



STORTINGET

Innst. 60 L

(2024–2025)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Prop. 117 L (2023–2024)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Lov om abort (abortloven)

Til Stortinget

1. Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i proposisjonen en ny abortlov. Abort er avbrytelse av et svangerskap, og betegnelsen abort brukes både om spontan abort og om provosert abort. Abortloven regulerer ikke spontanaborter.

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.

Bakgrunnen for lovforslaget presenteres i *kapittel 2*. Forslaget tar utgangspunkt i utredningen og forslagene fra Abortutvalget i NOU 2023: 29 med noen endringer. I *kapittel 3* omtales regjeringens arbeid med ny strategi for seksuell helse. Et viktig område er tiltak for å redusere antallet uønskede svangerskap og aborter. I *kapittel 4* presenteres arbeidet med evaluering av bioteknologiloven, blant annet 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. *Kapittel 6* behandler forslag til bestemmelser om lovens formål og virkeområde. Departementet foreslår at lovens formål skal sikre ivaretagelsen av hensynet både til den gravides ret-

tigheter og til samfunnets behov for å verne om det ufødte liv. *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. Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kan abort bare utføres etter tillatelse fra en nemnd og etter nærmere bestemte vilkår. Vilklårene for å innvilge abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke omtales i *kapittel 8*. I *kapittel 9* drøfter departementet hvilke regler som bør gjelde for fosterantallsreduksjoner. Departementet foreslår 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 oppfølgingsamtale etter abort. 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. Samtidig foreslår departementet at det kan åpnes for at aborter kan tilbys utenfor sykehus. *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. Departementet foreslår å presisere at reservasjonsretten også omfatter å rekvirere og ordinere medikamentene ved medikamentelle aborter. I *kapittel 13* drøftes forslag om rett til gratis helsehjelp ved abort. Departementet foreslår ikke en bestemmelse om gratis abort i loven. 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. 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. Antallet nemnder foreslås vesentlig redusert fra dagens 23. Departementet foreslår også at den gravide får en rett, men ikke en plikt, til å møte for 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. Abort i nødssituasjoner behandles i *kapittel 17*. Det foreslås å videreføre en lovfesting av adgangen til abort i nødssituasjoner. Ordlyden i bestemmelsen er noe endret, men forslaget viderefører realitetsinnholdet i dagens lov. I *kapittel 18* behandles forholdet til andre lover, forskrifter og straff. Departementet foreslår en presisering av at forvaltningsloven gjelder for abortnemndenes arbeid. Departementet foreslår også å videreføre en hjemmel i loven til å gi nærmere forskrifter om blant annet abortnemndenes organisering, og saksbehandling og om helsepersonells reservasjonsrett.

Av økonomiske og administrative konsekvenser har departementet anslått at retten til inntil to oppfølgingsamtaler for personer som har gjennomgått abort, vil utgjøre 1,3 mill. kroner i økte utgifter. Samlet sett antas forslaget om endring i nemndene å innebære uendret eller noe lavere kostnader.

2. Komiteens behandling

Komiteen gjennomførte en muntlig høring i saken den 8. oktober 2024. I den muntlige høringen deltok 23 høringsinstanser. I tillegg mottok komiteen 101 skriftlige høringsinnspill. Høringsnotatene til både den muntlige og skriftlige høringen kan leses på sakens side på stortinget.no.

Komiteen sendte ytterligere spørsmål i brev til helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre den 15. oktober 2024. Brevet ble besvart den 30. oktober 2024, og svarbrevet følger som vedlegg til denne innstillingen.

3. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kamzy Gunaratnam, Tove Elise Madland, Even A. Røed og Truls Vasvik, fra Høyre, Sandra Brufnot, Erlend Svardal Bøe og lederen Tone Wilhelmsen Trøen, fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland og Siv Mossleth, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, fra Sosialistisk Venstreparti, Marian Hussein, fra Rødt, Seher Aydar, fra Kristelig Folkeparti, Olaug Vervik Bollestad, og fra Pasientfokus, Irene Ojala, viser til Prop. 117 L (2023–2024) der det foreslås en ny abortlov.

Komiteen viser til at den gjeldende abortloven (lov om svangerskapsavbrudd) ble vedtatt av Stortinget i 1975 og erstattet lov om svangerskapsavbrot i visse høve fra 1960. Komiteen viser til at selvbestemt abort frem til utgangen av 12. svangerskapsuke ble vedtatt i 1978, med én stemmes overvekt i Stortinget.

