nemndene henter inn informasjon før behandlingen av søknader og sikrer at sakene er tilstrekkelig opplyst. Undersøkelsene tyder også på at det er ulikheter i praksis og oppfatningen blant nemndmedlemmene om hva som skal til for å innvilge abort på grunnlag av tilstander hos fosteret.

Mange begrunner ikke vedtakene utover å vise til hvilken indikasjon abort er innvilget på grunnlag av. Ofte får den abortsøkende ikke en skriftlig underretning om vedtaket og begrunnelsen.

Dette kan tale for å redusere antallet nemnder ytterligere. Flere saker per nemnd vil kunne gi bedre erfaringsgrunnlag og kompetanse hos de enkelte nemndmedlemmene. Enkelte høringsinstanser uttaler at det kan bidra til bedre kvalitet på saksbehandlingen og mer lik behandling av søknader om abort dersom antallet nemnder reduseres. Med langt færre nemnder vil det også bli enklere å få etablert et godt system rundt hver enkelt nemnd, med blant annet god opplæring av nye nemndmedlemmer, et system for tilgang til tidligere praksis i den enkelte nemnd og utveksling av informasjon om praksis på tvers av nemndene. Det kan også bli enklere å sikre at det legges til rette for at nemndmedlemmene kan gi nemndarbeidet tilstrekkelig prioritering. Forslaget om å utvide grensen for selvbestemt abort til etter utgangen av 18. svangerskapsuke vil redusere antallet søknader som skal behandles. Det vil derfor være tilstrekkelig med langt færre nemnder enn i dag.

Med færre nemnder vil en del abortsøkende få lengre reisevei for å delta i nemndmøtet. Noen av høringsinstansene understreker at tilgangen til å møte i nemndene må være lik uavhengig av hvor i landet den gravide bor. Departementet mener ulempene kan reduseres noe ved at de som søker abort har mulighet til å delta digitalt i nemnd-

møtene. For mange vil dette være en god løsning. Men retten til å møte fysisk gjelder for de som ønsker dette. En stor andel av søknader om abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke er begrunnet med tilstander hos fosteret. I disse sakene vil dokumentasjon av fosterets tilstand være sentralt i vurderingen av søknaden. Det vil i mindre grad være behov for å innhente ytterligere informasjon fra den abortsøkende under nemndmøtet. Noen av ulempene med digital deltakelse vil derfor ikke være like store i slike saker.

Departementet er derfor enig med utvalget om at antallet nemnder bør reduseres vesentlig. Det konkrete antallet nemnder bør imidlertid være opp til de regionale helseforetakene å avgjøre. De regionale helseforetakene bør også stå fritt til å bestemme hvilke sykehus nemndene skal være tilknyttet.

Sammensetning av nemndene

Medisinskfaglige vurderinger vil være sentrale i behandlingen av søknader om abort. Nemndene må ta stilling til blant annet hvor langt i svangerskapet den abortsøkende er kommet, medisinske tilstander hos fosteret og helsemessige forhold hos den gravide. I saker om fosterantallsreduksjon må nemnda også ta stilling til medisinske vurderinger av risiko for blant annet for tidlig fødsel ved flerlingesvangerskap og ved gjennomføring av fosterantallsreduksjon. Departementet er derfor enig med utvalget at abortnemndene bør ledes av en lege.

Nemndene bør i tillegg ha ytterligere ett medlem med helse- eller sosialfaglig kompetanse. Det kan være en lege, sykepleier, sosionom, helse-sykepleier m.m.

Departementet støtter også utvalgets forslag om å styrke kompetansen i abortnemndene. I tillegg til helse- eller sosialfaglig kompetanse, bør nemndene ha et medlem med juridisk kompetanse.

Høringsinstansene som uttaler seg til dette forslaget er delt. Enkelte instanser er bekymret for at en økning av antall personer i nemndene vil forsterke den allerede skjeve maktbalansene mellom nemndene og den gravide. Noen høringsinstanser er bekymret for at det kan føre til en økt byråkratisering og rettsliggjøring av prosessen under nemndbehandlingen dersom et av medlemmene i nemndene skal være jurist. Andre høringsinstanser er positive til forslaget og mener dette vil styrke nemndene. Det vil redusere behovet for veiledning av nemndene og bidra til bedre rettssikkerhet, økt kvalitet på vedtak og begrunnelser og bedre likebehandling.

Departementet er enig i at det er viktig at antallet medlemmer i nemndene ikke blir for høyt av hensyn til den abortsøkende som skal møte i nemnda. Å holde antallet medlemmer lavt er også ønskelig av hensyn til kostnadene med å administrere nemndbehandlingen. Samtidig mener departementet det er viktig at nemndene har en bred faglig sammensetning. Departementet mener også det er behov for juridisk kompetanse i nemndene. Dette vil heve kvaliteten på tolkningen av regelverket og på anvendelsen av regelverket i de konkrete sakene. Juridisk kompetanse i nemndene vil også kunne bedre kvaliteten på saksbehandlingen og øke bevisstheten rundt behovet for å ivareta rettssikkerheten til de abortsøkende.

Departementet foreslår å lovfeste et krav om at det også skal oppnevnes varamedlemmer til abortnemndene. Varamedlemmer er viktige siden sakene må behandles raskt. Et slikt krav følger i dag av abortforskriften § 11 andre ledd. Som i dag, bør varamedlemmene ha tilsvarende kvalifikasjoner som de faste medlemmene. Departementet foreslår at varamedlemmene skal være personlige (vara for et bestemt nemndmedlem) slik at nemndene alltid har medisinsk, helse- eller sosialfaglig og juridisk kompetanse ved behandling av abortsøknader.

Utvalget har foreslått å lovfeste at to av medlemmene i abortnemndene skal være kvinner. Et slikt krav må vurderes opp mot det menneskerettslige og grunnlovfestede diskrimineringsvernet, jf. EMK artikkel 14 og Grunnloven § 98. Diskrimineringsvernet er lovfestet i likestillings- og diskrimineringslovens forbud mot forskjellsbehandling på grunn av kjønn i § 6, og setter rammer for lovgivningen. Etter § 11 om positiv særbehandling er det adgang til å iverksette positive tiltak for å fremme reell likestilling i samsvar med lovens formål. Et vilkår her er at særbehandling er egnet til å fremme lovens formål.

Likestillings- og diskrimineringsloven § 28 gir regler om kjønnsbalanse når et offentlig organ oppnevner nemnder. Reglene er et tiltak for å fremme likestilling i samsvar med lovens formål. Etter § 28 første ledd bokstav a skal begge kjønn være representert i nemnder med tre medlemmer.

Departementet foreslår et krav om at to av medlemmene i abortnemndene skal være kvinner. For noen abortsøkende kan det være lettere å møte i en nemnd der flertallet av medlemmene er kvinner. Dette gjelder særlig dersom den gravide har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep. I slike saker kan det være belastende for kvinnen å

møte i en nemnd der to av medlemmene er menn, og det kan tenkes å påvirke nemndas mulighet til å få den abortsøkende kvinnen til å være åpen om sine grunner for å ønske abort. Departementet mener et krav om at to av nemndas tre medlemmer er kvinner, vil være et nødvendig og egnet virkemiddel for å ivareta den abortsøkende på en god måte. Etter departementets vurdering vil hensynet til kvinnen veie vesentlig tyngre enn en eventuell ulempe for de menn som ikke får anledning til å oppnevnes som medlemmer av en abortnemnd. Forslaget innebærer derfor ikke en uforholdsmessig inngripen overfor disse.

Oppnevning av medlemmer m.m.

Etter dagens abortlov oppnevnes ett av medlemmene i abortnemndene av statsforvalter. Dette er ofte en fastlege. Departementet er enig med utvalget som foreslår å endre dette slik at alle medlemmene skal oppnevnes av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene vil ha mulighet for å rekruttere medlemmer til nemndene blant ansatte ved sykehusene. Dette gjelder både ledere av nemndene, som skal være en lege med relevant spesialistkompetanse og medlemmer med annen helse- eller sosialfaglig kompetanse. Jurister til abortnemndene kan også hentes blant ansatte ved sykehusene. I tillegg kan de regionale helseforetakene rekruttere medlemmer eksternt, for eksempel helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og privatpraktiserende advokater og helsepersonell. Etter departementets vurdering vil de regionale helseforetakene ha gode forutsetninger for å kunne oppnevne medlemmer til nemndene. *Statsforvalteren i Oslo og Akershus* støtter forslaget om å gå bort fra dagens regel om at ett av medlemmene i nemndene oppnevnes av statsforvalter, og uttaler at det ikke er sikkert at oppnevning av statsforvalterne vil gi bedre egnede medlemmer i nemndene.

Departementet er også enig med utvalget om at medlemmene bør oppnevnes for 4 år av gangen, med mulighet for gjenoppnevning en gang. En oppnevningstid på 4 år er en videreføring av gjeldende regler i abortforskriften § 11. Dette gir en viss stabilitet i nemndene og mulighet for at nemndmedlemmene opparbeider seg god erfaring og kompetanse på behandling av nemndas saker. Samtidig er det også viktig med utskiftning etter noe tid. Det bør også legges vekt på at oppnevningstiden ikke skal være så lang at det vil gjøre det vanskeligere å rekruttere medlemmer til nemndene. En oppnevningstid på 4 år

er i tråd med Forvaltningslovutvalgets forslag til ny generell regel om oppnevning av medlemmer til nemnder i forslag til ny forvaltningslov, jf. NOU 2019: 5 *Ny forvaltningslov – Lov om saksbehandlingen i offentlig forvaltning (forvaltningsloven)*.

Medlemmene skal etter forslaget kunne gjenoppnevnes en gang. Det vil si at et medlem skal kunne sitte sammenhengende i 8 år. Etter dette bør dette avløses av et nytt medlem. Medlemmer som har sittet i vervet i to perioder, kan utnevnes på nytt for nye perioder senere dersom det har vært et opphold på minst en utnevningssperiode (4 år). Dette er også i tråd med forslaget fra Forvaltningslovutvalget.

Et medlem som overtar etter et annet medlem i løpet av 4-årsperioden, kan gjenoppnevnes for en ny periode på 4 år, men kan ikke fortsette utover dette selv om dette medlemmet da ikke har sittet i nemnda i 8 år. Denne personen kan på vanlig måte oppnevnes på nytt senere etter et opphold på minst 4 år.

Departementet foreslår å lovregulere adgangen til å avløse medlemmer av abortnemndene fra vervet før utnevningssperioden utløper. Dersom et medlem ønsker avløsning bør det aktuelle regionale helseforetaket som har oppnevnt medlemmet kunne gi slik avløsning. Departementet mener det også bør være regler som åpner for at det regionale helseforetaket som har oppnevnt et medlem kan avløse dette dersom det er behov for det. Det kan for eksempel være tilfelle dersom et medlem ikke fungerer i vervet, eller har opptrådt sterkt klanderverdig. Se nærmere omtale knyttet til klagenemnda i punkt 16.4.2.

15.2 Saksbehandlingsregler

15.2.1 Gjeldende rett

Abortloven og abortforskriften har regler for saksbehandlingen i abortnemndene. Et viktig hensyn bak reglene er behovet for rask behandling og avgjørelse i sakene.

Forvaltningslovens regler gjelder også for behandlingen og avgjørelsen av saker om å tillate eller avslå abort, med mindre forholdet er uttømmende regulert i abortloven eller abortforskriften, jf. abortforskriften § 21. Det følger også av abortloven § 11 andre ledd at enhver som deltar i behandlingen av saker etter loven har taushetsplikt.

Abortnemndene skal behandle søknader om abort så raskt som mulig, jf. forskriften § 5 første ledd. Samtidig skal nemnda sørge for at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes, jf.

forskriften § 5 andre ledd. Dersom det er av betydning for avgjørelsen, kan nemnda innhente en rapport med opplysninger om den gravides livsforhold. Men opplysninger om den gravides helse, opplysninger om sosiale forhold og økonomiske stønader vil normalt være taushetsbelagte opplysninger. For å kunne innhente slike opplysninger, må nemnda ha den gravides samtykke, jf. loven § 11 første ledd og forskriften § 5 andre ledd. Hun skal gjøres kjent med at hun kan nekte nemnda å hente inn disse opplysningene, jf. forskriften § 5 andre ledd.

I vurderingen av hva som kreves for at saken skal være tilstrekkelig opplyst, må nemnda noen ganger ta med i vurderingen at det er viktig med raske avgjørelser i disse sakene.

Etter forskriften § 5 fjerde ledd skal nemnda som regel utsette saken og innhente uttalelse fra kvinnen dersom det er nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst, og de opplysningene som foreligger så langt tilsier at søknad må avslås. Tilsier imidlertid de opplysningene som nemnda har så langt, at søknaden vil bli innvilget, må nemnda veie hensynet til en rask avgjørelse mot hensynet til at avgjørelsen blir truffet på et mest mulig fullstendig grunnlag.

Den gravide har rett til å uttale seg muntlig eller skriftlig til nemnda, jf. forskriften § 5 tredje ledd. Hun har rett til å være til stede i nemnda og til å ha med seg en fullmektig eller en annen person. Den gravide har imidlertid ikke plikt til å være til stede under nemndas behandling av søknaden. Hun kan velge å sende en skriftlig uttalelse, for eksempel i saker der fosteret antas å ikke være levedyktig på grunn av sykdom eller skade.

Vedtak skal treffes snarest mulig etter at saken er ferdig forberedt, jf. forskriften § 6 første ledd. Vedtak om innvilgelse i primærnemndene må være enstemmig, jf. forskriften § 6 andre ledd. Vedtak skal være skriftlig og begrunnes samtidig med at det treffes, jf. forskriften § 6 fjerde ledd. Ved innvilgelse av abort skal begrunnelsen gis ved henvisning til abortloven § 2 tredje ledd bokstav a), b), c), d) og/eller e), jf. forskriften § 6 femte ledd.

Ved avslag skal begrunnelsen kort gjengi de faktiske forhold som har vært bestemmende for vedtaket. I den utstrekning det er nødvendig for at den gravide skal forstå vedtaket, skal begrunnelsen gjengi innholdet av de lovregler og den problemstilling vedtaket bygger på. Begrunnelsen skal være slik at den gravide kan forstå hva nemnda har lagt vekt på og hvorfor. Det skal opplyses om vedtaket var enstemmig. I tilfelle av dissens skal dissenterende begrunnelse gjengis, jf. abortforskriften § 6 sjette ledd.

Nemnda skal straks informere den gravide om vedtaket og begrunnelsen. Dette skal skje skriftlig, jf. forskriften § 7 første ledd. Ved avslag kan underretningen i særlige tilfeller skje muntlig, jf. loven § 8 andre ledd og forskriften § 7 andre ledd. I slike tilfeller skal den gravide få etterfølgende skriftlig underretning, jf. forskriften § 7 andre ledd. Ved avslag skal den gravide også få informasjon om reglene om automatisk klage, jf. forskriften § 7 tredje ledd. Den gravide skal få informasjon om retten til å se sakens dokumenter og at hun kan gi ytterligere opplysninger dersom hun ønsker det, jf. forskriften § 7 fjerde ledd.

