



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 106 L

(2018–2019)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i abortloven (fosterreduksjon)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 3. mai 2019,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Det følger av *Granavoldplattformen* (Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti fra 17. januar 2019) at regjeringen vil:

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

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

Departementet foreslår en ny bestemmelse i abortloven som regulerer fosterreduksjon. Etter forslaget skal det kreves tillatelse fra abortnemnd ved alle fosterreduksjoner, uavhengig av når i svangerskapet begjæringen om abort fremsettes eller inngrepet utføres. Nemndene skal kunne innvilge fosterreduksjon på grunnlag av de alminnelige kriteriene for abort etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, jf. abortloven § 2 tredje ledd.

I tillegg skal nemndene kunne innvilge fosterreduksjon der antallet fostre reduseres til to eller flere på grunn av risikoen for spontanabort og tidlig fødsel ved flerlingsvangerskap.

I noen særskilte tilfeller skal nemndene også kunne innvilge reduksjon til ett foster på grunn av risiko for spontanabort eller tidlig fødsel mv. ved flerlingsvangerskap.

2 Om fosterreduksjon

Ved flerlingsvangerskap er det i dag teknisk mulig å avslutte svangerskapet for ett eller flere av fostrene, mens det/de gjenværende fosteret/fostrene utvikler seg videre (fosterreduksjon).

Ønsket om å avslutte svangerskapet for ett av fostrene kan være begrunnet i at det er påvist alvorlig sykdom hos fostre. Kvinnen kan også ønske å redusere antall foster fra to til ett av andre grunner.

Ved flerlingsvangerskap med tre eller flere fostre, kan grunnen til ønske om reduksjon være å redusere faren for spontanabort og tidlig fødsel. I disse tilfellene vil en reduksjon av antall fostre også redusere risikoen for svangerskapsforgiftning og andre svangerskapskomplikasjoner hos den gravide.

Det er imidlertid ikke påvist vesentlig medisinsk gevinst ved reduksjon fra tvilling- til singel-svangerskap.

Flerlingsvangerskap har økt risiko for spontanabort og tidlig fødsel. Risikoen for spontanabort av hele svangerskapet etter tolvte svangerskapsuke, er ifølge tall fra Danmark ca. 25% i flerlingsvangerskap, ca. 15–20% i trillingsvangerskap og ca. 6% i tvillingsvangerskap. For gravide med firlinger og trillinger vil en reduksjon til tvillinger redusere faren for spontanabort til 5–10%. Risikoen for tidlig fødsel reduseres fra ca. 25% til 8% for trillinger, og fra 40% til 16% for firlinger. Dette vil igjen føre til at sykkeligheten og dødelig-

heten til de gjenværende fostrene går betydelig ned.

Dette er dagens vurdering av risiko. Nemndene må holde seg oppdatert på hva som er den medisinske risikoen og justere sin praksis basert på dette.

Vanlig prosedyre ved fosterreduksjon er at det settes en injeksjon av kaliumklorid i fosterhertet via ultralydveiledet nålepunksjon gjennom morens buk, livmor og fosterhinnen. For inngrep som ikke er innvilget på grunnlag av tilstander ved fosteret/fostrene eller ved felles morkake, jf. § 2 tredje ledd bokstav c og § 2 a fjerde ledd tredje punktum, velger legen som utfører inngrepet det fosteret/ de fostrene som er lettest tilgjengelig ut fra sin plassering i livmoren. Legen kan ikke velge ut fra fosterets/fostrenes kjønn.

Risikoen for spontanabort av gjenværende fostre i trilling- og firlingsvangerskap anslås altså til ca. 5–10%. Tallene er hentet fra Aarhus Universitetshospital, som har lang erfaring med fosterreduksjon. Denne risikoen inkluderer også den generelle risikoen for spontanabort i slike svangerskap. Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til dette anslaget og fagmiljøet ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin i Norge har mindre erfaring enn Aarhus med å utføre dette inngrepet, noe som kan virke inn på risikoen.

Risikoen for spontanabort på grunn av selve inngrepet alene angis av fagmiljøet ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin til ca. 1 prosent. Ved trillinger og firlinger vil det noen ganger være behov for å gjøre flere innstikk. Dette gir høyere risiko.

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

I følge Nasjonal behandlingstjeneste ble det i perioden 2016 – 2018 utført til sammen 14 fosterreduksjoner på grunn av påvist alvorlig sykdom hos foster og 14 reduksjoner ved tvillingsvangerskap uten påvist alvorlig sykdom hos foster. I samme periode ble det utført 3 reduksjoner ved firlingsvangerskap og 13 reduksjoner ved trillingvangerskap.

Alle 14 begjæringer om fosterreduksjon på grunn av påvist alvorlig sykdom hos fosteret ble behandlet i nemnd. Det samme gjaldt 6 av reduksjonene ved antatt friske fostre (3 ved trillingvangerskap og 3 ved tvillingsvangerskap).

3 Gjeldende rett

Abortloven bruker betegnelsen svangerskapsavbrudd, noe som ikke er en treffende betegnelse ved fosterreduksjon, fordi kvinnen fortsatt vil være gravid med ett eller flere foster. Problemstillingen om fosterreduksjon var ikke aktuell på den tiden loven ble vedtatt, og er derfor ikke drøftet i lovens forarbeider.

Departementet har tidligere uttalt seg om fosterreduksjon på grunnlag av stor fare for alvorlig sykdom hos fosteret (bokstav c), jf. rundskriv I-42/2001. Spørsmålet ble forelagt Justisdepartementets lovavdeling. I rundskrivet fremgår følgende:

Problemstillingen ble vurdert i NOU 1991: 6 [Etikkutvalget] (s. 79 og s. 122–123). Utvalget mente at om et av fostrene har en tilstand som i seg selv ville gitt grunnlag for abort om det var kun ett foster, kunne abortnemndene uten lovendring innvilge selektiv fosterreduksjon med hjemmel i lov om svangerskapsavbrudd § 2, tredje ledd bokstav c (såkalt eugeniske indikasjoner.) Aslak Syse sier seg enig i dette i Abortloven, Juss og verdier (1993), se side 298. Lovavdelingen støtter denne forståelsen. Det er ikke rimelig å forstå loven slik at kvinnen må velge å avslutte hele svangerskapet, slik at også et friskt foster aborteres, der lovens vilkår er oppfylt for å abortere ett av fostrene. (...) Loven kan ikke tolkes slik at rettsstillingen til fosteret eller mor er annerledes ved en flerlinggraviditet enn der det kun er ett foster.