Komiteen viser til at Abortutvalget ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 17. juni 2022. Mandatet til utvalget var å gjennomgå bestemmelsene i lov om svangerskapsavbrudd, vurdere alternativer til dagens abortnemnder og vurdere veiledning og oppfølging av kvinner som tar abort. Utvalgets utredning (NOU 2023: 29 Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester) ble lagt frem 14. desember 2023.

Komiteen viser til at Abortutvalget også hadde som mandat å innhente kunnskap om og vurdere rådgivningen og veiledningen av kvinner som vurderer svangerskapsavbrudd, samt oppfølgingen av kvinner som tar abort.

Komiteen viser til at det årlig gjennomføres rundt 12 000 provoserte aborter i Norge. I «Rapport om svangerskapsavbrot» fra Folkehelseinstituttet fremkommer det at 84,1 pst. av abortene utført i 2022 ble utført før 9. svangerskapsuke. Av alle utførte aborter dette året var 11 377 (95,1 pst.) selvbestemte, og 590 (4,9 pst.) var nemndbehandlete. Komiteen viser til at det med unntak av 2022 og 2023 har vært en jevn nedgang i aborttallene siden 2008.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, vil understreke at abort er en grunnleggende menneskerettighet som omfatter retten til selvbestemmelse, familieplanlegging, integritet, privatliv, ikke-diskriminering, liv, helse og frihet fra tortur. Disse medlemmer mener nedsettelsen av Abortutvalget, og kunnskapsgrunnlaget som utredningen deres utgjør, har bidratt til en åpen og mindre polarisert debatt enn det vi har sett i mange andre land.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til at uønskede graviditeter i stor grad blir avbrutt. Disse medlemmer viser videre til at selv om forekomsten av uønskede graviditeter går ned globalt fordi man har bedre tilgang til prevensjon, kan ikke prevensjon alene hindre alle uønskede graviditeter.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, ser med stort alvor på at det i sosiale medier har vært sterke grupperinger som fraråder bruk av hormonell prevensjon, noe som har gitt redusert bruk av hormonell prevensjon og økte aborttall. Flertallet mener at denne utviklingen må snus. Flertallet ber derfor om at denne utfordringen adresseres i den kommende strategien for seksuell helse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, ser med bekymring på at det de to siste årene har vært en økning i antall aborter i Norge. Gjennom pandemien var aborttallene i Norge unormalt lave, det var derfor ventet at de ville gå noe opp igjen etter pandemien.

Disse medlemmer viser videre til at det var hensynet til kvinners liv og helse som var viktig for å få til de historiske endringene i abortlovgivning og praksis i Norge. Disse medlemmer understreker at forbud sjelden har hindret kvinner i å ta abort, men har hindret kvinner i å ta lovlige aborter, noe som har gjort abortene farlige. Disse medlemmer mener det er fellesskapets oppgave å sikre gravide kvinner likeverdig rett til abort og tilgang til trygge aborter, ivaretagelse og støtte.

Disse medlemmer viser til at abortloven i stor grad har stått uendret siden den ble vedtatt i 1975, med tillegg av rett til selvbestemt abort fra 1978. Disse medlemmer understreker at etter nesten 50 år er det på tide med en ny abortlov som er bedre tilpasset dagens samfunn.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at dagens lov med bestemmelser om selvbestemt abort ble innført av Odvar Nordlis Arbeiderparti-regjering i 1978 etter at Arbeiderpartiets landsmøte gikk inn for selvbestemt abort i 1969.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at partiets representanter er stilt fritt i behandlingen av Prop. 117 L (2023–2024) Lov om abort (abortloven). Disse medlemmer viser til at spørsmål om abort både er dypt personlig og etisk vanskelig for mange, og vil understreke viktigheten av en respektfull og god behandling av spørsmål som omfatter verdien av det

ufødte liv og livets begynnelse. Disse medlemmer mener det er en styrke at Abortutvalget vier god plass til etiske avveininger i sin NOU 2023: 29 Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester, og at forslaget til ny lov omtaler og legger vekt på fosterets rettsvern samt retten til å også fullføre et svangerskap.