Ved innvilgelse av abort skal det i underretningen opplyses om sted og dato for aborten, jf. forskriften § 7 femte ledd.

Etter loven § 8 andre ledd skal et vedtak om å avslå en søknad om abort prøves av en sentral klagenemnd. Nemnda som avslår søknaden skal straks sende sakens dokumenter til sentral klagenemnd til fornyet behandling, jf. loven § 8 andre ledd. Nemnda skal underrette den gravide om at saken vil bli prøvet av klagenemnda, hvis ikke hun trekker søknaden om abort tilbake.

I tillegg til klagebehandling, kan den gravide også be statsforvalteren om fornyet behandling av saken dersom klagenemnda opprettholder avslaget, jf. forskriften § 10. Statsforvalteren kan bestemme at saken skal behandles på nytt i primærnemnd dersom det foreligger nye opplysninger som tilsier det. Opplysninger som kan tilsi fornyet behandling i primærnemnd kan være at kvinnen først har fått avslag på sosialt grunnlag, men at fosterdiagnostisk undersøkelse senere viser at fosteret lider av en tilstand som kan gi grunnlag for abort.

Også en helt endret sosial situasjon som samlivsbrudd, oppsigelse fra arbeidsforhold eller lignende kan være «nye» opplysninger som kan tilsi fornyet behandling.

Sykehus (eller institusjoner) der aborter utføres, skal føre særskilt nemndprotokoll over aborter i tillegg til pasientjournal, jf. forskriften § 19. Nemndprotokollen føres på elektronisk skjema utarbeidet av Folkehelseinstituttet og skal inneholde nærmere angitte data om kvinnen, svangerskapet, tidligere svangerskap og fødsler, begjæringen om svangerskapsavbrudd, inngrepet og prevensjon.

Ved nemndbehandling skal vedtaket med begrunnelse innføres i nemndprotokollen med datoangivelse og nemndmedlemmenes underskrift.

Nemndprotokollen og dokumentene i saken skal oppbevares nedlåst i vedkommende sykehus eller institusjon i minst 10 år, jf. forskriften § 19.

15.2.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget peker på at avgjørelsene som abortnemndene tar om å tillate eller ikke tillate abort er enkeltvedtak etter forvaltningsloven slik at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak gjelder. Det er derfor et lovteknisk spørsmål i hvor stor grad abortloven bør ha regler om saksbehandlingen. Utvalget foreslår å lovfeste saksbehandlingsregler som utvalget mener er særlig viktige ved abort, og i tillegg foreslår utvalget å videreføre flere av saksbehandlingsreglene som i dag følger av abortforskriften. På noen punkt foreslår utvalget regler som er mer presise enn forvaltningsloven, for eksempel regler om saksbehandlingstid. Utvalget foreslår også en ordning med automatisk overprøving av avslag, som ikke forvaltningsloven har tilsvarende regler om.

Abortutvalget foreslår at vedtak som hovedregel skal treffes av en samlet nemnd. Ett unntak fra dette følger av forslaget om at nemndleder kan gi tillatelse til abort etter § 5 første ledd bokstav d.

Utvalget foreslår at vedtak i abortnemndene skal fattes med enkelt flertall. Dette er en endring i forhold til dagens regler. Etter gjeldende forskrift § 6 andre ledd må vedtak i primærnemndene om å innvilge abort være enstemmig.

Utvalget foreslår å lovfeste at saksbehandlingen i abortnemndene fortrinnsvis skal være skriftlig. Saksbehandlingen skal skje raskt og uten unødvendig opphold fra mottatt søknad. Som hovedregel skal søknad behandles neste virkedag etter mottatt søknad. Utvalget foreslår å lovfeste at den gravide kan kreve å møte for abortnemnda, men at hun ikke har plikt til det.

Utvalget foreslår at nemndenes 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. Den gravide skal underrettes så snart som mulig om vedtaket og begrunnelsen. Den gravide skal få vedtaket og begrunnelsen skriftlig.

Utvalget foreslår en ny bestemmelse som pålegger abortnemndene å informere offentligheten om sin praksis, innenfor rammen av taushetsplikten.

Videre foreslår utvalget et krav om at nemndene skal føre protokoll med opplysninger

om når vedtak er truffet, hva vedtaket gjelder, og hva nemndas medlemmer har stemt for og imot.

Utvalget forslår å videreføre en hjemmel for nemndene til å innhente opplysninger fra andre etater om den abortsøkende sin helse-, sosial- og trygdeforhold. Dersom dette er aktuelt kreves i tillegg at den abortsøkende samtykker.

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 ikke er nødvendig.

15.2.3 Høringsinstansenes syn

Dersom ordning med nemnder videreføres, støtter *Statens helsetilsyn* forslag om å stille klare krav til rettssikkerhet og transparens.

Bergen kommune har merket seg at nemndene skal kunne innhente opplysninger om den gravides helse, sosial- og trygdeforhold, forutsatt samtykke fra den gravide. Kommunen stiller spørsmål ved hvordan man skal «sikre at samtykket faktisk er frivillig, og at den gravide ikke opplever press til å samtykke.» Kommunen stiller også spørsmål om hvordan man skal sikre kravene til formålsbegrensning og dataminimering.

Dersom nemndene videreføres er *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet* positive til at det blir foreslått mulighet for digitale møter for personer som må møte i nemnd og at det blir satt krav til at nemndprosessen skal dokumenteres skriftlig. Dette er viktig med tanke på både innsyn og tillitt til prosessen og nemndene.

Til forslaget om skriftlig saksbehandling i abortnemndene uttaler *Sentral klagenemnd for abortsaker* at det kan være krevende for mange gravide å formidle oppfatningen sin skriftlig, spesielt i saker der grunnlaget for søknadene er en vanskelig livssituasjon. Dette kan særlig ramme gravide med utenlands bakgrunn.

Sex og samfunn går imot forslaget om at saksbehandlingen i nemndene i utgangspunktet skal være skriftlig. Den gravide bør få et reelt valg mellom skriftlig saksbehandling eller å møte fysisk i nemnd.

Også *Folkehelseinstituttet* kommenterer forslaget om skriftlig saksbehandling i abortnemndene og uttaler:

«FHI meiner at personvern vurderingar av ein eventuell obligatorisk, skriftleg søknad blir vesentleg, og bør gjerast før ein tek endeleg stilling til innføring. Som utvalet sjølve påpeiker, er ofte personopplysningar knytt til abort særskild sensitive. Det dreier seg ofte om seksuelle forhold, seksuell orientering, etnisk opphav, reli-

gion, overgrep, sosial ulikskap, økonomiske forhold, vald, medisinske opplysningar etc. I dag er det utelukkande paragrafen som ga grunnlag for innvilging av abort som vert dokumentert.»

Om skriftlig saksbehandling og digitale møter uttaler *Likestillings- og diskrimineringsombudet*:

«Dette kan skape en barriere for sårbare personer.

Undersøkelser viser at 1 av 5 personer i Norge ikke er digitale. Dette gjelder særlig personer som står utenfor utdanning eller arbeid og mange av disse har innvandrerbakgrunn og/eller funksjonsnedsettelse. Det vil derfor være uheldig å ha en saksbehandling som kan skape en barriere for å få innvilget en abort.»

Sentral klagenemnd for abortsaker mener muntlig behandling, helst ved fysisk oppmøte, er en styrke ved dagens ordning.

Om saksbehandlingstiden i abortnemndene uttaler *Helsedirektoratet*:

«Når det gjelder saksbehandling i nemndene bør det vurderes om det er tilstrekkelig å presisere at saksbehandlingen skal skje raskt og uten unødvendig opphold.

Etter det vi kjenner til har det i praksis ikke vært større utfordringer med saksbehandlingstiden i abortnemndene utover at det i enkelte tilfeller har forekommet forsinkelser grunnet ulike oversendelsesmetoder for sakspapirer fra primærnemnd til klagenemnd, som påpekt av klagenemnda. Det er imidlertidpekt på flere utfordringer når det gjelder kvaliteten til nemndenes saksbehandling og vedtak. Hensyn til en rask saksbehandling kan komme i konflikt med kravene til rettssikkerhet. Det kan være behov for noe lenger saksbehandlingstid for å sikre en forsvarlig behandling av saken, men saksbehandlingen skal likevel skje raskt og uten unødvendig opphold.»

Helse Stavanger HF viser til at det tidvis kan være vanskelig å få abortnemnd neste dag.

Nasjonalt SRHR-nettverk støtter rask saksbehandling og skriftlig behandling av søknader. Samtidig må det legges til rette for å møte i nemnd, fysisk eller digitalt hvis den gravide ønsker dette.

Helsedirektoratet støtter forslaget om åpenhet i behandling av søknader om abort, men mener det må stilles mer presise krav om dette i loven. Direktoratet uttaler:

«Dagens abortsystem er lukket, og nemndenes praksis er lite kjent. Det kan derfor være hensiktsmessig å fastsette en bestemmelse i loven som skal bidra til mer åpenhet (se § 26).

Dersom formålet skal oppnås, bør imidlertid bestemmelsen være mer presis og stille tydeligere krav, for eksempel innenfor rammene av taushetsplikt skal nemnda utarbeide en årlig oversikt over nemndas vedtak, inkludert hjemmel for vedtaket og en kort oppsummert begrunnelse.»

Helsedirektoratet mener også det bør fremgå av loven hvor og hvordan arkivering av møteprotokollen og vedtakene skal gjøres.

Rådet for legeetikk er bekymret for at det synes å legges opp til en digitalisering av krav og søknader om abort, og av nemndbehandlingen.

15.2.4 Departementets vurderinger og forslag

15.2.4.1 Innledning

Abortnemndene er forvaltningsorganer som treffer avgjørelser under utøvelse av offentlig myndighet. Avgjørelsene gjelder rettigheter til enkeltpersoner slik at forvaltningslovens alminnelige regler blant annet om enkeltvedtak gjelder for abortnemndenes virksomhet.

I utgangspunktet bør abortlovens regulering av saksbehandlingen i nemndene være begrenset til tilfeller der en ønsker bestemmelser med et annet innhold enn det som følger av forvaltningslovens saksbehandlingsregler. Det kan være regler med strengere krav enn de alminnelige reglene etter forvaltningsloven, eller regler som konkretiserer, presiserer eller supplerer forvaltningslovens regler. Unntaksvis kan det også være grunn til å foreslå regler som gjør unntak fra krav etter forvaltningsloven. Å gjenta regler i særlovgivningen som også følger av forvaltningslovens bestemmelser, kan også være hensiktsmessig av pedagogiske grunner eller for å få en helhetlig og sammenhengende regulering i særlovgivningen. Utover dette bør dobbeltregulering unngås blant annet for at det samlede lovverket ikke skal bli for omfattende og for å unngå uklarheter om forholdet mellom forvaltningslovens bestemmelser og saksbehandlingsregler i særlovgivningen.

15.2.4.2 Hurtig saksbehandling

Departementet er enig i forslaget om å lovfeste at saksbehandlingen i abortnemndene skal skje

raskt og uten unødvendig opphold fra mottatt søknad. Rask saksbehandling er viktig for å unngå at den øvre grensen for når abort kan tillates passerer. Selve gjennomføringen av aborten vil også kunne bli mer belastende for den gravide jo lengre utover i svangerskapet hun er kommet. Hensynet til fosterets økende rettsvern tilsier også at abortsaken bør behandles så raskt som mulig. Forslaget er hovedsakelig en videreføring av krav som i dag følger av abortforskriften. Krav til saksbehandlingstiden følger også av forvaltningsloven § 11. Forvaltningsorgan skal etter denne bestemmelsen «forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold.» Kravet om rask saksbehandling etter lovforslaget skal ikke innebære noe annet enn det som også følger av forvaltningsloven. Krav om rask saksbehandlingstid er imidlertid så sentralt i sakene om abort at departementet foreslår at dette også skal fremgå av abortloven. De fleste høringsinstansene som uttaler seg om dette, støtter forslaget om hurtig saksbehandling.

Samtidig påpeker noen høringsinstanser at det noen ganger kan være vanskelig å få behandlet sakene neste virkedag. Blant annet *Helsedirektoratet* mener det bør være tilstrekkelig å presisere at søknadene skal behandles raskt og uten unødvendig opphold. Direktoratet viser til at lang saksbehandlingstid ikke er et problem i dag, men at det noen ganger kan være behov for noe lengre saksbehandlingstid for å sikre en forsvarlig behandling av sakene. Departementet er enig i dette og følger ikke opp forslaget fra abortutvalget om å lovfeste at søknad om abort som hovedregel, skal behandles neste virkedag etter mottatt søknad. Normalt bør en søknad behandles innen neste dag, men i noen tilfeller kan det være behov for å innhente flere opplysninger. Abortnemndene må også ta hensyn til det ulovfestede kravet om at saksbehandlingen skal være forsvarlig og kravet etter forvaltningsloven § 17 om at saken skal være tilstrekkelig opplyst.

15.2.4.3 Innhenting av opplysninger og taushetsplikt

Utvalget foreslår at nemndene skal kunne innhente opplysninger om den gravides helse, trygde- og sosialforhold, men at dette forutsetter samtykke fra den gravide. Departementet slutter seg til dette, men mener det ikke er nødvendig å lovfeste. Samtykket vil uansett sette til side taushetsplikten, og nemndenes rett til å behandle opplysningene følger av nemndenes lovfestede oppgaver.

Departementet har merket seg at *Bergen kommune* stiller spørsmål ved om samtykket vil være fullt ut frivillig. Alternativet vil imidlertid være å lovfeste en adgang å innhente opplysninger uten krav om samtykke eller reservasjonsrett. Uten nødvendige opplysninger knyttet til vilkårene for abort kan det i mange tilfeller være vanskelig å behandle abortsøknaden på en forsvarlig måte, og i enkelte tilfeller kan manglende opplysninger føre til avslag. Departementet mener likevel at krav om samtykke er viktig for å sikre den gravide kontroll over opplysninger som kan være svært sensitive. Det er imidlertid viktig at den gravide informeres godt om konsekvensene av å ikke samtykke.

Departementet viser også til at samtykke ikke vil være behandlingsgrunnlag etter EUs personvernforordning. Grunnlaget for nemndenes behandling av personopplysninger vil som nevnt være lovreguleringen av nemndene og deres oppgaver i abortloven, jf. forordningens artikkel 6 nr. 3, jf. nr. 1 bokstav e. Samtykket vil imidlertid være et gyldig unntak fra taushetsplikten.

Departementet slutter seg også til utvalgets forslag om at nemndene skal ha taushetsplikt etter helsepersonelloven, ikke forvaltningsloven. Som utvalget, viser departementet til at opplysninger knyttet til abort er særlig sensitive og at det derfor er nødvendig med en streng taushetsplikt. Forslaget får i hovedsak støtte av høringsinstansene som uttaler seg om spørsmålet.