Denne lovtolkningen innebærer at dersom det i et flerlingsvangerskap foreligger et alvorlig sykt foster, gir abortloven adgang til å gjennomføre fosterreduksjon.

I 2009 fikk Helsedirektoratet spørsmål om fosterreduksjon fra fagmiljøer. Direktoratet tok spørsmålet opp med departementet i 2010. På forespørsel fra Helse- og omsorgsdepartementet gav Justisdepartementets lovavdeling en ny tolkningsuttalelse om fosterreduksjon 17. februar 2016.

Problemstillingen denne gangen var om det er rettslig adgang til å innvilge fosterreduksjon av friske fostre på grunnlag av kvinnens helse, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav a (medisinsk indikasjon) eller kvinnens livssituasjon, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav b (sosial indikasjon) eller en kombinasjon av disse indikasjonene. Det kan f.eks. være ønske fra kvinnen om å redusere fra tvillinger til ett foster fordi familien ikke har

økonomisk evne eller sosialt nettverk til å ha omsorg for flere barn.

Dersom abortloven åpnet for fosterreduksjon av friske fostre på sosial og/eller medisinsk indikasjon, ble det også et spørsmål om kvinner har rett til selvbestemmelse dersom fosterreduksjonen kan gjennomføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Lovavdelingen kom til at abortloven åpner for fosterreduksjon ved flerlingsvangerskap, innenfor de rammer som loven ellers oppstiller. Det innebærer at det er rettslig adgang til å innvilge fosterreduksjon på friske fostre på grunnlag av kvinnens helse, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav a (medisinsk indikasjon) eller kvinnens livssituasjon, jf. abortloven § 2 tredje ledd bokstav b (sosial indikasjon) eller en kombinasjon av disse forholdene.

Lovavdelingen mente videre at det heller ikke er grunnlag for å holde utenfor tilfeller der fosterreduksjonen skjer før utløpet av tolvte svangerskapsuke på grunnlag av selvbestemmelse, jf. abortloven § 2 annet ledd.

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

Selv om begjæringen om fosterreduksjon er fremmet før utgangen av tolvte svangerskapsuke, kan hensynet til forsvarlig medisinsk praksis tilsi at selve inngrepet først bør utføres etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. I disse tilfellene åpner abortforskriften § 3 for å utsette inngrepet i kortere tid, uten at begjæringen må nemndbehandles.

4 Høring

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 19. februar 2019 på høring et forslag til endringer i abortloven for å regulere adgangen til fosterreduksjon. Fristen for høringen var 2. april 2019. Høringsnotatet ble sendt til følgende høringsinstanser:

Departementene

Barneombudet
Bioteknologirådet
Datatilsynet
Direktoratet for e-helse
Folkehelseinstituttet
Forbrukerombudet

Forbrukerrådet
Helsedirektoratet
Landets fylkesmenn
Landets høyskoler (m/helsefaglig utdanning)
Landets pasient- og brukerombud
Landets universiteter
Likestillings- og diskrimineringsombudet
Likestillings- og diskrimineringsnemnda
Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
Norsk senter for menneskerettigheter
Riksrevisjonen
Sametinget
Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
Statens helsetilsyn
Statistisk sentralbyrå (SSB)
Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Sysselmannen på Svalbard

Landets helseforetak
Landets regionale helseforetak

Akademikerne
AMATHEA Rådgivningstjeneste for gravide
Amnesty International Norge
Biskopene
Den norske advokatforening
Den Norske Jordmorforening
Den norske kirke
Den norske legeförening
Frelsesarmeen
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Gatejuristen
Human-Etisk Forbund
Humanistforbundet
Institutt for samfunnsforskning
Jordmorforbundet, NSF
Juristforbundet
JURK – Juridisk rådgivning for kvinner
Juss-Buss
Jussformidlingen i Bergen
Jusshjelpa i Nord-Norge
Kirkens Bymisjon
Kirkerådet
Kvinnefronten
Kvinnegruppa Ottar
Landets private sykehus
Landsgruppen av helsesøstre, NSF
LO – Landsorganisasjonen i Norge
Likestillingssenteret
Menneskerettsalliansen
Menneskeverd
MiRA ressurscenter for innvandrere- og flyktningkvinner

Nasjonalforeningen for folkehelsen
 NOFAB – Norsk forening for assistert befruktning
 Norges kristelige legeförening
 Norges Kvinne- og familieförbund
 Norsk gynekologisk forening
 Norsk Kvinnesaksforening
 Norsk Pasientforening
 Norsk Psykologforening
 Norsk sykepleierförbund
 NHO – Næringslivets Hovedorganisasjon
 Organisasjonen Voksne for Barn
 Oslo katolske bispedømme
 Rettspolitisk forening
 Rådet for legeetikk
 Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn
 Sex og samfunn, Senter for ung seksualitet
 Stiftelsen Kirkeforskning – KIFO
 Stiftelsen Menneskerettighetshuset
 Tankesmien Skaperkraft
 Unio
 YS – Yrkesorganisasjonenes sentralförbund
 Ønskebarn

Departementet har mottatt høringsuttalelse med realitetsmerknader fra 375 privatpersoner som i all hovedsak gikk imot forslagene, og fra følgende instanser:

Justis- og beredskapsdepartementet

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)
 Folkehelseinstituttet
 Helsedirektoratet
 Likestillings- og diskrimineringsombudet
 OsloMet – storbyuniversitetet, Fakultet for helsevitenskap
 Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo
 Statens helsetilsyn

Helse Bergen HF, Kvinneklinikken
 Helse Midt- Norge RHF
 St. Olavs hospital HF

Herøy kommune
 Levanger kommune
 Nordland fylkeskommune

Agder og Telemark biskop
 Biskop i Nidaros
 Bjørgvin biskop
 Borg biskop
 Den norske jordmorforening
 Den norske legeförening