Disse medlemmer viser til at det er forskjellige syn blant komiteens medlemmer fra Høyre, blant annet i synet på hvor grensen for selvbestemt abort bør gå. Disse medlemmer vil også redegjøre for, og fremme forslag på vegne av, andre stortingsrepresentanter i de tilfeller hvor deres syn ikke er representert blant komiteens medlemmer fra Høyre.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Pasientfokus mener at kvinners rett til selvbestemt abort er en grunnleggende verdi i Norge, og at det er fellesskapets oppgave å sikre gravide kvinner likeverdig rett til abort og tilgang til trygge aborter. Disse medlemmer er opptatt av det tredelte perspektivet: Kvinners rett til selvbestemmelse, respekten for det ufødte liv og retten til å fullføre svangerskapet. Kvinner som søker abort, har rett til ivaretagelse og støtte.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet viser til Hurdalsplattformen, som fastslo at regjeringen skulle sette ned et utvalg som skulle se på abortlovens bestemmelser, oppfølgingen av kvinner som tar abort, og alternativer til dagens abortnemnder, noe som resulterte i NOU 2023: 29 Abort i Norge – ny lov og bedre tjenester. Disse medlemmer vil vise til Senterpartiets stortingsvalgprogram, som fastslår at Senterpartiet ønsker å videreføre dagens abortlov med selvbestemt abort frem til utgangen av uke 12 og gjennomgå arbeidsmåten til nemndene, deres rolle og navn. Disse medlemmer viser også til Hurdalsplattformens punkt om at regjeringens partiene står fritt til å søke flertall i Stortinget for sine standpunkter om abortloven, og Senterpartiets tradisjon med å fristille representantene i verdispørsmål. Disse medlemmer peker på at Senterpartiets stortingsrepresentanter stilles fritt i voteringen i saken.

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet viser til Fremskrittspartiets partiprogram, som fastslår at representanter for partiet stilles fritt i spørsmål av religiøs eller livssynsmessig karakter. Det innebefatter de lovendringene som foreslås.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti og komiteens medlem fra Høyre, Tone Wilhelmsen Trøen, vil understreke at retten til liv er den mest grunnleggende av alle menneskerettigheter og er vernet gjennom både Grunnloven og internasjonale konvensjoner. Denne retten er universell og omfatter alle mennesker, uavhengig av egenska-

per, funksjonsevne eller andre forhold. Disse medlemmer mener samfunnet må legge til grunn en mest mulig inkluderende forståelse av retten til liv både i lovverk og praktisk politikk. Den mest alvorlige formen for diskriminering er når noen nektes sin rett til liv på bakgrunn av hvem de er, eller hva slags egenskaper og funksjonsevne de har.

Abort utgjør et etisk dilemma. Svangerskap og abort handler om den gravide, og om det ufødte liv. Disse medlemmer mener det er viktig at samfunnet anerkjenner og har respekt for de vanskelige valgene som kan oppstå, samtidig som det handler både om å ivareta kvinnen og det ufødte liv.

Disse medlemmer viser til at dette også anerkjennes i lovforslaget, der det foreslås en formålsparagraf som har en tydeligere respekt for det ufødte liv. Disse medlemmer mener at det med utgangspunkt i denne er paradoksalt å utvide grensen for selvbestemt abort, da en utvidelse vil svekke det ufødte livs rettsvern radikalt.

Komiteens medlem fra Pasientfokus mener dagens abortlov på en god måte balanserer hensynet til den gravide kvinnen på den ene siden og hensynet til fosteret på den andre siden. Dette medlem viser til at Abortutvalget er tydelig på at «fosteret her en moralsk verdi som samfunnet har en plikt til å beskytte» (jf. NOU 2023: 29 punkt 1.2). Dette medlem mener dette er et viktig prinsipp. Det er i samfunnets interesse å sikre respekt for det ufødte liv, det ufødte liv kan ikke forsvare seg selv.