15.2.4.4 Behandling i møte og vedtaksførhet m.m.

Departementet foreslår å lovfeste at abortnemndene skal behandle sakene og fatte vedtak i møte. Dette legger til rette for en bred drøftelse, utveksling av synspunkter og at medlemmene i nemnda sammen kan komme til en avgjørelse. Møtene kan gjennomføres fysisk eller med digital deltakelse fra en eller flere.

Departementet er enig i utvalgets forslag om at vedtakene skal fattes av en samlet nemnd. Nemndene er sammensatt av personer med ulik kompetanse som alle bør være til stede og delta i behandlingen av søknadene. Dersom noen medlemmer ikke kan delta, må dennes varamedlem kalles inn.

Departementet er ikke enig i forslaget om at saksbehandlingen ved abortnemndene som hovedregel skal være skriftlig. Utvalget mener skriftlig saksbehandling som regel vil være mindre belastende for den abortsøkende enn å måtte møte for nemnda. Departementet er enig i at et møte i abortnemnd kan være svært krevende. Dette er først og fremst fordi den abort-

søkende er i en sårbar situasjon og fordi nemnda skal ta en avgjørelse som kan ha stor betydning for den abortsøkende sin fremtid og livssituasjon. Skriftlig saksbehandling endrer ikke på dette. Skriftlig saksbehandling gir heller ikke like godt grunnlag for diskusjon og meningsutveksling som behandling i møte. Behandling i møte gir den abortsøkende en mulighet for å legge frem sin sak og presentere sine synspunkter muntlig. For en del abortsøkende kan dette være enklere enn å måtte fremlegge dette skriftlig. Av høringsinstansene som kommenterer forslaget om skriftlig saksbehandling er flertallet skeptiske. *Sentral klagenemnd for abortsaker* viser til at det kan være krevende for mange gravide å formidle oppfatningen sin skriftlig, spesielt i saker der grunnlaget for søknadene er en vanskelig livssituasjon. Dette kan særlig ramme gravide med utenlands bakgrunn. Også *Likestillings- og diskrimineringsombudet* er imot forslaget og peker på at dette kan skape en barriere for sårbare personer, for eksempel personer som står utenfor utdanning eller arbeid, mange med innvandrerbakgrunn og/eller funksjonsnedsettelse. *Folkehelseinstituttet* peker på vesentlige personvernutfordringer ved skriftlig saksbehandling.

Departementet er enig i forslaget om å lovfeste en rett for den abortsøkende til å møte for nemnda. Dette innebærer ikke en plikt til å møte, men en mulighet som den abortsøkende kan velge å benytte seg av. Hun kan også velge å presentere sine synspunkter skriftlig overfor nemnda. Dette forslaget får bred støtte i høringen. Det er viktig å legge til rette for at den gravide får møte fysisk i nemnda dersom hun ønsker det, også gravide med lang reisevei. Dersom den gravide ønsker det, kan deltakelsen skje digitalt.

For å redusere belastningen for de abortsøkende under gjennomføringen av møtet, foreslår departementet å lovfeste en rett for den gravide til å ha med seg en støtteperson. Den abortsøkende vil etter forvaltningsloven ha rett til å ha med seg en fullmektig i møtet, jf. forvaltningsloven § 12. Departementet foreslår å lovfeste at den abortsøkende i tillegg til dette også har rett til å ha med seg en støtteperson. Hun velger selv hvem denne personen skal være. Den abortsøkende kan også velge å ha med både en fullmektig og en støtteperson.

Vedtak i abortnemndene fattes med alminnelig flertall. Dette er en endring i forhold til dagens regler der innvilgelse av abort i primærnemndene krever enstemmighet.

Departementet er enig i utvalgets forslag om å lovfeste at nemndas leder alene kan behandle søk-

nader om abort dersom grunnlaget er § 3 første ledd bokstav d (det er sannsynlig at fosteret har en alvorlig tilstand, eller det er sannsynlig at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel). Departementet foreslår å presiser at dette gjelder innvilgelse av krav på dette grunnlaget. For å treffe vedtak om avslag av abort etter dette grunnlaget må saken behandles av samlet nemnd. Da må også den abortsøkende få mulighet til å møte for nemnda og uttale seg dersom hun ønsker det.

15.2.4.5 Skriftlig og begrunnet vedtak og underretning

Departementet mener som utvalget, at nemndenes vedtak om å tillate eller nekte abort skal være skriftlige. Dette vil være noe strengere enn etter forvaltningsloven § 23 som åpner for unntak fra kravet om skriftlig vedtak dersom skriftlighet «av praktiske grunner» vil være «særlig byrdefullt». Skriftlighet er sentralt for at den abortsøkende skal kunne sette seg inn i vedtaket og begrunnelsen. Det er også viktig for dokumentasjon. Departementet kan ikke se at det er behov for å kunne gjøre unntak fra dette kravet i saker om abort.

Departementet foreslår også en bestemmelse med krav om å begrunne vedtak om å tillate eller nekte abort. Begrunnelsen skal være skriftlig og

viser til de regler vedtaket bygger på, og de faktiske forhold og hensyn som nemnda har vektlagt.

Den abortsøkende skal underrettes så snart som mulig om vedtaket og begrunnelsen. Underretningen skal være skriftlig.

15.2.4.6 Møteprotokoll

Departementet er enig med utvalget at kravet om at nemndene skal føre protokoll med opplysninger om når vedtak er truffet, hva vedtaket gjelder, og hva nemndas medlemmer har stemt for og imot bør videreføres.

15.2.4.7 Åpenhet

Departementet er enig i utvalgets forslag om å pålegge abortnemndene å informere offentligheten om sin praksis, innenfor rammen av taushetsplikten. Medlemmene i abortnemndene vil ha taushetsplikt etter helsepersonelloven §§ 21 til 23, jf. lovforslaget § 25. Informasjonen må skje innenfor rammene av denne taushetsplikten, noe som krever at opplysningene er anonyme. *Helsedirektoratet* mener det bør stilles mer presise og tydelige krav til hvordan dette skal gjøre, for eksempel ved å utarbeide årlig oversikt over vedtak. Departementet foreslår ikke en nærmere regulering av dette i loven. Ved behov vil det være hjemmel til å fastsette slike krav i forskrifter, jf. forslaget til § 27.

16 Automatisk overprøving ved avslag

16.1 Gjeldende rett

Etter abortloven § 8 andre ledd skal et vedtak om å avslå en søknad om abort prøves av en sentral klagenemnd. Nemnda som avslår søknaden skal straks sende sakens dokumenter til sentral klagenemnd til fornyet behandling, jf. § 8 andre ledd. Nemnda skal underrette den gravide om at saken vil bli prøvet av klagenemnda, hvis ikke hun trekker søknaden om abort tilbake.

Den sentrale klagenemnda oppnevnes av Kongen for fire år av gangen, jf. § 8 tredje ledd. Kompetansen til å oppnevne nemnda er delegert til Helse- og omsorgsdepartementet, jf. kongelig resolusjon 28. januar 2000. Nemnda skal bestå av fem medlemmer. Av disse skal minst to være leger og én jurist, jf. § 8 tredje ledd. Det er gitt føringer i forarbeidene om at nemnda også skal ha høy sosialfaglig kompetanse og spesialkompetanse på feltet psykisk helse. I forarbeidene er det også uttalt at det skal forsøkes å oppnå et flertall av kvinner i nemnda. Det vil si at 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, jf. § 8 tredje ledd.

Hvis den gravide ikke har trukket søknaden tilbake, skal den sentrale klagenemnda behandle saken snarest, jf. abortforskriften § 8.

Saksbehandlingsreglene for klagenemndas behandling er hovedsakelig de samme som for behandlingen i abortnemndene i førsteinstans, jf. omtalen i punkt 15.2.1, men på noen punkter er reglene ulike. Vedtak i den sentrale klagenemnda treffes med enkelt flertall, jf. forskriften § 6 tredje ledd. Ved vedtak i klagenemnda er det ikke gitt unntak fra kravet om at underretning om vedtaket skal skje skriftlig, jf. forskriften § 7.

16.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår å videreføre en ordning med automatisk overprøving av avslag. Ved avslag på søknad om abort fra en abortnemnd skal

nemnda straks sende vedtaket og sakens dokumenter til klageinstansen.

Utvalget foreslår også å videreføre en ordning med en nasjonal klageinstans (Abortklagenemnda). Etter utvalgets forslag skal det lovfestes at Abortklagenemnda er et uavhengig organ som ikke kan instrueres i sin faglige virksomhet. Nemnda skal bestå av fem medlemmer. Minst to av medlemmene skal være leger og ett medlem skal være jurist. Den ene legen skal ha relevant spesialistutdanning. Leder skal være lege. For hvert medlem skal det kunne oppnevnes inntil to varamedlemmer. Medlemmene i nemnda skal oppnevnes av departementet for fire år av gangen. Etter dagens regler ligger kompetansen til å oppnevne medlemmer til Kongen. Medlemmene skal kunne gjenoppnevnes en gang. Dette er en reduksjon i forhold til gjeldende regler som åpner for gjenoppnevning to ganger. Utvalget foreslår dette for å få hyppigere utskiftning av medlemmene i klagenemnda.

Dersom den gravide ikke trekker søknaden, skal Abortklagenemnda behandle klagen.

Forvaltningslovens regler gjelder for klagenemndas saksbehandling dersom ikke noe annet er bestemt i abortloven. Etter forvaltningsloven kan klageinstansen prøve alle sider av en sak. For Abortklagenemnda foreslår utvalget en presisering slik at klagenemnda «skal» prøve alle sider av saken.

Saksbehandlingen skal skje raskt og uten unødvendig opphold. Avgjørelsen i saken bør komme så snart som mulig, men likevel slik at saksbehandlingen blir forsvarlig.

Utvalget mener klagenemnda bare unntaksvis bør benytte muligheten etter forvaltningsloven til å ikke fatte nytt vedtak i saken, men sende saken tilbake til førsteinstans for ny behandling der.

Abortutvalget foreslår å lovfeste at sakene i Abortklagenemnda skal forberedes av et sekretariat. Dette er nytt i forhold til gjeldende rett. Utvalget anbefaler at sekretariatsfunksjonen legges til Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten, men foreslår ikke å lovfeste dette.

Sakene behandles og vedtak treffes i møte, og ikke ved sirkulasjon. Dette kan skje ved fysisk

oppmøte, eller digital deltakelse. Saksbehandlingen i nemnda skjer ved muntlige diskusjoner. Den gravide kan kreve å møte for Abortklagenemnda, men har ikke plikt til å møte. Nemndas avgjørelser treffes med alminnelig flertall.

Abortutvalget foreslår også å lovfeste kvalitetssikrings- og veiledningsoppgaver for klagenemnda overfor abortnemndene. Abortklagenemnda skal kvalitetssikre abortnemndenes avgjørelser. I forbindelse med kvalitetssikringen skal Abortklagenemnda, uten hinder av taushetsplikt, ha rett til innsyn i abortnemndenes vedtak. Videre skal Abortklagenemnda veilede abortnemndene i lovforståelse. Abortklagenemnda skal kunne informere abortnemnda som fattet det aktuelle vedtaket om Abortklagenemndas vedtak og begrunnelse uten hinder av taushetsplikt. Klagenemnda skal ikke kunne instruere abortnemndene eller omgjøre sak uten at dette skjer gjennom behandling av en klage.

16.3 Høringsinstansenes syn

Sentral klagenemnd for abortsaker støtter at det opprettes en ny Abortklagenemnd som erstatter dagens klagenemnd. Til forslaget om å gi Abortklagenemnda ansvar for kvalitetssikring og veiledning av abortnemndene uttaler klagenemnda at dette kan bli krevende for en nemnd med medlemmer som ikke er fristilt fra sine øvrige daglige oppgaver. Forslaget krever derfor en annen organisering av klagenemnda enn i dag. Det er allerede i dag stadig problemer med å finne medlemmer eller varamedlemmer som kan stille i klagenemnda på kort varsel.

Helsedirektoratet uttaler seg også om forslaget om å legge kvalitetssikrings- og veiledningsoppgaver til Abortklagenemnda og mener det er uklart hvordan en klagenemnd skal gjøre dette uten at det vil skape utfordringer blant annet for tottrinnsbehandlingen av sakene. Direktoratet mener at oppgavefordelingen mellom de to nivåene fremstår som uklar. De foreslåtte oppgavene for Abortklagenemnda kan føre til en uklar grense mellom lovfortolkningen og avgjørelsen av den enkelte sak. Direktoratet stiller også spørsmål ved hvordan Abortklagenemnda i praksis skal klare å fange opp de prinsipielle sakene.

Helsedirektoratet mener det bør vurderes om leder av klagenemnda skal være lege eller jurist, og om det bør stilles krav om at juristen i klagenemnda har dommerkompetanse.

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mener departementet bør vurdere sammensetningen til hele Abortklagenemnda, og at leder av nemnda ikke nødvendigvis trenger å være lege, men også kan være jurist. Når det gjelder klagebehandling av saker om fosterantallsreduksjon uttales:

«Vi mener det bør presiseres om Abortklagenemnda også skal behandle avslag på søknad om fosterantallreduksjon. Departementet bør i så tilfelle vurdere om det skal være et medlem med fostermedisinsk kompetanse til stede i Abortklagenemnda, for å sikre at nemnda er egnet til å avgjøre slike saker. Alternativt bør vedtaket fra den spesialiserte Abortnemnda være endelig ved at det ikke kan påklages.»

Om kvalitetssikrings- og veiledningsansvar for Abortklagenemnda uttaler Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten at:

«Vi savner likevel en regel som fastslår i hvilken grad nemndene bør følge Abortklagenemnda sin praksis. Abortklagenemnda vil være klageorgan for selvstendige regionale nemnder. Uten noen mulighet til å instruere nemndene utover veiledning i lovtolkning, vil nemndene kunne se helt eller delvis bort fra Abortklagenemndas praksis.»

Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten mener videre at den gravide kun bør ha digital møterett for nemnda, at det bør fastsettes en rett til å ha med følge, og at det må klargjøres om verge eller foreldre til gravide uten beslutningskompetanse også har møterett.

Når det gjelder saksbehandlingen mener Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten at det bør være adgang til å først behandle en sak i møte og deretter gjennomføre en skriftlig sirkulasjonsrunde. De mener også det må klargjøres om Abortnemnda må være fulltallig for å være beslutningsdyktig.

Når det gjelder forslaget om at Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten skal fungere som sekretariat for Abortklagenemnda uttaler Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten at det er en fordel at det står enten i abortloven eller abortforskriften at de er sekretariat for Abortklagenemnda, og at det bør stå at de har ansvar for å bistå nemnda med kvalitetssikring og veiledningsoppgavene til nemnda.