Frelsesarmeen
 FRI – Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold
 Hamar biskop
 Human-Etisk Forbund
 JURK – Juridisk rådgivning for kvinner
 Kirkerådet
 Kvinnefronten
 Kvinnefronten i Ås
 Kvinnegruppen Ottar
 Kvinnepolitisk lag i Rødt Oslo
 Kvinnepolitisk utvalg ved FO Hordaland
 LO – landsorganisasjonen
 Menneskeverd
 MiRA ressurscenter for innvandrere- og flyktningkvinner
 Møre biskop
 Nasjonalt SRHR-nettverk
 Nord-Hålogaland biskop
 Nordkapp SV
 Norges kvinnelobby
 Norsk Gynekologisk Forening
 Norsk Kvinnesaksforening
 Norsk studentorganisasjon
 Norsk Sykepleierförbund
 Norske Kvinners Sanitetsforening
 Organisasjonen Voksne for Barn
 Oslo katolske bispedømme
 Oslo SV
 Preses i Bispemøtet i Den norske kirke
 Rettspolitisk forening
 Rødt Porsgrunn
 Rådet for legeetikk
 Sagene SV
 Sex og Samfunn, Senter for ung seksualitet
 Velferdstinget i Oslo og Akershus
 Viken SVs kvinnepolitiske nettverk
 Vågan Arbeiderparti

Følgende instanser har svart at de ikke har merknader eller ikke ønsker å avgi merknader til forslaget:

Forsvarsdepartementet
 Klima- og miljødepartementet
 Landbruks- og matdepartementet
 Samferdselsdepartementet
 Utenriksdepartementet

Bioteknologirådet

Sørlandet sykehus HF

5 Forslagene i høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått å regulere fosterreduksjon i en ny bestemmelse i abortloven. Det ble presisert at fosterreduksjon skulle regnes som et svangerskapsavbrudd etter abortloven.

Det ble også foreslått at alle begjæringer om fosterreduksjon skulle behandles i nemnd uavhengig av når i svangerskapet inngrepet gjennomføres. Nemnda skulle etter forslaget kunne innvilge fosterreduksjon på grunnlag av en eller flere av indikasjonene i § 2 tredje ledd bokstav a til e.

Samtidig ble det presisert at antall fostre ikke i seg selv skulle gi grunnlag for fosterreduksjon ved tvillinger etter § 2 tredje ledd bokstav a eller b. Et tvillingsvangerskap, en tvillingfødsel og omsorg for tvillinger skulle ikke i seg selv kunne anses å føre til en urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det ville kreves noe mer for at vilkårene etter bokstav a skulle kunne anses oppfylt.

På samme måte ville ikke det forhold at en kvinne er gravid med tvillinger og ville få omsorg for to barn i seg selv føre til at vilkårene i bokstav b kunne anses oppfylt. Det ville ikke være tilstrekkelig å vise til at omsorgsbyrden er større ved tvillinger enn ved ett barn. For å innvilge fosterreduksjon etter bokstav b, skulle det etter forslaget i tillegg kreves at det forelå andre forhold som tilsa at kvinnen kunne settes i en vanskelig livssituasjon, for eksempel at kvinnen allerede hadde omsorgen for flere barn eller at hun hadde ansvar for et barn med en alvorlig sykdom. Kvinnens alder og familiesituasjon skulle også kunne innebære at fosterreduksjon kunne innvilges etter bokstav b.

Vurderingene ved begjæring om fosterreduksjon dersom det er påvist alvorlig sykdom hos ett av fostrene ville etter forslaget være tilsvarende som ved begjæring om vanlig svangerskapsavbrudd på grunnlag av § 2 tredje ledd bokstav c.

Nemnda skulle etter forslaget også kunne innvilge en reduksjon av antall fostre til to eller flere etter en vurdering av risiko for spontanabort og tidlig fødsel. Ved flerlingsvangerskap med tre eller flere fostre, kan grunnen til ønske om reduksjon være å redusere faren for spontanabort og tidlig fødsel. I disse tilfellene vil en reduksjon av antall fostre også redusere risikoen for svangerskapsforgiftning og andre svangerskapskomplikasjoner hos den gravide. Det er imidlertid ikke påvist vesentlig medisinsk gevinst ved reduksjon fra tvilling til singelsvangerskap.

På samme måte som ved andre svangerskapsavbrudd skulle nemnda etter forslaget legge

vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon, kravene for innvilgelse skulle øke med svangerskapets lengde og etter utgangen av attende svangerskapsuke skulle fosterreduksjon ikke kunne utføres med mindre det forelå særlig tungtveiende grunner for det. Den øvre grensen for svangerskapsavbrudd skulle etter forslaget også gjelde ved fosterreduksjon, jf. abortloven § 2 sjette ledd andre punktum.

Saksbehandlingen ved fosterreduksjon skulle etter forslaget i hovedsak følge samme regler som for behandling av begjæringer om svangerskapsavbrudd når inngrepet ikke kan utføres før etter utgangen av tolvte svangerskapsuke.

6 Høringsinstansenes syn

Forslaget om å lovregulere adgangen til fosterreduksjon i en egen bestemmelse i abortloven støttes av de fleste instansene som uttaler seg om dette spørsmålet.

Flertallet av høringsinstansene går imot forslaget om å kreve tillatelse fra nemnd ved alle fosterreduksjoner, blant annet Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO), Fakultet for helsevitenskap ved OsloMet –storbyuniversitetet, Statens helsetilsyn, Kvinneklinikken ved Haukeland sykehus ved Helse Bergen HF, Herøy kommune, Levanger kommune, Nordland fylkeskommune, Den norske jordmorforening, Den norske legeförening, FRI –Foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Human-Etisk Forbund, JURK – Juridisk rådgivning for kvinner, Kvinnefronten, Kvinnefronten i Ås, Kvinnegruppen Ottar, Kvinnepolitisk lag i Rødt Oslo, Kvinnepolitisk utvalg ved FO Hordaland, LO – landsorganisasjonen, MiRA ressurscenter for innvandrere og flyktningkvinner, Nasjonalt SRHR-nettverk, Nordkapp SV, Norges kvinnelobby, Norsk Gynekologisk Forening, Norsk Kvinnesaksforening, Norsk studentorganisasjon, Norsk Sykepleierforbund, Norske Kvinners Sanitetsforening, Organisasjonen Voksne for Barn, Oslo SV, Rettspolitisk forening, Rødt Porsgrunn, Rådet for legeetikk (flertallet), Sagene SV, Sex og Samfunn, Velferdstinget i Oslo og Akershus, Viken SVs kvinnepolitiske nettverk og Vågan Arbeiderparti.