3.1 Lovens formål, virkeområde og definisjoner

Komiteens medlemmer fra Høyre, Senterpartiet og Pasientfokus peker på den nye formålsparagrafen som både skal sikre den gravides rett til selvbestemmelse og ivareta den gravides rettigheter, samtidig som at loven skal sikre respekten for det ufødte liv og retten til å fullføre svangerskapet. Disse medlemmer mener dette styrker loven, og er opptatt av at kvinner ikke skal oppleve press til å verken avbryte eller fullføre svangerskapet.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til høringssvar fra Sentral klagenemnd for abortsaker til NOU 2023: 29 Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester, der de påpeker at:

«Begrepet 'det ufødte liv' er brukt 20 ganger i rapporten og én gang i lovteksten. Dette er et sterkt verdiladet begrep som i utstrakt grad brukes av abortmotstandere, og det er dessverre egnet til å påføre abortsøkende kvinner skyld og skam. I en moderne lovtekst må det være mulig å bruke det verdinøytrale begrepet 'fosteret'.»

Disse medlemmer er enig i denne vurderingen og vil understreke viktigheten av å vedta en moderne abortlov som ikke påfører abortsøkende kvinner skyld og skam.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til at det i formålsparagrafens andre setning foreslås at loven skal sikre respekten for det ufødte liv og retten til å fullføre svangerskapet. Dette medlem mener, i likhet med mange av høringsinstansene, at betegnelsen «det ufødte liv» bør erstattes med «foster» i lovteksten. Dette medlem mener for det første at termen «foster» brukes i alle andre medisinske sammenhenger og er et nøytralt ord, mens «det ufødte liv» er en unaturlig begrepsbruk. For det andre er det misvisende i en abortlov, fordi det høres ut som om det er liv som skal fødes. For det tredje bidrar begrepet til stigmatisering av kvinner som søker abort, og lovgiver bør ikke bidra til å opprettholde fordommer, myter og skam rundt abort.

På bakgrunn av dette fremmer dette medlem følgende forslag:

«Abortloven § 1 første ledd skal lyde:

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 fosteret og retten til å fullføre svangerskapet.»

Komiteens medlem fra Rødt viser til at lovens formål om å sikre gravide rett til selvbestemmelse, like rettigheter og tilgang til trygge aborter og informasjon er en positiv tydeliggjøring av kvinners rettigheter. Men dette medlem er i likhet med en rekke høringsinstanser kritisk til setningen: «Samtidig skal loven sikre respekten for det ufødte liv og retten til å fullføre svangerskapet».

Dette medlem viser til høringsinnspill til komiteen fra Sex og Politikk, som mener at formuleringen om at loven «skal sikre respekten for det ufødte liv», er egnet til å stigmatisere. De skriver:

«Det framstår ulogisk at en generell abortlov skal ha en setning i en formålsparagraf som dekker en svært liten del av abortene. Uttrykket 'ufødt liv' er dessuten misvisende i en abortlov, fordi det høres ut som om det er liv som skal fødes.»

Dette medlem understreker at abort rettslig sett ikke er et spørsmål om en avveining av kolliderende rettigheter mellom kvinnen og fosteret. Det er kvinnen som er fosterets beskytter. I flertallet av tilfeller med svangerskapsavbrudd etter utgangen av 18. uke er kvinnen ønsket gravid, og tar avgjørelser basert på kjærlighet og hensyn. Oppfatningen om at «å sikre det ufødte liv» må inn i loven, bidrar til skyld og skam knyttet til det å

ta, eller å ha tatt abort. Mer enn 98 pst. av kvinnene som søker abort, får medhold fra nemnda. Det er uforståelig om denne «respekten» ivaretas bedre om det er fremmede i en statlig nemnd som innvilger abort, enn om kvinnen gjør det selv.

Dette medlem understreker videre at den korrekte og medisinske termen er «foster», mens begrepet «det ufødte liv» er egnet til å påføre abortsøkende kvinner skam. I en moderne lovtekst må det være mulig å bruke det verdinøytrale begrepet «fosteret».

På bakgrunn av dette fremmer dette medlem følgende forslag:

«Abortloven § 1 skal lyde:

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.

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.»

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener det er viktig at abortloven anerkjenner at det handler om to liv, og mener det er riktig at formålsparagrafen omtaler det «ufødte liv».

3.2 Grense for selvbestemt abort

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, og komiteens medlemmer fra Høyre, Sandra Bruflot og Erlend Svardal Bøe, viser til at andre land med mer liberale abortlover enn Norge hverken har høyere abortrate eller et høyere antall sene aborter. Flertallet vil understreke at det ikke finnes empiri for å hevde at en endring av grensen for selvbestemmelse vil virke normgivende eller endre kvinners vaner knyttet til svangerskapsavbrudd eller tidspunktet for disse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, mener at det er riktig å utvide kvinners rett til selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke.