16.4 Departementets vurderinger og forslag

16.4.1 Klageinstans

Departementet er enig i utvalgets forslag om å videreføre en sentral klageinstans for saker etter loven. Departementet har vurdert om myndigheten som klageinstans bør overføres til et ordinært hierarkisk forvaltningsorgan, men har kommet til at denne myndigheten fortsatt bør ligge til en nemnd. Nemndbehandling gir mulighet for en bred faglig vurdering av sakene og gir den abortsøkende mulighet til å delta på møtet i nemnda og legge frem sine synspunkter muntlig for en samlet nemnd. Å legge myndigheten til en nemnd åpner også for at klageinstansen kan være faglig uavhengig.

Departementet foreslår å lovfeste at klagenemnda skal være faglig uavhengig. Nemnda skal ikke kunne instrueres av departementet om innholdet i avgjørelsen eller saksbehandlingen i enkeltsaker eller generelt om lovførståelse, rettsanvendelse, skjønnsutøvelse eller saksbehandling.

Forslagene får stort sett støtte fra de høringsinstansene som uttaler seg om disse spørsmålene.

16.4.2 Organisering av sentral klagenemnd

Departementet foreslår at klagenemnda oppnevnes av departementet.

Det er viktig at klagenemnda har en bred faglig sammensetning. Departementet er derfor enig i Abortutvalgets forslag om at klagenemnda skal bestå av fem medlemmer.

På samme måte som for abortnemndene, vil medisinskfaglige vurderinger også være sentrale i klagenemndas saksbehandling. Klagenemnda bør derfor ha to medlemmer som er lege.

Som i dag bør klagenemnda ha minst ett medlem med juridisk kompetanse. Dette bidrar til god kvalitet på lovtolkning og rettsanvendelse. Juridisk kompetanse sikrer også god kvalitet på saksbehandlingen og høy bevissthet på behovet for å ivareta rettssikkerheten til de abortsøkende.

Helsedirektoratet og *Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten* mener det bør vurderes om leder av klagenemnda skal være lege eller jurist. Departementet foreslår at nemnda fortsatt skal ledes av en lege. Selv om det er viktig med juridisk kompetanse for å sikre at rettssikkerheten blir ivaretatt, er de medisinske forholdene helt sentrale i sakene som klagenemnda skal vurdere.

Øvrige medlemmer i klagenemnda bør ha helse- eller sosialfaglig bakgrunn, for eksempel sosionom, sykepleier eller jordmor. Ved oppnevning av medlemmene i klagenemnda bør det sørges for at flertallet er kvinner.

Departementet foreslår å lovfeste at det skal oppnevnes varamedlemmer med tilsvarende kvalifikasjoner som de faste medlemmene. Som for abortnemndene bør også varamedlemmene i klagenemnda være personlige (vara for et bestemt nemndsmedlem).

Departementet er enig i utvalgets forslag om å begrense muligheten for gjenoppnevning av medlemmer i klagenemnda til en gang. Dette er en endring i forhold til gjeldende rett som åpner for gjenoppnevning to ganger. For å sikre en viss utskiftning av medlemmene, bør disse ikke kunne sitte i vervet lenger enn åtte år sammenhengende.

Etter departementets vurdering er det ikke behov for å lovfeste at klagenemnda skal ha et sekretariat som forbereder sakene og den organisatoriske plasseringen av et slikt sekretariat. I tråd med den alminnelige kompetansen som regjeringen har til å organisere statsforvaltningen, bør dette ikke lovfestes.

Dersom et medlem av klagenemnda selv ønsker å løses fra sitt verv, bør departementet kunne innvilge dette. Av hensyn til klagenemndas uavhengighet bør terskelen være høy for å avløse et medlem som ikke selv ønsker det. Departementet foreslår en adgang til å avløse medlemmer som ikke selv ber om det, dersom medlemmet «grovt har krenket plikter som følger med vervet», eller «i særlige tilfeller hvis det er nødvendig for at nemnda skal ivareta sine oppgaver.» Dette er i tråd med Forvaltningslovutvalgets forslag til alminnelige regler om opphør av verv som medlem av nemnder, jf. NOU 2019: 5 punkt 30.5.2.

16.4.3 Saksbehandlingsregler

I tråd med utvalgets anbefaling, foreslår departementet å videreføre dagens regler om automatisk klage. Det er viktig at sakene etter loven behandles raskt, særlig dersom svangerskapets lengde nærmer seg den øvre grensen for når abort kan tillates. Ved avslag på krav om abort skal nemnda derfor straks sende vedtaket og sakens dokumenter til den sentrale klagenemnda. Den gravide skal informeres om dette og kan velge å trekke kravet dersom hun ønsker det. Hvis ikke skal den sentrale klagenemnda behandle klagen.

Departementet foreslår at Abortklagenemnda skal prøve alle sider av sakene. Dette innebærer at klagenemnda skal gjøre en fullstendig ny behand-

ling av saken, der den vurderer alle grunnlag for å innvilge abort basert på den faktiske situasjonen på tidspunktet for klagenemndas behandling, og de opplysningene som da er tilgjengelig.

Som for abortnemndene skal klagenemnda behandle sakene og fatte vedtak i møte. Møtene kan gjennomføres fysisk eller med digital deltagelse fra en eller flere. For at klagenemnda skal være vedtaksfør, foreslår departementet at alle medlemmene må delta. Dersom et medlem har forfall, må dennes personlige vara kalles inn. Vedtak fattes med alminnelig flertall, det vil si at tre eller flere av medlemmene stemmer for.

Departementet foreslår samme saksbehandlingsregler for klagenemnda som for abortnemndene når det gjelder rett for den abortsøkende til å møte for nemnda, rett til å ha med seg en støtteperson, krav om skriftlig vedtak, skriftlig begrunnelse og skriftlig underretning. Videre foreslår departementet at også klagenemnda skal føre møteprotokoll og være åpen om sin praksis.

Departementet er enig i utvalgets forslag om å klargjøre at taushetsplikten ikke er til hinder for at klagenemnda informerer den abortnemnda som har fattet vedtaket i første instans, om sitt vedtak og begrunnelse. Dette er viktig for at abortnemndene skal kunne korrigere sin praksis i kommende saker dersom klagenemnda omgjør deres vedtak på grunn av uenighet om lovforståelsen eller rettsanvendelsen. Det er også viktig at abortnemndene får informasjon dersom en omgjøring ikke skyldes lovforståelsen eller rettsanvendelsen, men nye opplysninger i saken.

Departementet er også enig med utvalget at klagenemnda ikke skal kunne instruere abortnemndene og bare skal kunne omgjøre saker gjennom behandling av klager. Av hensyn til den gravide som har fått innvilget abort, bør ikke klagenemnda kunne omgjøre dette vedtaket. Dette er saker som er nært knyttet til den gravides privatliv. Det ville grepet sterkt inn i hennes privatliv dersom et vedtak om å tillate abort skulle kunne omgjøres. På grunn av tidsaspektet i disse sakene er det, som utvalget påpeker, lite praktisk at klagenemnda skulle omgjøre et vedtak om å tillate abort. Departementet mener imidlertid at dette følger av bestemmelsen om at nemndene er uavhengige, jf. lovutkastet § 11 første ledd. Det er ikke behov for ytterligere lovfesting av dette.

Departementet følger ikke opp utvalgets forslag om å lovregulere at Abortklagenemnda skal ha ansvar for å kvalitetssikre abortnemndenes avgjørelser. Forslaget henger sammen med utvalgets forslag om at klagenemnda 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 foreslår utvalget å lovregulere at klagenemnda kan gjøre seg kjent med abortnemndenes vedtak uten hinder av taushetsplikt.

Vedtak om avslag på abort vil automatisk oversendes klagenemnda hvis ikke den gravide trekker søknaden om abort. Disse sakene vil derfor klagenemnda få til behandling og tilbakemelding til abortnemnda vil skje gjennom klagenemndas orientering om utfallet av sin klagebehandling.

Saker om abort kan inneholde svært sensitive opplysninger om abortsøker og søkers nærmeste. Av hensyn til personvernet skal ikke slike opplysninger gjøres tilgjengelig i større utstrekning enn det som er nødvendig. For å kunne fylle en funksjon der klagenemnda skal kvalitetssikre avgjørelsene, må den ha tilgang til alle opplysninger i alle saker om abort som innvilges i landets abortnemnder. Etter departementets vurdering er det ikke tilstrekkelig godt begrunnet at det er nødvendig å gi klagenemnda tilgang til disse opplysningene. En slik omfattende tilgang til svært sensitive opplysninger mener departementet ikke står i rimelig forhold til den effekten en plikt til å kvalitetssikre abortnemndenes avgjørelser vil kunne ha. Departementet mener det bør være tilstrekkelig at abortnemndene skal være åpne om sin praksis, jf. forslag til § 17. Utfordringene for personvernet hvis Abortklagenemnda skal ha rett til innsyn i abortnemndenes vedtak for å fange opp prinsipielle saker, er også påpekt av *Helse- og omsorgsdepartementet* som også savner en nærmere redegjørelse for hvordan dette skal løses i praksis.

Departementet foreslår heller ikke å lovfeste at klagenemnda skal ha ansvar for å veilede abortnemndene i lovforståelse. Gjennom sin behandling av enkeltsaker, vil klagenemnda ta stilling til tolkning av lovens vilkår for å tillate abort. Den aktuelle abortnemnda som har fattet vedtaket som omgjøres vil få konkret tilbakemelding om klagenemndas vedtak og begrunnelse. I tillegg skal klagenemnda være åpen om sin praksis, jf. forslag til § 21. Denne praksisen vil fungere som en veiledning for alle abortnemndene. Departementet mener det ikke er nødvendig å lovfeste en plikt til å veilede utover dette.

Tolkning av loven og utarbeidelse av faglige retningslinjer og veiledere om abort, vil også være et ansvar for Helse- og omsorgsdepartementet etter spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5.

Departementet er videre enig med *Helse- og omsorgsdepartementet* som er spørrende til hvordan en slik

kvalitetssikring av saker og veiledning i lovforståelse skal kunne gjennomføres uten å utfordre en reell totrinnsbehandling av abortsøknadene. Departementet mener også som direktoratet, at oppgavefordelingen mellom de to nivåene i tilfelle vil fremstå som uklar og at forslaget kan føre til en uklar grense mellom lovfortolkningen og avgjørelsen av den enkelte sak.

Departementet har også lagt vekt på at *Sentral klagenemnd for abortsaker* uttaler at forslaget om å gi Abortklagenemnda ansvar for kvalitetssikring og veiledning av abortnemndene kan bli krevende for en nemnd med medlemmer som ikke er fristilt fra sine øvrige daglige oppgaver, og at dette forslaget derfor krever en annen organisering av klagenemnda enn i dag.

17 Abort i nødssituasjoner

17.1 Gjeldende rett

Dersom et svangerskap fører til overhengende fare for en kvinnes liv eller helse, kan svangerskapet avbrytes uten hensyn til reglene i abortloven, jf. abortloven § 10. Bestemmelsen regulerer nødrettssituasjoner. Med «overhengende fare» menes en akutt fare som innebærer at det ikke er tid til å vente på behandling i nemnd. Saksbehandlingsreglene i loven gjelder ikke i slike tilfeller, og heller ikke vilkårene for å innvilge abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke. I slike tilfeller kan svangerskapet avbrytes selv om fosteret er levedyktig.

17.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår å videreføre bestemmelsen i abortloven § 10. Utvalget foreslår i tillegg å lovfeste at behandling etter denne bestemmelsen avgjøres av behandlende lege. Det er behandlende lege som etter forslaget skal kunne ta avgjørelsen om at svangerskapet skal avbrytes.

17.3 Høringsinstansenes syn

Amnesty International Norge anbefaler å ta ut vilkåret «overhengende fare» i forslag til § 6 om abort i nødssituasjoner:

«Formuleringen «overhengende fare» antyder at det må foreligge en fare som er nærliggende/ nært forestående på det aktuelle tidspunktet. Amnesty frykter at denne formuleringen vil medføre en for høy terskel for å beslutte å utføre en abort etter 22. svangerskapsuke, der behandlende lege kan komme til at det er høy risiko for skade på den gravides liv eller helse, uten at faren nødvendigvis anses som overhengende på vurderingstidspunktet.»

17.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er enig i Abortutvalgets forslag om å videreføre adgangen til abort i nødssituasjoner uten hensyn til de øvrige bestemmelsene i abortloven. At abort er tillatt og tilgjengelig i situasjoner der abort er nødvendig av hensyn til den gravides liv eller helse er viktig for å ivareta grunnleggende menneskerettigheter, inkludert retten til liv og helse og forbudet mot tortur som redegjort for i kapittel 5.

I gjeldende lov § 10 heter det at svangerskapet kan avbrytes dersom det medfører «overhengende fare» for den gravides liv eller helse. Departementet vurderer at «overhengende» er et utdatert og lite brukt begrep, og at ordlyden heller ikke er entydig. Det foreslås derfor at § 5 i lovforslaget skal fastsette at abort kan utføres uten hensyn til abortlovens regler dersom svangerskapet medfører en «akutt og alvorlig fare» for den gravides liv eller helse. Begrepsendringen innebærer ingen realitetsendring, men synliggjør at vurderingen består i både et tidsmoment og et alvorsmoment.

En høringsinstans har uttalt at dersom bestemmelsen gir uttrykk for at faren for skade må være nærliggende eller nært forestående, kan terskelen for å avslutte et svangerskap etter 22. svangerskapsuke bli for høy. Det vises her til at risikoen for skade på den gravides liv eller helse kan være høy uten at faren nødvendigvis kan anses som overhengende. Departementet ser det slik at § 5 kun er ment å regulere nødrettssituasjoner, hvor det ikke er tid til å følge den fremgangsmåten loven krever. Dersom fortsettelse av svangerskapet etter 22. svangerskapsuke ikke innebærer en akutt fare, må situasjonen avvendes. Dersom faren for den gravides liv eller helse blir akutt kan legen etter en konkret vurdering sette i gang en tidlig fødsel. I slike tilfeller vil det ikke være tale om en abort etter abortloven.

Utvalget foreslår å presisere at behandling etter bestemmelsen om nødssituasjoner skal avgjøres av behandlende lege. Departementet foreslår ikke å ta inn en slik presisering. I de aller

fleste tilfeller antas det at avgjørelsen i praksis tas av en lege. Det kan imidlertid tenkes situasjoner der for eksempel jordmor er den nærmeste til å ta avgjørelsen i en svært tidskritisk situasjon der den

gravides tilstand er livstruende. Departementet mener at i slike situasjoner må også avgjørelsen kunne tas av andre, så fremt det er forsvarlig og i tråd med øvrig helselovgivning.

18 Andre bestemmelser

18.1 Forholdet til andre lover

18.1.1 Gjeldende rett

I abortforskriften kapittel 6 er det gitt regler om forholdet til andre lover.

Forvaltningslovens regler gjelder for behandling og avgjørelse av saker om å tillate eller avslå abort, dersom forholdet ikke er uttømmende regulert i abortloven eller abortforskriften, jf. abortforskriften § 21.