I begrunnelsen for å ikke støtte forslaget uttaler noen instanser at fosterreduksjon ikke reiser andre etiske problemstillinger enn øvrige aborter, blant annet Human-Etisk Forbund, Rettspolitisk forening, LO og Kvinnefronten. Noen instanser er enig i at de etiske dilemmaene er ulike, men mener dette ikke er tilstrekkelig til å begrunne et

krav om nemndbehandling ved alle fosterreduksjoner. Dette gjelder blant annet Statens helsetilsyn og LDO. Human-Etisk forbund mener det er etisk og juridisk utfordrende å behandle ulikt basert på om det er ett eller flere fostre i svangerskapet.

Mange av instansene som går imot kravet om nemndbehandling av alle fosterreduksjoner, uttaler at kvinnen og hennes familie er nærmest til selv å vurdere konsekvensene av svangerskapet, fødselen og omsorgen for barna. Det er kvinnen som er best egnet til å ta etiske valg som omhandler hennes liv. Det er hun som løper den medisinske risikoen ved et flerlingssvangerskap, og hun som skal leve videre med resultatet av vurderingen. Dette gjelder blant annet Sex og Samfunn, Sagene SV, Statens helsetilsyn, Norges kvinnelobby, MIRA-senteret, Norsk Kvinnesaksforening (NKF), Kvinnepolitisk lag i Rødt Oslo og Nordland fylkeskommune.

En del instanser viser til at kvinnens selvbestemmelse før utgangen av tolvte svangerskapsuke har vært et grunnleggende prinsipp i abortloven i 40 år. Det har vært forutsatt at kvinner er i stand til alene å ta avgjørelser om svangerskapsavbrudd. Kvinnefronten mener forslaget viser en stor mistillit til kvinnens moralske og etiske evner til å bestemme hva som er best for henne og hennes familie.

Noen instanser tar også opp at møtet med en nemnd kan oppleves veldig ydmykende for kvinnen. Statens helsetilsyn uttaler at mange kvinner opplever nemndbehandlingen som vanskelig og belastende.

Blant andre Kvinnefronten peker på at forslaget er en innskrenkning i kvinners rettigheter, og er av den grunn imot. De frykter at dette er et første skritt mot ytterligere innskrenkninger i abortlovgivningen.

Også LDO peker på at forslaget er en innskrenkning i kvinners rett til selvbestemt abort. Selv om omfanget er lite, mener ombudet at det er prinsipielt viktig ikke å foreta en slik endring. Ombudet deler bekymringen for at selvbestemmelsen på sikt kan bli uthulet.

Blant annet Folkehelseinstituttet peker på at det er et lite antall avslag i abortnemndene i dag og at forslaget derfor ikke vil føre til reduksjon av antall aborter. Blant annet Human-Etisk Forbund mener konsekvensen av forslaget kan bli flere aborter ved at kvinner velger å abortere begge eller alle fostrene dersom de ikke får innvilget fosterreduksjon.

En del instanser viser til at selv om forslaget gjelder få inngrep, har det stor betydning for dem

det gjelder. FRI mener at reduksjon i antall uønskede graviditeter må skje gjennom andre tiltak som blant annet økt kunnskap, bedre tilgang til prevensjon og styrket seksualundervisning i skolen.

Forholdet til internasjonale forpliktelser tas opp av noen instanser. Særlig vises det til FNs kvinnekonvensjon artikkel 12, FNs internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12, og generelle anbefalinger til disse. Bufdir mener forslaget vil være i strid med artikkel 12 i ØSK.

Bufdir, LO og Kvinnefronten mener forslaget også er i strid med Beijingplattformen fra 1995 og kvinner og pars rett til selv å bestemme om og når en vil ha barn, og hvor mange barn de ønsker.

Det pekes også på at Norge har vært et foregangsland i å sikre kvinner forsvarlige og likeverdige helsetjenester knyttet til reproduktiv helse og at forslaget om å begrense kvinners selvbestemmelse sender uheldige signaler.

Selv om fosterreduksjon i Norge i dag utføres etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, mener blant annet Den norske legeforening at den teknologiske utviklingen vil kunne føre til at vi etter hvert vil kunne utføre fosterreduksjon før tolvte uke. Legeforeningen uttaler at forskning ikke gir tydelige støtte til at det er enklere å gjøre inngrepet etter tolvte svangerskapsuke. Det er ulik praksis ved ulike klinikker. Helsedirektoratet mener også inngrepet kan utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Blant annet Human-Etisk forbund og Sykepleieforbundet mener det ikke er et argument for å kreve nemndbehandling at kvinnen skal informeres om risikoen ved inngrepet. Informasjon og veiledning kan gis på annen måte enn i nemnd. LDO uttaler at istedenfor nemndbehandling, bør kvinnen få god veiledning slik at hun kan ta et informert valg.

Human-Etisk Forbund uttaler at en bør rette søkelys mot at fosterreduksjon ofte er resultat av assistert befruktning i utlandet og se på tilbud om assistert befruktning i Norge.

Voksne for Barn fremhever et hvert barns rett til å være elsket og velkomment til verden og det kommende barnets muligheter til å vokse opp under gode forhold.

Forslaget om å kreve tillatelse fra nemnd ved alle fosterreduksjoner støttes av blant annet Frelsesarmeen, Helse Midt-Norge RHF, St. Olavs hospital HF, Agder og Telemark biskop, Biskopen i Nidaros, Bjørgvin biskop, Borg biskop, Hamar biskop, Kirkerådet, Møre biskop, Nord-Hålogaland biskop, Oslo katolske bispedømme, Preses i Bispemøtet i Den norske kirke, Senter for medi-

sinsk etikk ved Universitetet i Oslo og Menneskeverd.

Av instansene som støtter forslaget, er det mange som viser til at Nasjonal behandlingstjeneste ved St. Olavs hospital HF mener at fosterreduksjoner ikke skal gjøres før etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Inngrepet bør derfor reguleres som andre svangerskapsavbrudd etter tolvte uke. Dette gjelder blant annet Helse Midt-Norge RHF, Kirkerådet, Borg biskop, biskopen i Nidaros, Biskop i Agder og Telemark, Bjørgvin biskop og Preses i Bispemøtet i Den norske kirke. Mange mener også det er uheldig med en systematisk bruk av en unntaksbestemmelse i forskrift.