Disse medlemmer vil trekke fram høringssvaret til komiteen fra Den norske legeförening, som uttalte at det ikke finnes noen tungtveiende medisinskfaglige argumenter verken for eller mot en utvidelse av selvbestemmelsen til utgangen av uke 18.

Disse medlemmer viser til at i 1979 fikk rundt 25 pst. av kvinnene som søkte nemndene om abort etter utgangen av 12. uke, avslag. Disse medlemmer viser videre til at de fleste som i dag søker om tillatelse til abort etter utgangen av 12. uke, får innvilget søknaden.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, understreker at det har vært en utvikling over tid med en økende andel innvilgelser og tilsvarende synkende andel som får avslag på sin søknad i nemnd. Videre viser disse medlemmer til at når det gjelder antall kvinner som får endelig avslag i nemnd, har det vært rundt ti kvinner årlig de siste årene.

Disse medlemmer understreker at mellom utgangen av uke 12 og utgangen av uke 18 får tilnærmet alle som krever abort, innvilget dette, enten av primærnemnd eller i klagenemnda. Videre viser disse medlemmer til Abortutvalget, som beskriver at mange kvinner opplever det som en ekstra belastning at andre skal ta denne avgjørelsen i det som allerede er en svært krevende situasjon.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at Abortutvalget i sin NOU 2023: 29 Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester har levert et godt kunnskapsgrunnlag som utgangspunkt for en ny abortlov. Disse medlemmer viser til at lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) fra 1975 avløste lov om svangerskapsavbrot i visse høve fra 1960, og at Stortinget i 1978 vedtok selvbestemt abort frem til utgangen av 12. svangerskapsuke. Disse medlemmer ønsker å holde antallet svangerskapsavbrudd på et lavt nivå, og mener dette gjøres best gjennom tilgang på langtidsvirkende prevensjon, god seksualitetsundervisning og mulighet for familieplanlegging, ikke gjennom abortlovens bestemmelser.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Sandra Bruflot og Erlend Svardal Bøe, mener grensen for selvbestemt abort bør utvides til utgangen av 18. svangerskapsuke. Disse medlemmer viser til at i 2022 ble over 84 pst. av selvbestemte svangerskapsavbrudd utført før uke 9, og nesten 95 pst. ble utført før uke 12 (Rapport om svangerskapsavbrot for 2022, FHI). Disse medlemmer viser til at en slik utvidelse vil være i tråd med dagens praksis, hvor kun et fåtall kvinner får avslag i nemnd mellom utgangen av uke 12 og utgangen av uke 18.

Disse medlemmer viser videre til at den enkelte kvinne og familie selv er i stand til å ta etiske og moralske valg, at kvinner ønsker å avbryte svangerskapet så tidlig som mulig dersom svangerskapet er uønsket eller kvinnen mener det bør avbrytes, og at grensen for selvbestemmelse ikke er avgjørende for hverken abortrate eller antallet sene aborter. Disse medlemmer ser på kvinners selvbestemmelse som et tungtveiende og avgjørende hensyn og legger dette til grunn for sine vurderinger av hvordan en ny abortlov bør utformes.

Disse medlemmer viser til at mange kvinner gjennom tidlig ultralyd og NIPT (non invasiv prenatal test) får informasjon om fosteret *etter* dagens grense for selvbestemt abort ved utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Disse medlemmer anerkjenner at spørsmålet om grensen for selvbestemt abort er etisk vanskelig for mange, og vil understreke at de deler flere av de etiske betraktningene som andre medlemmer av komiteen trekker frem, selv om vektingen av ulike hensyn gjør at disse medlemmer mener at grensen for selvbestemmelse bør utvides til utgangen av uke 18.

Komiteens medlem fra Høyre, Tone Wilhelmsen Trøen, og Pasientfokus viser til at grensen for selvbestemt abort har ligget fast ved utgangen av tolvte svangerskapsuke siden 1978, og videre at abortloven med små justeringer har ligget fast i 46 år. Loven representerer en avveining av fosterets rettsvern og kvinnens rettigheter. Fosterets rettsvern styrkes utover i svangerskapet.