Etter abortforskriften § 22 gjelder også pasient- og brukerrettighetslovens regler for behandling og avgjørelse av saker om å tillate eller avslå abort, dersom forholdet ikke er uttømmende regulert i abortloven eller abortforskriften.

Gjennomføring av en abort vil være helsehjelp som skjer i helse- og omsorgstjenesten etter definisjonene i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c og d. I tillegg til pasient- og brukerrettighetsloven vil også en rekke andre helselover derfor gjelde for denne virksomheten, blant annet helsepersonellovens regler for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp, pasientjournalloven, helsetilsynslovens regler om tilsyn med helse- og omsorgstjenester, pasientskadelovens regler om erstatning ved pasientskader mv. og spesialisthelsetjenestelovens regler om blant annet ansvar for å tilby tjenester og finansiering.

18.1.2 Abortutvalgets forslag

Utvalget foreslår en ny bestemmelse i loven om forholdet til forvaltningsloven. Bestemmelsen viderefører gjeldende bestemmelse i abortforskriften § 21, men med noe endret ordlyd.

Utvalget påpeker at det rettslig sett er unødvendig å fastsette at forvaltningsloven gjelder, siden forvaltningsloven gjelder for ethvert organ for stat, slik som abortnemndene og Abortklagenemnda. Samtidig er det tradisjon for å ta inn en henvisning til forvaltningsloven i helselovgivningen. En avgjørelse om å innvilge eller avslå en

søknad om abort vil være et enkeltvedtak etter forvaltningsloven siden det angår den gravides rett til abort. Dermed gjelder de særlige reglene i kap. IV-VI, jf. forvaltningsloven § 3.

Utvalget foreslår en ny bestemmelse om forholdet til helselovgivningen. Etter denne gjelder annen helselovgivning for utførelse av abort og helsetjenester i forbindelse med abort dersom ikke annet er bestemt. Bestemmelsen erstatter dagens bestemmelse i abortforskriften § 22 om forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven, men favner bredere ved at den viser til annen helselovgivning generelt. Som eksempel på aktuelle andre helselover utover pasient- og brukerrettighetsloven, nevner utvalget særlig helsetilsynsloven og pasientjournalloven. I tillegg viser utvalget til for eksempel apotekloven, legemiddel-loven, lov om medisinsk utstyr, helseforskningsloven, spesialisthelsetjenesteloven, helseforetaksloven, helsepersonelloven og helseregisterloven som andre relevante lover.

Etter forslaget skal helselovgivningen gjelde for «utførelse av abort og helsetjenester i forbindelse med abort». Med dette skilles det mellom helsetjenestedelen og selve avgjørelsen av abort som følger forvaltningsloven.

18.1.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter ikke forslaget til bestemmelse om forholdet til helselovgivningen og uttaler:

«Vi stiller spørsmål til om denne generelle henvisningen til helselovgivningen er nødvendig. En henvisning til pasient- og brukerrettighetsloven kan være en nyttig påminnelse om sentrale rettigheter for den gravide, men etter vårt syn er en så generell henvisning som foreslås i utkast til § 36 lite klargjørende, unødvendig og selvsagt. Vi foreslår derfor at det heller henvises til pasient- og brukerrettighetsloven, slik som i abortforskriften § 22.»

18.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er enig med utvalget at det bør presiseres i loven at forvaltningsloven gjelder dersom ikke noe annet følger av bestemmelser i abortloven.

Departementet foreslår imidlertid ikke en bestemmelse om lovens forhold til annen helselovgivning. Som utvalget påpeker er en slik bestemmelse rettslig sett unødvendig og etter departementet vurdering har en slik bestemmelse også begrenset pedagogisk verdi i og med at den henviser til helselovgivningen generelt.

18.2 Forskrifter

18.2.1 Gjeldende rett

Etter abortloven § 12 kan Kongen gi nærmere forskrifter til gjennomføringen av loven, blant annet forskrifter om sammensetningen av abortnemndene. Abortforskriften er gitt med hjemmel i denne bestemmelsen. Forskriften har regler om blant annet fosterets levedyktighet, helsepersonells reservasjonsrett, fremsettelse og behandling av krav om abort, oppnevning av, og krav til saksbehandlingen i abortnemndene og den sentrale klagenemnda, protokollføring og forholdet til andre lover.

18.2.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår en hjemmel for departementet til å gi nærmere forskrifter om abortnemndenes og Abortklagenemndas organisering og saksbehandling.

Departementet kan blant annet gi regler om oppnevning av medlemmer og varamedlemmer til nemndene og om godtgjørelse til nemndmedlemmene. Bestemmelsen gir også hjemmel til å regulere rollen til klagenemndas sekretariat, og til å gi regler om klagenemndas kvalitetssikring og veiledning overfor abortnemndene, jf. utvalgets forslag til § 32. Etter denne bestemmelsen kan departementet gi regler som utfyller lovens bestemmelser om saksbehandlingen i abortnemndene og klagenemnda, jf. utvalgets forslag til § 23 og § 31. Bestemmelsen gir også hjemmel til å gi utfyllende bestemmelser om nemndas opplysning av den enkelte sak og om hvordan den gravides behov for informasjon skal ivaretas.

Utvalget foreslår videre en hjemmel for departementet til i forskrift, å stille krav til helse tjenester ved abort og fosterantallsreduksjon, og

til å gi forskrifter med nærmere regler om helsepersonells reservasjonsrett.

Bestemmelsen gir blant annet hjemmel til å gi regler tilsvarende reglene i gjeldende forskriften § 17. Etter denne bestemmelsen kan det ved utlysning av stillinger for helsepersonell fastsettes i ansettelsesvilkårene at de som ansettes ikke kan reservere seg mot å utføre eller assistere ved abort. Videre følger det av § 17 at helsepersonell som søker stilling ved sykehus eller annen institusjon hvor aborter vil kunne bli utført, skal oppgi om de ønsker å reservere seg dersom de blir spurt om det.

18.2.3 Høringsinstansenes syn

Forslaget til forskriftshjemmel er i liten grad kommentert av høringsinstansene.

18.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er enig med utvalget at det er behov for en hjemmel til å gi forskrifter med nærmere regler om nemndenes organisering og saksbehandling. Dette kan for eksempel være nærmere regler om godtgjøring av nemndmedlemmene og krav til hvordan nemndene skal gjennomføre åpenhet om sin praksis, jf. lovforlaget § 17.

Departementet foreslår også en hjemmel til å gi forskrifter med nærmere regler om helsepersonells reservasjonsrett. Hjemmelen omfatter blant annet forhold som det i dag er gitt regler om i abortforskriften § 16 og § 17.

Departementet følger ikke opp utvalgets forslag om en hjemmel til å gi forskrifter med krav til helsetjenestene ved abort. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a åttende ledd gir departementet hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om krav til spesialisthelsetjenester. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd kan Kongen i statsråd gi forskrift med nærmere bestemmelser om krav til innhold i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er ikke behov for ytterligere hjemmel utover disse til å stille krav til helsetjenester ved abort.

18.3 Straff

18.3.1 Gjeldende rett

Den som avbryter et svangerskap i strid med reglene i loven eller forskriften, kan straffes med bøter eller fengsel i inntil 2 år, jf. abortloven § 13

første ledd. Dette gjelder likevel ikke for kvinner som selv avbryter sitt svangerskap eller medvirker til det.

Straffetrusselen kan blant annet være aktuell dersom helsepersonell gjennomfører en abort etter utgangen av 12. svangerskapsuke uten at det er gitt tillatelse fra en abortnemnd, dersom andre enn leger utfører en abort eller dersom en abort blir gjennomført utenfor sykehus.

Ved vold mot en gravid kan bestemmelsen også være aktuell å bruke sammen med straffebestemmelser i straffeloven. Om dette står det i forarbeidene til straffeloven (Ot.prp. nr. 22 (2008–2009) *Om lov om endringer i straffeloven 20. mai 2005 nr. 28 (siste delproposisjon – slutføring av spesiell del og tilpasning av annen lovgivning)*):

«Når en gravid kvinne utsettes for voldelige overgrep rettet mot fosteret, vil etter omstendighetene abortloven § 13 kunne anvendes i konkurrans med de alminnelige bestemmelsene om voldslovbrudd. Aktuell er i så fall straffeloven 2005 § 274 annet ledd om grov kroppsskade, jf. § 11 annet ledd om at det skal anses som «betydelig skade» dersom et foster dør som følge av en voldshandling rettet mot en gravid kvinne. Dersom det voldelige overgrepet ikke er rettet mot fosteret, vil det etter omstendighetene være et sterkt skjerpene moment i straffutmålingen at kvinnen er gravid.»

Bestemmelsen i § 13 andre ledd hjemler straff for å gi uriktige opplysninger i et krav om abort eller på andre måter gi uriktige opplysninger til bruk ved avgjørelsen av et krav om abort. Andre ledd hjemler også straff for å bryte taushetsplikten etter abortloven. Strafferammen etter andre ledd er bøter eller fengsel i inntil 2 år. Bestemmelsen i andre ledd omfatter også den gravide selv.

For å kunne straffes må handlingene etter første og andre ledd være utført med forsett, jf. straffeloven § 21. Den som medvirker til en over-

treddelse etter første og andre ledd kan også straffes, jf. straffeloven § 15.

18.3.2 Abortutvalgets forslag

Abortutvalget foreslår å ikke videreføre en straffebestemmelse i loven.

Utvalget mener straffebestemmelsen er overflødig. Dersom helsepersonell utfører aborter i strid med loven, vil dette være brudd på forsvarlighetskravet etter helsepersonelloven § 4. Dette kan straffes med hjemmel i helsepersonelloven § 67. Dersom andre enn helsepersonell utfører abort, vil dette være i strid med alternativ behandlingsloven § 5 og vil kunne straffes etter alternativ behandlingsloven § 9. I tillegg kan voldslovbrudd straffes etter en rekke straffebud i straffeloven kapittel 25. Utvalget viser også til at det bare er kjent med en straffesak i nyere tid som gjelder straffebudet mot abort.

Videre mener utvalget at gravide ikke bør kunne straffes for å gi uriktige opplysninger ved søknad om abort. Dersom det er behov for det, kan nemndene innhente nødvendig informasjon fra offentlige registre.

18.3.3 Høringsinstansenes syn

Human-Etisk Forbund, Bergen kommune, Jordmorforbundet, Norsk sykepleierforbund, Kvinnegruppa Ottar, JURK, Oslo kommune, LO, Center for Reproductive Rights og Bispemøtet i Den norske kirke støtter forslaget om å ikke videreføre straffebestemmelsen i abortloven.

18.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er enig i utvalgets vurderinger og foreslår å ikke videreføre en straffebestemmelse i abortloven. Forslaget får støtte fra de av høringsinstansene som uttaler seg om dette.

19 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om at personer som har gjennomgått abort skal ha rett til inntil to oppfølgingssamtaler med egenandelsfritak anslås samlet til å utgjøre anslagsvis 1,3 millioner kroner i økte utgifter. Anslaget er usikkert. Det er i anslaget lagt til grunn at 5 prosent (knappt 650) allerede gjennomfører en slik samtale i dag, og at ytterligere 10 prosent (vel 1 200) vil gjennomføre slik(e) samtale(r). Det er lagt til grunn at halvparten av samtalene tar inntil 50 minutter, at 40 prosent vil ta inntil 35 minutter og at de resterende 10 prosent vil gjennomføres innenfor 20 minutter. Selv om det er rimelig å anta at noen samtaler vil gjennomføres på helsestasjon eller hos helsesykepleier, anses dette volumet til å være så lite at det ikke inkluderes i beregningene. Det er beregningsmessig lagt til grunn at 80 prosent av samtalene vil gjennomføres hos fastlege, og at 20 prosent vil skje på sykehus. Basert på gjeldende satser for takstrefusjoner til fastlegene, aktivitetsbasert refusjon til sykehusene og oversikt over hvor mange pasienter som vil oppnå frikort, vil staten/trygden med dette få økte utgifter tilsvarende anslagsvis 1,3 millioner kroner. Pasientene vil slippe å betale egenandeler tilsvarende om lag 0,6 millioner kroner. Landets fastleger vil få en økt refusjonsinntekt (inkludert egenandelsrefusjon) tilsvarende knapt 1 million. Vel 20 prosent av landets fastleger er ansatt i kommunene. I disse tilfellene vil refusjonsinntektene for en stor del tilfalle kommunene som inntekter. Sykehusene vil få en økt refusjonsinntekt (inkludert egenandelsrefusjon) tilsvarende vel 0,3 millioner kroner.

Landets kommuner har ansvar for å sørge for at fastlegetjenester tilbys befolkningen. Det antas at antallet oppfølgingssamtaler vil være så lavt at det ikke vil påvirke kommunene i nevneverdig grad. Landets kommuner har ansvaret for helsestasjon og helsesykepleiere, og selv om noen av samtalene vil gjennomføres av disse, anses volumet som neglisjerbart.

Det legges til grunn at forslaget om å utvide grensen for selvbestemmelse fra utgangen av svangerskapsuke 12 til utgangen av svangerskapsuke 18 ikke øker antall aborter. Dette er i tråd med erfaringer fra Island. Endringen i grensen for

selvbestemmelse vil således ikke innebære hverken økonomiske eller administrative kostnader.

Tall fra Abortregisteret viser at antall begjæringer om abort etter svangerskapsuke 12 har ligget relativt stabilt de siste årene. I 2022 var det 660 begjæringer om abort etter svangerskapsuke 12, hvorav 434 (66 prosent) var før svangerskapsuke 18. Dette innebærer at det vil bli om lag 435 færre nemndbehandlede begjæringer om svangerskapsavbrudd per år. Anslagsvis 225 begjæringer vil fortsatt behandles i nemnd.

Det foreslås å redusere antall nemnder fra dagens 23 til mellom 5 og 10. Samtidig foreslås det endringer i sammensetningen av nemndene. En nemnd består i dag av sykehuslege og en annen lege. Hvert nemndmedlem har to varamedlemmer. Forslaget innebærer at hver nemnd skal bestå av tre i stedet for to personer: En lege, en person med helse- eller sosialfaglig kompetanse og en jurist. Det kan legges til grunn at hvert nemndmedlem fremdeles vil ha to varamedlemmer. Endringen til en tverrfaglig nemnd, samt at antallet nemndmedlemmer øker fra to til tre, øker kostnaden per nemndbehandling. Basert på et sett antagelser om tidsbruk og fagbakgrunn, anslår Oslo Economics at økningen er om lag 350 kroner per nemndmøte. Isolert sett innebærer derfor den endrede sammensetningen av nemndene en kostnadsøkning. Sammenholdt med at det vil bli færre nemndavgjørelser i forbindelse med den utvidete grensen for selvbestemmelse, anslås det likevel at den samlede tidsbruken for nemndmedlemmene vil gå ned. Siden forslaget samlet sett innebærer færre nemndmedlemmer og også færre varamedlemmer, vil også kostnaden til kompetansehevede tiltak gå ned. Færre nemnder vil innebære lengre reisevei for den gravide og eventuell ledsager. Det er imidlertid ikke noe krav om fysisk oppmøte i nemnda, og det vil forventelig også på denne arenaen kunne være noe digital deltagelse. I flere tilfeller vil ikke nemndmøtet innebære en egen reise til sykehuset, men gjennomføres i forbindelse med at den gravide er der. Det legges således samlet til grunn at eventuelle kostnadsendringer vil være

neglisjerbare. Samlet sett antas forslaget om endret sammensetning av nemndene, og reduk-

sjon i antall nemnder til å innebære uendret eller noe lavere kostnader.