Mange er også enig i at fosterreduksjon er etisk vanskeligere enn andre aborter, blant annet Senter for medisinsk etikk ved UiO (SME) og biskopene i Nidaros, Borg, Agder og Telemark og Nord-Hålogaland. Borg biskop uttaler at det er en forskjell på en avgjørelse om å avslutte et svangerskap og å abortere ett av to eller flere friske fostre.

SME uttaler at beslutningen om fosterreduksjon etisk sett vanskelig kan likestilles med beslutninger om andre svangerskapsavbrudd, verken før eller etter tolvte svangerskapsuke. Dette er fordi slike beslutninger ikke handler om retten til å avslutte et svangerskap, men om retten til å abortere noen fostre i et flerlingssvangerskap. SME peker på at dette er en situasjon som involverer flere parter enn tilfellet er ved andre svangerskapsavbrudd; de øvrige fostrene i tillegg til kvinnen og hennes partner.

Noen instanser peker også på faren for skade på gjenværende foster/fostre. Biskopen i Agder og Telemark og Oslo katolske bispedømme mener fosterreduksjon for å redusere faren for spontanabort eller tidlig fødsel innebærer at et menneske blir brukt som middel for et annet menneske.

Blant annet Preses i Bispemøtet i Den norske kirke mener valget av to eller flere friske foster som skal aborteres gjennom injeksjon, er et stort etisk dilemma. Avgjørelsen må gjøres innen kort tid, og det tas hensyn til det/de av fostrene som ligger lettest tilgjengelig. Hva dette åpner opp for på lengre sikt, er uvisst, men seleksjon og sortering av foster fremstår som en mulighet.

Blant annet Menneskeverd og biskopene i Agder og Telemark, Borg og Nidaros tar opp vitenskapens fremskritt og ny teknologi som vil gjøre det mulig å skaffe mer informasjon om fosteret stadig tidligere i svangerskapet. Dette øker faren for selektiv abort ut fra for eksempel kjønn eller andre egenskaper.

Justis- og beredskapsdepartementet mener at proposisjonen bør drøfte og eventuelt regulere hvilke kriterier som kan, skal eller ikke skal legges til grunn for utvelgelsen av fostre.

Flere instanser tar også opp manglende kunnskap om hva det betyr å vokse opp med kjennskap til at det var en tvilling eller trillinger som ikke fikk leve. Mange peker på at det er svært nære relasjoner mellom tvillinger og trillinger, som til dels er mye tettere enn mellom søsken flest.

Blant annet Hamar biskop og biskopen i Borg uttaler at den tilfeldige utvelgelsen av hvilke fostre som skal aborteres, kan føre til tunge eksistensielle utfordringer for de barna som bæres frem og vokser opp.

Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs hospital HF uttaler at det blir lettere å håndtere henvendelser om fosterreduksjon fra utlandet dersom det kreves nemndbehandling for alle fosterreduksjoner. Også biskopen i Agder og Telemark tar opp forholdet til andre land og mener dagens praksis er på kollisjonskurs med tenkningen i andre land. Biskopen i Nidaros mener forslaget om nemndbehandling vil minske faren for at utenlandske kvinner kommer til Norge for å få utført fosterreduksjon.

Noen instanser tar opp belastningen på kvinnen og uttaler at avgjørelsen om fosterreduksjon er en stor avgjørelse, som det kan være fornuftig å gjøre i samråd med andre. Det kan være tøft å ta stilling til slike kompliserte prosedyrer og etiske spørsmål alene.

Hamar biskop er positiv til at høringsnotatet fremhever at nemndbehandlingen bør gjennomføres i størst mulig grad som en drøfting mellom kvinnen og medlemmene av nemnda, og påpeker at det må sikres at dette gjøres på en omsorgsfull måte.

Menneskeverd peker også på at det er en stor etisk utfordring dersom fosterreduksjon blir en løsning på et problem oppstått ved assistert befruktning fordi man har satt inn for mange embryo.

Som begrunnelse for forslaget om å kreve nemndbehandling av alle fosterreduksjoner, peker Menneskeverd også på de argumenter som generelt brukes til støtte for nemndbehandling av senaborter. For det første er nemndbehandling en styrking av fosterets rettigheter ved at det stilles kriterier for gjennomføring av aborten. Menneskeverd mener det ikke er utenkelig at nemndbehandlingen kan forhindre press mot den gravide. Nemndbehandling gir også en mulighet for å drøfte saken med medisinske eksperter.

Noen instanser kommenterer føringene som er gitt i høringsnotatet for nemndenes vurdering av kriteriene i § 2 tredje ledd bokstav a til d ved behandling av begjæring om fosterreduksjon.

JURK mener det gis motstridende føringer for nemndenes vurderinger og at dette kan føre til ulik praksis. I forslaget er det lagt føringer for vurderingen av hva som kan anses som «urimelig belastning» eller «vanskelig livssituasjon», samtidig som det fremgår at nemnda skal legge vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon.

Norsk Kvinnesaksforening (NKF) forutsetter at departementet har ment at disse mer restriktive tolkningene bare skal gjelde ved fosterreduksjon. NKF mener slike innsnevring av kriteriene er svært uheldige og i strid med god lovteknikk. Det er fare for at de kan føre til en generell innsnevring av abortgrunnlagene etter tolvte svangerskapsuke.

Sex og Samfunn og Kvinnepolitisk utvalg i FO Hordaland reagerer på at et tvillingsvangerskap ikke skal regnes som tilstrekkelig belastende for å kunne innvilge fosterreduksjon. Sex og Samfunn mener det er kvinnen selv som er nærmest til å vurdere dette. Sex og Samfunn er også kritisk til at høringsnotatet gir inntrykk av at kvinnen skal bli hørt, når realiteten er at det er nemnda som avgjør.

Kvinnepolitisk utvalg i FO Hordaland peker på at tvillingsvangerskap anses som risikosvangerskap og at det medfører økt risiko både for mor og begge barna mor bærer. I tillegg fødes halvparten av alle tvillinger før termin, såkalte tidlige fødsler som inntreffer før uke 37.