20 Merknader til de enkelte bestemmelsene

Kapittel 1 – Alminnelige bestemmelser

Til § 1

Bestemmelsen angir lovens formål.

Loven skal ivareta hensynet både til den gravides selvbestemmelse og rett til abort og til samfunnets behov for å sikre respekt for det ufødte liv.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 6.1.4.

Til § 2

Bestemmelsen angir lovens virkeområde.

Første ledd angir lovens saklige virkeområde. Loven gjelder alle aborter som tilbys eller utføres i Norge. Med abort menes i denne sammenhengen en avbrytelse av et svangerskap i den hensikt å hindre fødsel av et eller flere barn. Dette omfatter alle provoserte aborter, men ikke spontane aborter. Provoserte aborter kan utføres med ulike metoder, slik som bruk av medikamenter eller kirurgiske inngrep. Å redusere antallet fostre i et flerlingesvangerskap (fosterantallsreduksjon) regnes også som en abort i lovens forstand. Fosterantallsreduksjon skiller seg fra øvrige aborter ved at fosterantallsreduksjon gjøres med mål om å fortsette et svangerskap og føde ett eller flere barn, og at hele svangerskapet ikke avsluttes. Se mer under departementets vurderinger i punkt 6.2.4.

I første ledd angis også lovens personelle virkeområde. Loven skal gjelde for alle som oppholder seg i riket. Det stilles ikke krav om fast opphold i riket. Loven gjelder alle som faktisk er i Norge. Virkeområdet er det samme som etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2.

Andre ledd viderefører gjeldende lov § 15 første ledd andre punktum, jf. også abortforskriften § 24.

Kapittel 2 – Rett til abort m.m.

Til § 3

Bestemmelsen i *første ledd* angir den gravides rett til å få utført abort der hele svangerskapet avbrytes dersom inngrepet kan utføres før utgangen av

18. svangerskapsuke. Gravides rett til å få utført abort der antallet fostre reduseres (fosterantallsreduksjon) reguleres i § 4.

Dersom aborten kan utføres før utgangen av 18. svangerskapsuke, bestemmer den gravide selv om svangerskapet skal avbrytes. Det kreves ikke tillatelse fra en nemnd. Den gravide har rett til selvbestemt abort.

Beregningen av svangerskapslengden skal baseres på ultralydundersøkelse i tråd med nasjonale normer. Se mer under departementets vurderinger i punkt 7.5.

Bestemmelsen i *andre ledd* regulerer adgangen til å utføre, og den gravides rett til å få utført abort etter 18. svangerskapsuke. Bestemmelsen gjelder aborter der hele svangerskapet avbrytes. Adgangen til å utføre, og gravides rett til å få utført abort der antallet fostre reduseres (fosterantallsreduksjon) reguleres i § 4 andre ledd. Etter 18. svangerskapsuke kan abort bare utføres dersom en abortnemnd har gitt tillatelse til det. Dersom nemndene kommer til at vilkårene *er* oppfylt skal nemndene gi tillatelse til abort. Dersom de kommer til at vilkårene *ikke* er oppfylt, kan ikke nemndene gi tillatelse. Dersom det foreligger tillatelse fra en abortnemnd, har den gravide rett til å få utført aborten.

Andre ledd bokstav a bestemmer at abortnemndene skal gi tillatelse til abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke dersom 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 årsaksammenheng mellom svangerskap, fødsel eller omsorgen for barnet og belastningen på den gravide. Vilket er en videreføring av gjeldende rett.

Andre ledd bokstav b bestemmer at abortnemndene skal gi tillatelse til abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke dersom graviditeten er et resultat av voldtekt, incest eller andre seksuallovbrudd, jf. straffeloven §§ 312–314, §§ 291–296, 299, 301, 302 eller 314. Grunnlaget for abort etter

denne bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett.

Andre ledd bokstav c bestemmer at abortnemndene skal gi tillatelse til abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke dersom det er sannsynlig at fosteret har en alvorlig tilstand, eller at fostret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel. 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 familielev i vesentlig grad.

Selv om lovens ordlyd i bokstav c innebærer en direkte sammenheng mellom fostrets tilstand og egenskaper, og adgang til abort, er også dette vilkåret begrunnet i den gravides selvbestemmelse over egen kropp og vurdering av den gravides og eventuelt familiens fremtid og livssituasjon. Av hensyn til den gravide og en skånsom prosess vil imidlertid ikke hun i slike tilfeller måtte begrunne sitt valg om abort. Det er tilstrekkelig at medisinske forhold dokumenteres.

Andre ledd bokstav d bestemmer at abortnemndene skal gi tillatelse til abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke dersom 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 er delvis nytt og delvis en videreføring av dagens § 2 tredje ledd bokstav b, c og e.

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 helse-tjenesten 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 barnets funksjonsnedsettelse kan heller ikke vektlegges i vurderingen av om abort skal tillates.

Vilkåret bestemmer også at abortnemndene skal gi tillatelse til abort dersom 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 gjeldende lov § 2 tredje ledd bokstav e om alvorlig sinnslidelse og 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 gjeldende lov § 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 personer og familier som er utsatt for vold fra nærpersoner.

Etter *tredje ledd* skal den gravides oppfatning av situasjonen 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. Nemndas plikt til å legge vesentlig vekt på den gravides opplevelse vil ikke frita nemndene for en viss undersøkelsesplikt.

Det følger av *fjerde ledd* at nemndene bare kan gi tillatelse til aborter som utføres etter utgangen av 22. svangerskapsuke, dersom 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 fostre med manglende utvikling av skallen (akrani) eller hjernen (anencefali) eller en del andre utviklingsavvik som er entydig uforenlige med liv. I slike tilfeller kan abort også innvilges etter utgangen av 22. svangerskapsuke. Abortnemnda fatter vedtak i slike saker. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett.

Unntak fra 22. ukers grensen kan også følge av § 5.

Med utgangen av 22. svangerskapsuke menes 21 uker og 6 dager. Se også om beregning av svangerskapets lengde i merknaden til § 3.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 8.5.

Til § 4

Bestemmelsen i *første ledd* angir gravides rett til å få utført selvbestemt fosterantallsreduksjon frem til utgangen av 18. svangerskapsuke. Se mer om hva som menes med «utgangen av 18. svangerskapsuke» og om beregning av svangerskapets lengde i merknaden til § 3.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 9.4.2.

I *andre ledd* reguleres adgangen til å utføre, og den gravides rett til fosterantallsreduksjon dersom inngrepet ikke kan utføres før etter utgangen av 18. svangerskapsuke.

Etter *andre ledd første punktum* kan fosterantallsreduksjon etter utgangen av 18. svangerskapsuke bare utføres dersom det foreligger en tillatelse fra en abortnemnd. Vilklårene for fosterantallsreduksjon etter 18. svangerskapsuke følger av *andre ledd bokstavene a til d*. Dersom nemnda finner at vilklårene etter andre ledd er oppfylt skal den gi tillatelse til fosterantallsreduksjon. Dersom nemnda gir tillatelse, har den gravide rett til å få utført fosterantallsreduksjon. Retten til foster-

antallsreduksjon gjelder imidlertid ikke dersom det ikke er forsvarlig å utføre inngrepet på den gravide.

I *tredje ledd* angis en interesseavveining som nemndene skal gjøre når de vurderer krav om fosterantallsreduksjon etter bokstav d. For å gi tillatelse til fosterantallsreduksjon etter dette alternativet må nemnda komme til at begrunnelsen for fosterantallsreduksjon veier tyngre enn risikoen for skade, for tidlig fødsel eller død for gjenværende foster.

Etter *fjerde ledd* gjelder bestemmelsen i § 3 tredje og fjerde ledd også ved fosterantallsreduksjon. Den gravides oppfatning av situasjonen skal tillegges betydelig vekt ved vurderingen av om vilklårene 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. Nemndas plikt til å legge vesentlig vekt på den gravides opplevelse vil ikke frita nemndene for en viss undersøkelsesplikt. Videre kan nemndene bare gi tillatelse til fosterantallsreduksjon som utføres etter utgangen av 22. svangerskapsuke, dersom det er klart at fostret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel. I noen tilfeller kan et av fostrene 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 fostre med manglende utvikling av skallen (akrani) eller hjernen (anencefali) eller en del andre utviklingsavvik som er entydig uforenlige med liv. I slike tilfeller kan fosterantallsreduksjon også innvilges etter utgangen av 22. svangerskapsuke. Abortnemnda fatter vedtak i slike saker. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett.

Med utgangen av 22. svangerskapsuke menes 21 uker og 6 dager. Se også om beregning av svangerskapets lengde i merknaden til § 3.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 9.4.3.

Til § 5

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende lov § 10, men med en modernisering av språket. Begrepsendringen innebærer ingen realitetsendring, men synliggjør at vurderingen består i både et tidsmoment og et alvorsmoment.

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 er å ta hensyn til tidskritiske situasjoner, hvor svangerskapet må avbrytes raskt og det ikke vil være tid til å fremsette krav om abort.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 17.4.

Til § 6

Bestemmelsen i *første ledd* 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, både om hun velger abort eller velger å gjennomføre svangerskapet. Gravide som vurderer abort har rett til veiledning. Det er ikke krav om at den gravide har fremsatt krav 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 den gravide få tilbud om informasjon og veiledning fra annet personell som arbeider med funksjonshemmede, for eksempel habiliteringstjenester og relevante bruker- og interesseorganisasjoner.

Gjennom veiledning og informasjon skal det komme tydelig fram at den gravide har en selvfølgelig rett til å fullføre svangerskapet samtidig som hun har en rett til selvbestemmelse, i tråd med forslaget til formålsparagraf jf. lovforslaget § 1.

Etter *andre ledd* har den gravide rett på informasjon om selve aborten, hvordan denne foregår og om medisinske virkninger og mulige komplikasjoner. Dette er en videreføring av gjeldende rett (abortloven § 5 andre ledd og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 første ledd).

Bestemmelsen i *tredje ledd* gir alle som har gjennomgått en abort etter loven, rett til inntil to oppfølgingssamtaler i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder personer som har gjennomgått en

provosert abort, inkludert en fosterantallsreduksjon. Retten gjelder ikke etter spontanaborter. Se mer under departementets vurderinger i punkt 10.2.4.

Kapittel 3 – Krav om abort

Til § 7

Bestemmelsen i *første ledd* er en videreføring av gjeldende abortlov § 4 første ledd første punktum, jf. § 2a sjette ledd. Formålet med bestemmelsen er å tydeliggjøre at krav 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 om abort. Med mindre det fremgår unntak av denne lov, er utgangspunktet at alle gravide selv skal fremsette krav om abort uavhengig av alder, evner eller egenskaper.

Den gravide kan blant annet henvende seg direkte til et sykehus som utfører aborter eller til sin fastlege.

Bestemmelsen i *andre ledd* er en videreføring og utdyping av gjeldende abortforskrift § 1 andre og fjerde ledd. Gravide skal ha likeverdig tilgang til aborttjenester. Dette betyr at helsepersonell må gi den gravide bistand med å fremme krav, dersom den gravide har behov for det. Bistanden skal ta utgangspunkt i den gravides individuelle forutsetninger. Bistanden kan innebære hjelp til å fylle ut og sende krav på grunn av 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.

Til § 8

Bestemmelsen fastsetter særregler som gjelder når den gravide er under 16 år. Se departementets vurderinger i punkt 14.6.3. Reglene kommer til anvendelse både ved krav før tidsgrensen for selvbestemt abort og ved krav som må nemndbehandles.

Første ledd gjelder den situasjonen at gravide som er under 16 år selv krever abort. Hovedregelen i § 7 om at det er den gravide som skal sette frem krav om abort, gjelder også mindreårige. Dette betyr at barn og unge kan kreve abort på egne vegne, uavhengig av alder. Den gravide har rett til informasjon og veiledning etter abortloven § 6 og etter pasient- og brukerrettighetsloven. Dette må tilpasses den enkeltes modenhet og evne, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 og abortloven § 23.

Første ledd viser til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 om informasjon til foreldre. Når en gravid under 16 år krever abort, skal foreldrene eller andre som har foreldreansvaret som hovedregel informeres om kravet. Dette gjelder ikke dersom den gravide er over 12 år og av «grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette» eller «tungtveiende hensyn» til den gravide taler mot det, jf. § 3-4 andre og tredje ledd. Et viktig hensyn bak unntakene er at barn og unge skal kunne oppsøke helsetjenesten uten frykt for at foreldrene skal kobles inn mot deres vilje. Alle typer begrunnelser for å holde tilbake opplysninger fra foreldrene må vurderes. Unntakene fra informasjonsplikten gjelder likevel ikke dersom informasjonen er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, jf. § 3-4 fjerde ledd.

Andre ledd første punktum fastsetter en adgang for foreldre og andre med foreldreansvar til å kreve abort på vegne av det gravide barnet dersom hun ikke er i stand til å forstå valgsituasjonen eller til selv å fremsette krav om abort.

Etter *andre ledd andre punktum* gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 om samtykke på vegne av barn tilsvarende. Dette betyr blant annet at begge foreldre som hovedregel må kreve abort. Unntak gjelder dersom helsepersonell mener at abort er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade, jf. § 4-4 tredje ledd. Er foreldrene uenige i slike tilfeller kan en beslutning påklages til statsforvalteren.

Det gravide barnet har rett til medbestemmelse og til å bli hørt når foreldrene krever abort på barnets vegne. Barnet skal få informasjon, veiledning og støtte i likhet med dem som krever abort selv, jf. *tredje punktum*. Informasjonen og veiledningen må tilpasses den enkeltes modenhet og evne. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet, jf. *fjerde punktum*. Dette samme følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd, og bestemmelsen skal forstås på samme måte. Disse kravene retter seg mot alle som er involvert i beslutningen, både foreldre og helsepersonell.

Bestemmelsen i *andre ledd femte punktum* setter en tydelig skranke mot å tvinge barn til å ta abort når foreldre eller andre med foreldreansvar krever abort på barnets vegne. Dette skal sikre at dersom den gravide etter informasjon og veiledning ønsker å beholde barnet, så skal abortinngrepet bare kunne tvinges gjennom dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade, jf. *sjette punktum*. Selv om den gravide er svært ung og kanskje ikke er moden nok til å forstå situasjo-

nen og konsekvensene av å gjennomføre svangerskapet og å få et barn, skal et abortinngrep ikke gjennomføres mot hennes vilje. Begrepet «inn- grepet» omfatter både medikamentell og kirurgisk abort og gjennomføring av fosterantallsreduksjon.

Dersom den gravide ikke har fått tilbud om informasjon og veiledning eller motsetter seg abortinngrepet, kan aborten bare gjennomføres dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade om svangerskapet fullføres, jf. sjette punktum. Bestemmelsen skal tolkes på samme måte som pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3. Helseskade omfatter både fysisk og psykisk skade. Begrepet «motsetter seg» skal tolkes på samme måte som etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og 4A.

Til § 9

Bestemmelsen gjelder gravide over 16 år som mangler samtykkekompetanse, jf. henvisningen til pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre til fjerde ledd om manglende samtykkekompetanse for personer som «på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter». Se departementets vurderinger i punkt 14.6.4. Om gravide under 16 år, se § 8.

Hovedregelen er at den gravide selv skal kreve abort, jf. § 7. Alle kan selv kreve abort etter loven. Dette gjelder uavhengig av om man vurderes å ha samtykkekompetanse, eller om rettslig handleevne er i behold. Verge, pårørende, helsepersonell eller andre kan ikke begrense den gravides selvbestemmelsesrett i spørsmålet om abort.

Det er ikke adgang til å frata noen deres rettslige handleevne i spørsmål knyttet til abort. Abortloven § 9 gir bare hjemmel til alminnelig vergemål i slike spørsmål.

Det følger av *første ledd første punktum* at vergen kan kreve abort på vegne av den gravide dersom hun ikke har samtykkekompetanse. Dette skal vurderes etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Det er tre kriterier som rettslig sett er avgjørende for om en person har samtykkekompetanse: et sykdoms- eller diagnosevilkår, et krav om årsakssammenheng og et krav om manglende forståelsesevne. Uttrykket «fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming», sikter til ulike typer funksjonsnedsettelse, samt andre mer midlertidige svekkelser som påvirker forståelsen og vurderingsevnen.

Adgangen for en verge til å kreve abort på vegne av den gravide gjelder bare dersom det omfattes av vergens mandat å bistå i spørsmålet om abort, jf. *første ledd første punktum*. Se tredje ledd om oppnevning av verge eller justering av vergens mandat.

Det at en person har en verge, betyr ikke at hun mangler samtykkekompetanse. Vergemål er et frivillig støttetiltak. Det presiseres i bestemmelsen at vergen skal legge den gravides ønske til grunn, jf. *første ledd tredje punktum*. Den gravide kan uansett kreve abort selv og kan heller ikke tvinges til å ta en abort. Vergen kan med andre ord ikke overstyre den gravide.

Før vergen kan fremme krav om abort, skal den gravide ha fått (tilbud om) informasjon og veiledning etter § 6, slik at hun selv gis mulighet til å vurdere om hun ønsker å beholde barnet, jf. § 9 *første ledd andre punktum*. Informasjon om retten til å kreve abort selv, jf. § 7, og til å motsette seg inngrepet, jf. § 9 andre ledd, må inngå som en del av veiledningen. Det vil være helsepersonellens oppgave å sørge for informasjon og veiledning, jf. § 23. En verge som har mandat til å bistå i spørsmål om abort skal også gi veiledning til den gravide, jf. vergemålsloven § 33 som sier at vergen skal «gi støtte til personens utøvelse av den rettslige handleevnen i samsvar med personens ønsker». Støtten skal respektere den gravides vilje og preferanser, og interessekonflikter og utilbørlig påvirkning må unngås, jf. konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 12 nr. 4. Informasjonen må være tilrettelagt for kvinnens individuelle forutsetninger for å kunne forstå informasjonen, jf. § 23 og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5. Opplysning om den informasjonen som er gitt og helsepersonellens vurdering av samtykkekompetansen, skal nedtegnes i kvinnens journal, jf. § 3-5 tredje ledd og pasientjournalforskriften § 7 bokstav c.

Ved vurderingen av om abort skal kreves, skal vergen legge til grunn den gravides ønsker ut fra den beste tolkningen av hennes vilje og preferanser. Dette i motsetning til å legge avgjørende vekt på hva vergen selv mener er i den gravides beste interesse. Det samme følger av vergemålsloven § 33, som sier at vergen så vidt mulig skal høre personen, og ikke kan foreta handlingen dersom det etter en samlet vurdering må legges til grunn at den er i strid med personens ønsker.

Dersom den gravide har opprettet en fremtidsfullmakt som gir fremtidsfullmektigen kompetanse til det, jf. vergemålsloven kapittel 10, kan fremtidsfullmektigen kreve abort på vegne av den gravide. Fullmektigens mandat vil da være angitt i

fullmakten, som er et uttrykk for den gravides ønsker.

I *andre ledd første punktum* er det fastsatt en tydelig skranke mot å tvinge noen til å ta abort når vergen krever abort på den gravides vegne. Dette skal sikre at dersom den gravide etter informasjon og veiledning ønsker å beholde barnet, så kan abortinngrepet ikke gjennomføres. Dette gjelder likevel ikke dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade, jf. *andre ledd andre punktum*.

Dersom den gravide ikke har fått tilbud om informasjon eller veiledning eller motsetter seg abortinngrepet, kan aborten bare gjennomføres dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade om svangerskapet fullføres. Bestemmelsen skal tolkes på samme måte som pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3. Helseskade omfatter både fysisk og psykisk skade. Begrepet «motsetter seg» skal tolkes på samme måte som etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og 4A. Begrepet «inngrepet» omfatter både medikamentell og kirurgisk abort og gjennomføring av fosterantallsreduksjon.

Det følger av bestemmelsens *tredje ledd* at dersom den gravide mangler samtykkekompetanse, og ikke har verge eller fremtidsfullmektig som har et mandat som omfatter bistand i spørsmålet om abort, kan statsforvalteren oppnevne verge eller eventuelt justere vergemandatet så fremt vilkårene for dette etter vergemålsloven ellers er oppfylt. Hvem som kan begjære opprettelse av vergemål følger av vergemålsloven § 56. Dette kan være blant annet den gravide selv, partner, søsken eller behandlende lege. Oppnevning av verge eller endring av vergemandat til å omfatte abort skal behandles som hastesak av statsforvalteren.

Reglene i § 9 kommer til anvendelse både ved krav før tidsgrensen for selvbestemt abort og ved krav som må nemndbehandles.

Kapittel 4 – Vedtaksmyndighet i abortsaker

Til § 10

Bestemmelsen fastsetter at abortnemndene avgjør krav om abort. Se mer under departementets vurderinger i punkt 15.1.5.

Til § 11

Bestemmelsen i *første ledd* fastsetter at abortnemndene er uavhengige organer. Dette innebærer blant annet at klagenemnda ikke kan instruere abortnemndene og ikke omgjøre vedtak av eget tiltak.

I *andre ledd* angis hvor mange medlemmer nemndene skal ha og hvilken kompetanse medlemmene av nemndene skal ha, inkludert nemndenes leder. Det stilles også krav om at to av medlemmene i nemndene skal være kvinner.

Etter *tredje ledd* skal det oppnevnes personlige varamedlemmer for nemndmedlemmene. For varamedlemmene stilles samme krav til kompetanse som til de faste medlemmene.

Fjerde ledd regulerer ansvar for å oppnevne abortnemndene, lengden på oppnevningene og muligheten for gjenoppnevning. Medlemmene kan gjenoppnevnes en gang. Medlemmer som har vært oppnevnt en gang og gjenoppnevnt en gang, kan oppnevnes på nytt på et senere tidspunkt forutsatt at det har vært et opphold på minst 4 år siden medlemmet sist hadde vervet. Begrensningen om kun en gjenoppnevning gjelder også selv om medlemmet ikke satt fulle 4 år i første periode, for eksempel fordi medlemmet trådte inn midt i en periode på grunn av frafall. Det følger av *andre ledd* at legen i nemnda skal ha kompetanse innen fostermedisin når abortnemnda behandler krav om fosterantallsreduksjon. Dersom nemndas leder ikke har slik kompetanse, skal nemndas leder byttes ut med en lege som har kompetanse i fostermedisin.

Bestemmelsen i *femte ledd* regulerer adgangen for de regionale helseforetakene til å løse et medlem fra sitt verv før perioden utløper. Bestemmelsen gir vilkår for å avløse et medlem i tilfeller der medlemmet ber om det selv, og i tilfeller der det er ønske om å avløse et medlem mot dets vilje.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 15.1.5.2.

Til § 12

Bestemmelsen stiller krav om hurtig saksbehandling. Tilsvarende krav følger i dag av abortforskriften § 5 første ledd. Se mer under departementets vurderinger i punkt 15.2.4.2.

Til § 13

Det følger av *første ledd* at abortnemndene skal behandle krav om abort i møte og treffe vedtak i sakene i møte. Møtene bør hovedsakelig skje ved fysisk oppmøte, men bestemmelsen stenger ikke for helt eller delvis digitale møter.

Etter *andre ledd* må alle medlemmene være til stede for at nemnda skal være vedtaksfør. Vedtak treffes med alminnelig flertall. Dette er en endring i forhold til gjeldende rett. Etter abortfor-

skriften § 6 andre ledd kreves enstemmighet for å innvilge abort i primærnemnd.

Med alminnelig flertall menes flere enn halvparten av de avgitte stemmene. Det vil si at minst to av nemndas medlemmer må stemme for.

Etter *tredje ledd* har nemndas leder kompetanse til å innvilge abort dersom grunnlaget er § 3 andre ledd bokstav c eller § 4 andre ledd bokstav c. Det vil si dersom det er sannsynlig at fosteret har en alvorlig tilstand, eller at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 15.2.4.4.

Til § 14

I bestemmelsen fastsettes at den gravide som krever abort har rett til å møte i nemnda. Den gravide har imidlertid ikke en plikt til å møte. Se mer under departementets vurderinger i punkt 15.2.4.4.

Til § 15

Bestemmelsen i *første og andre ledd* er dels en videreføring av gjeldende abortforskrift § 6. Forskriften bygger på ulike krav avhengig av om kravet om abort 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. forvaltningsloven § 25 andre ledd, selv om parten alltid kan kreve etterfølgende begrunnelse. Etter lovforslaget § 15 første og andre ledd er kravene til begrunnelse de samme uansett saksutfall. Dersom saksutfallet er opplagt, kan imidlertid begrunnelsen gjøres kort, særlig dersom den gravide får medhold.

I saker etter § 8 og § 9 skal det angis i begrunnelsen at nemnda har vurdert den gravides samtykkekompetanse og hvilken informasjon som er innhentet i den forbindelse.

Bestemmelsen i *tredje ledd* er en videreføring av gjeldende lov § 8 og gjeldende forskrift § 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 lovforslaget er skriftlig begrunnelse eneste alternativ, mens forvaltningsloven § 27 åpner for underretning muntlig eller på annen måte. Den gravide bør om mulig uansett få muntlig informa-

sjon om vedtaket umiddelbart etter at det er fattet. Slik orientering er ikke det samme som underretning etter loven.

I underretning om avslag må abortnemndene også orientere om at saken sendes Abortklagenemnda til automatisk overprøving hvis ikke den gravide trekker kravet om abort.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 15.2.4.5.

Til § 16

Bestemmelsen erstatter reglene om møteprotokoll i abortforskriften § 19. Se også departementets vurderinger i punkt 15.2.4.6.

Til § 17

Kravet etter denne bestemmelsen er nytt i forhold til gjeldende lov. Offentliggjøring av nemndenes praksis kan for eksempel skje i form av årsrapporter som presenterer statistikk, og kanskje også noen typetilfeller som har vært oppe i praksis. Det som offentliggjøres må være anonymisert. Flere nemnder kan eventuelt gå sammen om å lage årsrapporter. Se mer under departementets vurderinger i punkt 15.2.4.7.

Kapittel 5 – Nasjonal klagenemnd for abort (Abortklagenemnda)

Til § 18

Bestemmelsen regulerer ordningen med automatisk overprøving av avslag. Dette er en videreføring av gjeldende lov § 8 andre ledd. Ordningen innebærer at saken tas til behandling dersom ikke den gravide trekker kravet om abort. Den gravide må selv trekke kravet. Dette kan ikke gjøres av for eksempel en verge.

Normalordningen etter forvaltningsloven er at klageorganet kan prøve alle sider av saken, jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd. Slik sett er andre ledd 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.

Den nye Abortklagenemnda skal også behandle eventuelle saker der avslag på abort er gitt før ny lov har trådt i kraft og uten at den tidligere klagenemnda har truffet vedtak i saken.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 16.4.1 og 16.4.3.

Til § 19

Bestemmelsen regulerer organisering og oppnevning av Abortklagenemnda og erstatter gjeldende lov § 8 andre ledd tredje og fjerde punktum og tredje ledd, jf. gjeldende abortforskrift § 12.

Bestemmelsen i *første ledd* fastsetter at klagenemnda er uavhengig. Se mer under departementets vurderinger i punkt 16.4.1.

Etter *andre ledd* ligger kompetansen til å oppnevne klagenemnda til departementet. Dette er nytt i forhold til gjeldende lov der kompetansen ligger til Kongen. Lengden på oppnevningsperioden er den samme som etter dagens regler, 4 år. Medlemmene kan gjenoppnevnes en gang. Dette er en endring i forhold til dagens bestemmelse som åpner for gjenoppnevning inntil to ganger.

I *tredje ledd* reguleres antall medlemmer og varamedlemmer i klagenemnda og krav til medlemmenes og leders kompetanse. Antall medlemmer og varamedlemmer er en videreføring av gjeldende lov § 8 tredje ledd. Kravet om minst to leger og en jurist er en videreføring av dagens krav. I tillegg kreves etter lovforslaget at en av legene skal ha relevant spesialistutdanning, og en av legene skal lede nemnda.

I *fjerde ledd* reguleres departementets kompetanse til å avløse medlemmer av nemnda fra sitt verv, både når medlemmet ber om det og i tilfeller der medlemmet selv ikke ønsker avløsning. Bestemmelsen er ny i forhold til gjeldende lov.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 16.4.2.

Til § 20

Bestemmelsen fastslår at klagenemnda kan gi informasjon om sitt vedtak og begrunnelsen for vedtaket til den abortnemnda som har fattet vedtak i første instans. Dette kan gjøres uten hinder av taushetsplikt, også selv om vedtaket bygger på nye opplysninger som første instans ikke tidligere er kjent med. En slik regulering er ny i forhold til gjeldende lov.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 16.4.3.

Til § 21

Bestemmelsen fastsetter at saksbehandlingsreglene i §§ 12, 13 første og andre ledd, 14, 15, 16 og 17 gjelder også for Abortklagenemndas behandling av klagesaker.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 16.4.3.

Kapittel 6 – Helsetjenestens plikter*Til § 22*

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende lov § 14 første punktum. De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for et tilbud om abort til personer som oppholder seg i helse-regionen. Se mer under departementets vurderinger i punkt 11.4.