Senter for medisinsk etikk (SME) uttaler at det er sagt lite i høringsnotatet om hvilke kriterier en nemnd skal legge til grunn i sine vurderinger ut over dagens kriterier som anvendes i vurderingen av senaborter. Det er for eksempel, uklart hvorvidt og i hvilken grad nemnda skal ta hensyn til de gjenlevende fostrene i sine vurderinger, og hvilken rolle prinsippet om et gradert rettsvern vil måtte komme til å spille i slike vurderinger.

Helsedirektoratet uttaler seg til forslaget om å åpne for fosterreduksjon av hensyn til fare for spontanabort og tidlig fødsel og bemerker at lovbestemmelsen slik den er foreslått vil være begrenset til å gjelde de to spesifikke diagnosene spontanabort og tidlig fødsel. Etter direktoratets vurdering kan det være andre medisinske tilstander i svangerskapet hvor anbefaling om foster-

reduksjon kan være aktuell av medisinske grunner – av hensyn til muligheter for overlevelse av foster og forhindre skader på foster (fetal indikasjon).

Direktoratet peker også på at det vil kunne være tilfeller hvor antall fostre etter en vurdering av risiko for spontanabort eller tidlig fødsel, bør reduseres til ett i stedet for to. Som eksempel på slike tilfeller nevner direktoratet kvinner som er gravid med flerlinger og som tidligere har hatt sene spontanaborter og/eller ekstremt for tidlig fødsel under svangerskap med ett foster for eksempel på grunn av livmorhalsvekkelse eller misdannelser i livmor. Tvillingsvangerskap gir i dette tilfelle større risiko for nytt uheldig utfall sammenlignet med svangerskap med ett foster.

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

Helsedirektoratet mener det bør reguleres at alle begjæring om fosterreduksjon skal behandles i abortnemnda ved St. Olavs Hospital HF. Fosterreduksjoner er sjeldne. Det vil være krevende for alle landets primærnemnder å sette seg godt inn i vurderingsgrunnlaget. For å sikre likebehandling, bør vurderingene gjøres ett sted og der kompetansen er størst.

Noen høringsinstanser kommenterer begrepsbruken i forslaget.

Bjørgvin biskop mener begrepet «fosterreduksjon» tilslører det etisk alvorlige ved inngrepet. Tilsvarende mener Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo at begrepet kan virke misvisende og skjønmalende. Den norske legeförening bemerker at en bør bruke uttrykket «fosterantallsreduksjon», som er mer presist. Menneskeverd er uenig i at fosterreduksjon defineres som et svangerskapsavbrudd fordi svangerskapet ikke avbrytes ved disse inngrepene.

Den norske legeförening og Norsk Gynekologisk Forening uttaler at det ikke er riktig at initiativet til de foreslåtte endringene kom fra fagmiljøet eller at et samlet medisinsk fagmiljø ønsker endringene. Fagmiljøet er ikke samlet om et slikt forslag. Det er tvert imot ulike syn blant legene om dette.

7 Departementets vurderinger og forslag

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

Departementet opprettholder også forslaget om å presisere i loven at fosterreduksjon skal betraktes som et svangerskapsavbrudd. Dette bør gjelde selv om inngrepet teknisk sett ikke avbryter et svangerskap.

Ved å definere fosterreduksjon som et svangerskapsavbrudd, vil abortlovens regler gjelde også ved denne typen inngrep i den grad det ikke er gjort særskilte unntak. Dette innebærer for eksempel at plikten til å tilby kvinnen informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne etter § 2 første ledd også gjelder ved fosterreduksjon. Abortlovens regler om plikt til å gi kvinnen prevensjonsveiledning etter § 14 a og § 10 om svangerskapsavbrudd ved overhengende fare for kvinnens liv eller helse, vil også gjelde ved fosterreduksjon.

Fosterreduksjon kan etter departementets vurdering ikke likestilles med andre svangerskapsavbrudd etisk sett. De etiske vurderingene ved fosterreduksjon er ulik vurderingene ved svangerskapsavbrudd ellers.

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

Fagmiljøet ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin som utfører fosterreduksjonene i Norge har pekt på at det er teknisk vanskelig å utføre fosterreduksjon tidlig i svangerskapet og mener det av medisinske årsaker ikke kan anbefales å utføre fosterreduksjon før utgangen av tolvte svangerskapsuke. I praksis gjør de derfor i dag alle inngrepene etter tolvte svangerskapsuke. Etter abortforskriften § 3 kan inngrepet utsettes i kortere tid av hensyn til for-

svarlig medisinsk praksis uten at retten til selvbestemmelse faller bort. Legene mener imidlertid at det er uheldig at vi systematisk praktiserer rett til selvbestemt fosterreduksjon basert på en slik unntaksbestemmelse. Legene mener det bør bli bedre samsvar mellom lovverket og medisinsk praksis.

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

Departementet har merket seg at enkelte høringsinstanser mener forslaget er i strid med menneskerettighetene. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har i sin praksis lagt til grunn en vid skjønnsmargin for statene ved regulering av spørsmål innen abortfeltet. Tilsvarende må gjelde statens plikter etter artikkel 12 i FNs kvinnekonvensjon og artikkel 12 i FNs internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK). Etter departementets vurdering er forslaget om å kreve nemndbehandling av alle begjæringer om fosterreduksjon ikke konvensjonsstridig.

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

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

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

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

Etter § 2 tredje ledd bokstav a (medisinsk indikasjon) kan fosterreduksjon innvilges på grunnlag av kvinnens helse, dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barna kan føre til urimeelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske

helse. Det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom.

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

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

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

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

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

Et annet eksempel er kvinner som er gravid med trillinger som består av ett sett tvillinger med felles morkake og ett annet foster. Dersom det

skal utføres fosterreduksjon, vil det i de fleste tilfeller, bli anbefalt å redusere de to tvillingene med felles morkake og svangerskapet fortsette med ett foster. Grunnen til dette er at tvillinger med felles morkake har dårligere prognose enn et svangerskap med tvillinger uten felles morkake.