Til § 23

Bestemmelsen i *første ledd* angir hvem som har ansvar for å sørge for tilbud om den informasjon, veiledning og oppfølgingssamtaler som den gravide har rett på etter § 6.

Bestemmelsen i *andre ledd* er en videreføring av abortforskrift § 2 fjerde ledd.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 10.1.4 og 10.2.4.

Til § 24

Bestemmelsen viderefører innholdet i gjeldende abortforskrift § 15, men er flyttet fra forskrift til lov slik at fritaket tydeliggjøres. Det er gjort enkelte 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 og gjelde for alle former for abort, også abort i form av reduksjon av antall fostre. Retten til fritak omfatter rekvirering og ordinerings av medikamenter ved medikamentell abort. Helsepersonell kan ikke be om fritak for annen helsehjelp i forbindelse med aborten, for eksempel henvisning, mottaking, journalskriving, for- og etterbehandling samt vanlig pleie og stell.

For å få fritak, er det tilstrekkelig at helsepersonellet oppgir at en ønsker dette av samvittighetsgrunner.

Kapittel 7 – Andre bestemmelser*Til § 25*

Reguleringen av taushetsplikt er ny i forhold til gjeldende lov. Bestemmelsen fastsetter at medlemmene i abortnemndene og i Abortklagenemnda har taushetsplikt etter helsepersonelloven. Opplysninger om abort er svært sensitiv, og det er viktig med strenge taushetspliktbestemmelser. Derfor klargjøres det at det er helsepersonellovens taushetspliktbestemmelser som skal gjelde. Loven legger til grunn at helsepersonell aktivt skal hindre at andre får adgang til helseopplysninger.

Til § 26

I bestemmelsen presiseres at forvaltningslovens regler gjelder for abortnemndenes og Abortklagenemndas saksbehandling og virksomhet ellers så lenge ikke noe annet følger av bestemmelser i abortloven.

Et vedtak om tillatelse til abort vil være et enkeltvedtak etter forvaltningsloven siden det gir den gravide rett til abort. Dermed gjelder de særlige reglene i kap. IV-VI, jf. forvaltningsloven § 3.

På noen punkt har abortloven regler som fraviker de generelle reglene i forvaltningsloven, for eksempel reglene om automatisk overprøving ved abort, jf. lovforslaget § 18.

Bestemmelsen er en videreføring av abortforskriften § 21.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 18.1.4.

Til § 27

Bestemmelsen gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om organisering og saksbehandlingen i abortnemndene og Abortklagenemnda. Det innebærer blant annet at det kan gis bestemmelser om godtgjørelse til nemndmedlemmer og utfyllende regler om saksbehandlingen. Det kan også gis nærmere bestemmelser om hvordan abortnemnda skal oppfylle kravet om åpenhet om sin praksis etter § 17.

Det kan også gis utfyllende bestemmelser om helsepersonells reservasjonsrett, for eksempel regler om stillingsutlysning og opplysning om reservasjonsrett.

Se mer under departementets vurderinger i punkt 18.2.4.

Kapittel 8. Ikrafttredelse mv.

Til § 28

Kongen er gitt myndighet til å bestemme når loven skal tre i kraft. Samtidig oppheves gjeldende lov. Kongen kan også gi overgangsregler.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om abort (abortloven).

Statsrådene fra Senterpartiet vil uttale:

«Vi har etter en samlet vurdering kommet til at vi ikke kan gi vår tilslutning til lovforslaget § 3 om utvidelse av retten til selvbestemt abort fra 12. til 18. svangerskapsuke. Dagens 12-ukersregel er utslag av en bred konsensus over tid, som også er i tråd med Senterpartiets landsmøtevedtak om å videreføre dagens abortlov samt hovedlinjene i vurderingene fra utvalgsmedlemmene Magelssen og Kvittum Tangen i Abortlovutvalget.

Vi støtter heller ikke lovforslaget § 4 om at retten til fosterantallsreduksjon likestilles med retten til abort og støtter hovedlinjene til flertallet i Abortutvalget.

For øvrig gir vi vår tilslutning til lovforslaget.»

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om abort (abortloven) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om abort (abortloven)

Kapittel 1. Alminnelige bestemmelser

§ 1 *Formål*

Loven skal sikre gravide rett til selvbestemmelse, lik rett til abort og tilgang til trygge aborter, og at den gravide ivaretas og gis informasjon, veiledning og støtte. Samtidig skal loven sikre respekten for det ufødte liv og retten til å fullføre svangerskapet.

Loven skal sikre gravide mulighet til å ta selvstendige beslutninger om egen kropp og eget privatliv basert på objektiv og nøytral informasjon og uten å bli utsatt for press.

§ 2 *Virkeområde*

Loven gjelder aborter som tilbys eller utføres i riket, og for alle som oppholder seg her.

Kongen kan gi forskrift om at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard.

Kapittel 2. Rett til abort m.m.

§ 3 *Rett til abort der hele svangerskapet avbrytes*

Gravide har rett til å få utført selvbestemt abort som avbryter hele svangerskapet frem til utgangen av 18. svangerskapsuke.

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kreves tillatelse fra en abortnemnd for å utføre en abort som avbryter hele svangerskapet. Abortnemnda skal gi tillatelse dersom:

- svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse,
- graviditeten er et resultat av at den gravide har vært utsatt for voldtekt, incest eller andre seksuallovbrudd,
- det er sannsynlig at fosteret har en alvorlig tilstand, eller at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel eller
- 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.

Abortnemnda skal legge betydelig vekt på den gravides oppfatning av situasjonen.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan abort bare utføres dersom det er klart at fosteret

vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødselen.

§ 4 *Rett til fosterantallsreduksjon*

Gravide har rett til å få utført selvbestemt abort der antallet fostre reduseres (fosterantallsreduksjon) frem til utgangen av 18. svangerskapsuke.

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kreves tillatelse fra en abortnemnd for å utføre fosterantallsreduksjon. Abortnemnda skal gi tillatelse dersom:

- svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse,
- det er høy risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel dersom svangerskapet videreføres for alle fostre,
- det er sannsynlig at fosteret har en alvorlig tilstand, eller at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødsel eller
- 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.

Tillatelse etter andre ledd bokstav d kan bare gis dersom begrunnelsen for fosterantallsreduksjon veier tyngre enn risikoen for skade, for tidlig fødsel eller død for gjenværende foster.

§ 3 tredje og fjerde ledd gjelder tilsvarende.

§ 5 *Nødssituasjoner*

Dersom svangerskapet fører til akutt og alvorlig fare for den gravides liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i denne loven.

§ 6 *Rett til informasjon, veiledning og oppfølgingsamtaler*

Gravide som vurderer abort, har rett til veiledning i valget mellom å fullføre svangerskapet eller å ta abort 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 oppfølgingsamtaler.

Kapittel 3. Krav om abort

§ 7 *Krav om abort*

Krav om abort skal settes frem av den gravide.

Ved behov skal helsepersonell gi den gravide individuelt tilpasset hjelp til å sette frem krav om abort.

§ 8 *Gravide under 16 år*

Når en gravid som er under 16 år, setter frem krav om abort, gjelder pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 om informasjon til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret.

Dersom en gravid som er under 16 år, ikke er i stand til å forstå valgsituasjonen og hva inngrepet innebærer eller ikke selv kan fremsette krav om abort, kan kravet settes frem av foreldrene eller andre som har foreldreansvaret. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 om samtykke på vegne av barn gjelder tilsvarende. Den gravide skal først ha fått tilbud om informasjon og veiledning etter § 6 i loven her. Det skal legges vekt på hva den gravide mener, i samsvar med den gravides alder og modenhet. Dersom den gravide ikke har fått tilbud om informasjon og veiledning eller dersom den gravide motsetter seg inngrepet, kan det ikke gjennomføres. Dette gjelder ikke dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade.

§ 9 *Gravide som mangler samtykkekompetanse*

Dersom den gravide mangler samtykkekompetanse etter pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre til fjerde ledd, og har en verge eller fremtidsfullmektig som har et mandat som omfatter bistand i spørsmålet om abort, kan vergen eller fremtidsfullmektigen kreve abort på den gravides vegne. Den gravide skal først ha fått tilbud om informasjon og veiledning etter § 6 i loven her. Vergen skal legge den gravides eget ønske til grunn, ut fra den beste tolkningen av den gravides vilje og preferanser.

Dersom den gravide ikke har fått tilbud om informasjon og veiledning eller dersom den gravide motsetter seg inngrepet, kan det ikke gjennomføres. Dette gjelder ikke dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade.

Hvis den gravide ikke har verge eller fremtidsfullmektig som har mandat til å bistå i spørsmålet om abort, kan statsforvalteren oppnevne verge eller andre vergemålet i tråd med vergemålsloven §§ 20 og 21.

§ 15 *Abortnemndas vedtak og underretning*

Abortnemndas vedtak skal være skriftlig og begrunnet.

Kapittel 4. Vedtaksmyndighet i abortsaker

§ 10 *Vedtaksmyndighet ved krav om abort etter 18. svangerskapsuke*

Abortnemndene behandler krav om abort etter § 3 andre ledd og § 4 andre ledd.

§ 11 *Organisering og oppnevning*

Abortnemndene er uavhengige organer.

Abortnemndene skal bestå av en lege som er nemndas leder, en jurist og en person med helse- eller sosialfaglig kompetanse. Legen skal ha relevant spesialistutdanning. I saker om fosterantallsreduksjon skal legen ha kompetanse innen fostermedisin. To av nemndas medlemmer skal være kvinner.

For hver av de faste medlemmene skal det oppnevnes et personlig varamedlem med tilsvarende kvalifikasjoner.

Medlemmer og varamedlemmer oppnevnes av de regionale helseforetakene for fire år, med mulighet for én gangs gjenoppnevning. Når det er nødvendig for å behandle en sak om fosterantallsreduksjon, byttes nemndas leder ut med en lege som har kompetanse innen fostermedisin.

De regionale helseforetakene kan løse et medlem fra sitt verv dersom medlemmet ber om det av personlige grunner eller medlemmet grovt har krenket plikter som følger med vervet. I særlige tilfeller kan de regionale helseforetakene løse ett eller flere medlemmer fra vervet hvis det er nødvendig for at nemnda skal ivareta sine oppgaver.

§ 12 *Hurtig saksbehandling*

Saksbehandlingen i abortnemnda skal skje raskt og uten unødvendig opphold.

§ 13 *Behandling i møte og vedtakførhet m.m.*

Abortnemnda skal behandle krav og treffe vedtak i møte.

Nemnda kan treffe vedtak når alle medlemmene er til stede og avgir stemme. Vedtak fattes med alminnelig flertall.

Vedtak om å gi tillatelse til abort etter § 3 andre ledd bokstav c og § 4 andre ledd bokstav c kan fattes av nemndleder alene.

§ 14 *Rett til å møte for nemnda*

Den gravide har rett til å møte for abortnemnda og legge frem sin sak muntlig. Den gravide kan ha med en støtteperson.

Begrunnelsen skal vise til hvilke regler og faktiske forhold vedtaket bygger på, og hvilke hensyn nemnda har lagt vekt på.

Den gravide skal så snart som mulig underrettes skriftlig om vedtaket og begrunnelsen.

§ 16 Møteprotokoll

Abortnemnda skal føre protokoll med opplysninger om når vedtak er truffet, hva vedtaket gjelder, og hvordan nemndas medlemmer har stemt.

§ 17 Åpenhet

Abortnemnda skal informere offentligheten om sin praksis, innenfor rammen av taushetsplikten, jf. § 25.

Kapittel 5. Nasjonal klagenemnd for abort (Abortklagenemnda)

§ 18 Automatisk overprøving ved avslag

Ved avslag på krav om abort skal abortnemnda straks sende vedtaket og sakens dokumenter til Abortklagenemnda.

Abortklagenemnda skal prøve alle sider av saken.

§ 19 Organisering og oppnevning m.m.

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. Minst to av medlemmene skal være leger og ett medlem skal være jurist. Minst en av legene skal ha relevant spesialistutdanning. Leder skal være lege. For hvert medlem kan det oppnevnes inntil to varamedlemmer.

Departementet kan løse et medlem fra sitt verv dersom medlemmet ber om det av personlige grunner eller medlemmet grovt har krenket plikter som følger med vervet. I særlige tilfeller kan departementet løse ett eller flere medlemmer fra vervet hvis det er nødvendig for at nemnda skal ivareta sine oppgaver.

§ 20 Informasjon om vedtak

Abortklagenemnda kan uten hinder av taushetsplikt informere abortnemnda som fattet det aktuelle vedtaket om Abortklagenemndas vedtak og begrunnelse.

§ 21 Saksbehandling

Bestemmelsene i § 12 om hurtig saksbehandling, § 13 første og andre ledd om behandling i møte og vedtaksførhet m.m, § 14 om rett til å møte for nemnda, § 15 om vedtak og underretning, § 16 om møteprotokoll og § 17 om åpenhet gjelder tilsvarende for Abortklagenemnda.

Kapittel 6. Helsetjenestens plikter

§ 22 Tilbud om abort

De regionale helseforetakene skal sørge for tilbud om abort til personer som oppholder seg i helseregionen.

§ 23 Tilbud om informasjon, veiledning og oppfølgingsamtaler

Kommunene og de regionale helseforetakene skal sørge for tilbud om:

- individuell og tilpasset informasjon og veiledning til gravide som vurderer abort, jf. § 6 første ledd
- informasjon om aborten og mulige komplikasjoner, jf. § 6 andre ledd
- oppfølgingsamtaler for personer som har gjennomgått abort, jf. § 6 tredje ledd.

All informasjon og veiledning i forbindelse med abort skal være objektiv og nøytral.

§ 24 Reservasjonsrett for helsepersonell

Helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det skal fritas fra å utføre eller assistere ved aborter, inkludert å rekvirere og ordinere medikamenter ved medikamentell abort. Retten til fritak omfatter ikke stell og pleie før, under og etter aborten.

Fritaket må gjøres generelt og gjelde for alle former for abort.

Kapittel 7. Andre bestemmelser

§ 25 Taushetsplikt

Medlemmer i abortnemndene og Abortklagenemnda har taushetsplikt etter helsepersonelloven §§ 21 til 23, med mindre noe annet fremgår av loven her.

§ 26 Forholdet til forvaltningsloven

Dersom ikke annet er bestemt, gjelder forvaltningsloven for virksomheten i abortnemndene og Abortklagenemnda.

§ 27 Forskrift til loven

Departementet kan gi forskrift om abortnemndenes og Abortklagenemndas organisering og saksbehandling, og om reservasjonsrett for helsepersonell.

Kapittel 8. Ikrafttredelse mv.**§ 28 Ikrafttredelse og overgangsregler**

Loven trer i kraft fra den tiden Kongen bestemmer.

Fra den tiden loven trer i kraft, oppheves lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd.

Kongen kan gi nærmere overgangsregler.

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 08/2024