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

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

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

At en kvinne er gravid med tvillinger og vil få omsorg for to barn vil ikke i seg selv føre til at vilkårene i bokstav b er oppfylt. Det vil ikke være tilstrekkelig å vise til at omsorgsbyrden er større ved tvillinger enn ved ett barn. For å innvilge fosterreduksjon etter bokstav b kreves i tillegg at det foreligger andre forhold som tilsier at kvinnen kan settes i en vanskelig livssituasjon. Det kan for eksempel være at kvinnen allerede har omsorgen for flere barn eller at hun har ansvar for et barn med en alvorlig sykdom. Kvinnens alder og familiesituasjon kan også innebære at fosterreduksjon kan innvilges etter bokstav b.

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

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

Ved vurderingen av begjæring om fosterreduksjon begrunnet i forhold som nevnt i § 2 tredje

ledd bokstav a, b og c skal det tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, blant annet hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet.

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

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

På samme måte som ved andre svangerskapsavbrudd, skal kravene for innvilgelse øke med svangerskapets lengde. Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan fosterreduksjon ikke utføres med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det.

Dersom det er grunn til å anta at det eller de aktuelle fostrene er levedyktig, kan tillatelse til fosterreduksjon ikke gis. Dette gjelder også for fosterreduksjon der antall fostre ønskes redusert fra tre eller flere til to eller flere fordi dette vil redusere risikoen for spontanabort eller tidlig fødsel.

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 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).

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

Begjæringen om fosterreduksjon kan fremsettes overfor lege eller direkte overfor en nemnd, jf.

utkastets § 2 a sjette ledd. Begjæringen skal fremsettes av kvinnen selv, jf. § 4 og ellers etter de øvrige reglene i § 4 for eksempel dersom kvinnen er under 16 år.

Kvinnen skal gis opplysninger om inngrepets art og medisinske virkninger etter reglene i § 5 annet ledd. Dersom hun ber om det, skal hun også få informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne.

Dersom begjæringen om fosterreduksjon er satt frem overfor en lege, skal legen informere kvinnen etter reglene i § 5 annet ledd og deretter straks sende begjæringen sammen med en skriftlig utredning om de grunner kvinnen anfører og de observasjoner som er gjort til nemnd.

Bestemmelsen i § 6 vil ikke gjelde ved begjæring om fosterreduksjon.

Nemnda skal ta saken opp til avgjørelse straks den er ferdig forberedt. Vedtaket skal treffes etter samråd med kvinnen, jf. § 7.

Bestemmelsen i § 7 første ledd siste punktum, vil imidlertid ikke gjelde ved fosterreduksjon siden begjæring om fosterreduksjon alltid skal behandles i nemnd, jf. utkastets § 2 a tredje ledd.

Kravene i § 8 om skriftlig begrunnelse av vedtaket og underretning til kvinnen vil gjelde også for vedtak som gjelder fosterreduksjon. Videre vil reglene om automatisk klage til klagenemnda gjelde ved avslag på begjæring om fosterreduksjon.

Videre vil reglene i § 9 om svangerskapsavbrudd med samtykke fra fylkesmannen og § 11 om nemndenes innhenting av opplysninger og taushetsplikt gjelde ved begjæring om fosterreduksjon.

Departementet finner ikke grunn til å ta inn en regulering i § 2 a av hvilke kriterier som kan, skal eller ikke kan legges til grunn ved utvelgelsen av fostre. For inngrep som ikke er innvilget på grunnlag av tilstander ved fosteret/fostrene eller ved felles morkake, jf. § 2 tredje ledd bokstav c og § 2 a fjerde ledd tredje punktum, vil det være legen som utfører inngrepet som avgjør hvilket/hvilke fostre som skal aborteres. Vanlig prosedyre er at legen velger det fosteret/ de fostrene som er lettest tilgjengelig ut fra sin plassering i livmoren. Legen kan ikke velge ut fra fosterets/fostrenes kjønn.

Departementet ønsker heller ikke å regulere i § 2 a hvilken nemnd som kan eller skal behandle begjæring om fosterreduksjon. Det vanlige vil være at begjæringen sendes til nemnda ved St. Olavs hospital HF, siden inngrepet utføres der. Dersom kvinnen imidlertid ønsker å få begjæringen behandlet ved en annen nemnd,

bør loven ikke være til hinder for det. Departementet antar at spørsmål om fosterreduksjon ikke alltid er klart før begjæringen sendes, men kan komme opp i forbindelse med behandlingen. Det bør ikke kreves ny behandling i ny nemnd i slike tilfeller.

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

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

8 Administrative og økonomiske konsekvenser

Forslaget om endringer i abortloven knyttet til fosterreduksjon vil ikke ha vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

9 Merknader til bestemmelsen i lovforslaget

Til § 2 a

Bestemmelsen er ny og regulerer adgangen til å avbryte et flerlingsvangerskap for ett eller flere av fostrene mens svangerskapet fortsetter for de øvrige fostrene (fosterreduksjon).

I *første ledd* slås det fast at fosterreduksjon skal regnes som et svangerskapsavbrudd etter abortloven. Dette innebærer at lovens øvrige bestemmelser også gjelder for fosterreduksjon i tillegg til særregulering i § 2 a.

For eksempel gjelder plikten til å tilby kvinnen informasjon og veiledning om den bistand samfunnet kan tilby henne etter § 2 første ledd også ved fosterreduksjon. Det samme gjelder plikten til å gi kvinnen prevensjonsveiledning etter § 14 a og § 10 om svangerskapsavbrudd ved overhengende fare for kvinnens liv eller helse.

Det innebærer også at fosterreduksjon omfattes av forskrifter gitt med hjemmel i loven.

I *annet ledd* defineres begrepet «fosterreduksjon». Ved fosterreduksjon avbrytes svangerskapet bare delvis. For ett eller flere fostre fortsettes svangerskapet.

Etter *tredje ledd første punktum* kan fosterreduksjon ikke utføres uten tillatelse fra en nemnd. Kravet om nemndbehandling gjelder alle typer fosterreduksjoner og uavhengig av hvor langt svangerskapet er kommet.

Unntak fra kravet om tillatelse fra nemnd kan følge av abortloven § 10. Dersom et flerlingsvangerskap medfører overhengende fare for kvinnens liv eller helse, og den akutte faren kan avhjelpest 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 avvente behandling i nemnd.

Etter *tredje ledd andre punktum* kan nemnda innvilge fosterreduksjon på grunnlag av en eller flere av indikasjonene i § 2 tredje ledd bokstav a til e.

Etter § 2 tredje ledd bokstav a kan abort innvilges dersom «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».

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

Etter § 2 tredje ledd bokstav b kan abort innvilges dersom «svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon».

At en kvinne er gravid med tvillinger og vil få omsorg for to barn vil ikke i seg selv føre til at vilkårene i bokstav b er oppfylt. Det vil ikke være tilstrekkelig å vise til at omsorgsbyrden er større ved tvillinger enn ved ett barn. For å innvilge fosterreduksjon etter bokstav b kreves i tillegg at det foreligger andre forhold som tilsier at kvinnen kan settes i en vanskelig livssituasjon. Det kan for eksempel være at kvinnen allerede har omsorgen for flere barn eller at hun har ansvar for et barn med en alvorlig sykdom. Kvinnens alder og familiesituasjon kan også innebære at fosterreduksjon kan innvilges etter bokstav b.

Etter § 2 tredje ledd bokstav c kan abort innvilges dersom «det er stor fare for at barnet kan få

alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet». Vurderingen ved begjæring om fosterreduksjon dersom det er påvist alvorlig sykdom hos ett av fostrene vil være den samme som ved begjæring om avbrudd av et svangerskap med ett foster.

Ved vurderingen av begjæring om fosterreduksjon etter tredje ledd bokstav a, b og c, skal nemnda ta hensyn til kvinnens samlede situasjon, blant annet hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barna. Nemnda skal legge vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon. Kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskapets lengde. Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan fosterreduksjon bare innvilges dersom det er særlig tungtveiende grunner for det.

Dersom kvinnen er gravid med tre eller flere fostre, kan nemnda etter *fjerde ledd første punktum* i tillegg innvilge reduksjon til to eller flere fostre etter en vurdering av risikoen for at den gravide spontanaborterer eller føder for tidlig.

Flerlingsvangerskap har økt risiko for spontanabort og tidlig fødsel. Risikoen for spontanabort av hele svangerskapet etter tolvte svangerskapsuke, er ifølge tall fra Danmark ca. 25% i firlingsvangerskap, ca. 15–20% i trillingsvangerskap og ca. 6% i tvillingsvangerskap. For gravide med firlinger og trillinger vil en reduksjon til tvillinger redusere faren for spontanabort til 5–10%. Risikoen for tidlig fødsel reduseres fra ca. 25% til 8% for trillinger, og fra 40% til 16% for firlinger. Dette vil igjen føre til at sykkeligheten og dødeligheten til de gjenværende fostrene går betydelig ned.

Dette er dagens vurdering av risiko. Nemndene må holde seg oppdatert på hva som er den medisinske risikoen og justere sin praksis basert på dette.

Etter *fjerde ledd andre og tredje punktum* kan nemndene også i helt særskilte tilfeller innvilge fosterreduksjon til ett foster. Bestemmelsen gjelder både reduksjon fra to til ett foster og fra flere enn to foster til ett foster. Bestemmelsen gjelder i

tillegg til adgangen til å innvilge fosterreduksjon etter tredje ledd og fjerde ledd første punktum. Dersom særskilte forhold ved kvinnens helsetilstand gjør det nødvendig for å redusere faren for spontanabort eller tidlig fødsel, kan nemnda innvilge fosterreduksjon der antall fostre reduseres til ett. Som eksempel på tilfeller der nemndene kan innvilge reduksjon til ett foster vil være dersom en gravid med flerlinger tidligere har hatt sene spontanaborter og/eller ekstremt for tidlig fødsel under svangerskap med ett foster. Dette kan være forårsaket av livmorhalssvekkelse eller misdannelser i livmor. Flerlingsvangerskap gir i dette tilfelle større risiko for nytt uheldig utfall sammenlignet med svangerskap med ett foster.

Tredje punktum gjelder kvinner som er gravid med trillinger som består av ett sett tvillinger med felles morkake og ett annet foster. Dersom det skal utføres fosterreduksjon, vil det i de fleste tilfeller bli anbefalt å redusere de to tvillingene med felles morkake og la svangerskapet fortsette med ett foster. Grunnen til dette er at tvillinger med felles morkake har dårligere prognose enn et svangerskap med tvillinger som har hver sin morkake. For inngrep som ikke er innvilget på grunnlag av tilstander ved fosteret/fostrene, jf. § 2 tredje ledd bokstav c, er det legen som utfører inngrepet som avgjør hvilket/hvilke fostre som skal aborteres. Vanlig prosedyre er at legen velger det fosteret/de fostrene som er lettest tilgjengelig ut fra sin plassering i livmoren. Legen kan ikke velge ut fra fosterets/fostrenes kjønn.

Etter ny § 2 a *femte ledd* kan fosterreduksjon ikke innvilges dersom det er grunn til å tro at fostrene er levedyktige. Dette følger også av § 2 sjettede ledd.

Begjæring om fosterreduksjon kan etter *sjettede ledd* settes frem overfor en lege eller en nemnd. For øvrig gjelder saksbehandlingsreglene i §§ 4, 5, 7, 8, 9 og 11. Bestemmelsen i § 6 vil ikke gjelde ved begjæring om fosterreduksjon fordi den regulerer svangerskapsavbrudd som foretas uten behandling i nemnd. Det samme gjelder bestemmelsen i § 7 første punktum.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under
et fremlagt forslag til proposisjon til Stortinget om
endringer i abortloven (fosterreduksjon).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i abortloven (fosterreduksjon) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i abortloven (fosterreduksjon)

I

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

Fosterreduksjon regnes som svangerskapsavbrudd etter denne loven.

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

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

I tillegg kan nemnda innvilge fosterreduksjon der antall fostre reduseres til to eller flere etter en vurdering av risiko for spontanabort og tidlig fød-

sel. Dersom særskilte forhold ved kvinnens helse-tilstand gjør det nødvendig for å redusere faren for spontanabort eller tidlig fødsel, kan nemnda innvilge fosterreduksjon der antall fostre reduseres til ett. Ved trillingsvangerskap der to av fostrene har felles morkake, kan nemnda innvilge fosterreduksjon der antall fostre reduseres fra tre til ett.

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

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

II

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