Disse medlemmer viser til høringsinnspill til komiteen fra Den norske legeforening om grensen for selvbestemt abort:

«Det finnes ingen tungtveiende medisinske faglige argumenter verken for eller mot en utvidelse av selvbestemmelsen til uke 18. Dette er, slik Legeforeningen ser det, først og fremst et etisk og moralsk spørsmål der vi som forening ikke er samlet om ett svar.»

Disse medlemmer viser til at den etiske avveiningen mellom fosterets rett til vern og kvinnens rett til selvbestemmelse også er gjeldende i lovproposisjonen, hvor departementet på s. 39 skriver at:

«Hensynet til fosterets rettsvern gjør at departementet mener det er nødvendig å begrense gravides rett til alene å avgjøre om abort kan utføres.»

Disse medlemmer viser til at dette tydelig understrekes ved at loven får en formålsparagraf som tydelig anerkjenner den krevende etiske balansen mellom to vanskelige hensyn, fosterets rett til liv og kvinnens rett til selvbestemmelse.

Disse medlemmer viser til at det er delte oppfatninger i befolkningen om hvorvidt dagens grense for selvbestemt abort bør beholdes, utvides eller innskrenkes. Disse medlemmer mener regjeringens lovforslag om selvbestemmelse frem til utgangen av 18. svangerskapsuke er for vidtrekkende.

Disse medlemmer peker på at en utvidelse av grensen for selvbestemt abort kan føre til at flere aborter tas senere i svangerskapet, og mener av etiske grunner at dagens grense innen utgangen av uke 12 fortsatt bør opprettholdes. Jo lenger ut i svangerskapet, jo større og mer utviklet er fosteret. Fosterets utvikling innebærer at abortmetoden endres fra medikamentell abort til in-

duksjon og tidlig fødsel. Disse medlemmer understreker at en abort opp mot utgangen av 18. svangerskapsuke kan være en større påkjenning. Disse medlemmer mener det er viktig at gravide skal kunne ta informerte valg før abort, og peker på at det i dag er større mulighet for å oppdage graviditet og å vite mer om fosterets egenskaper.

Disse medlemmer viser til at sykehusenes rutinemessige håndtering av aborterte og spontanaborterte fostre i dag er at fostre abortert før utgangen av tolvte svangerskapsuke håndteres som annet biologisk materiale ved sykehuset, mens fostre abortert etter utgangen av tolvte svangerskapsuke nedsettes anonymisert på en kirkegård. Dette skillet er et uttrykk for at fosterets egenverdi og rettssikkerhet styrkes gjennom svangerskapet.

Disse medlemmer viser til at regjeringen i sitt forslag til ny § 3 har foreslått at kravene for abort ikke skal skjerpes i takt med svangerskapets lengde, men være likt for alle saker om abort mellom utgangen av 18. svangerskapsuke og utgangen av 22. svangerskapsuke. Disse medlemmer mener det fortsatt bør være særlig tungtveiende grunner for å innvilge abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke, og foreslår derfor å videreføre § 2 femte og sjette ledd i gjeldende lov i ny § 3 som nytt fjerde og femte ledd, og understreker at hensikten ikke er at det skal virke innskrenkende, men å videreføre gjeldende rett.

Komiteens medlem fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland, vil vise til at Senterpartiets statsråder har tatt dissens på to punkter i forslaget til ny abortlov, de støtter ikke forslaget om å utvide retten til selvbestemt abort fra utgangen av uke 12 til uke 18, i tråd med Abortutvalgets mindretall, og heller ikke forslaget om å sidestille fosterantallsreduksjoner med abort, i tråd med et samlet abortutvalg som mente at fosterantallsreduksjoner skiller seg vesentlig fra andre aborter ved at svangerskapet ikke avsluttes, og at fosterantallsreduksjoner derfor ikke kan regnes som abort.

Komiteens medlem fra Høyre, Tone Wilhelmsen Trøen, fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland, og Pasientfokus støtter Abortutvalgets mindretall i å beholde dagens grense for selvbestemmelse. Disse medlemmer peker på at det er utbredt skepsis til utvidelse av abortgrensen i befolkningen, at å opprettholde dagens grense kan bidra til å beskytte mot en mindre aksept for det uperfekte og det som er annerledes, at å utvide abortgrensen nedtoner fosterets verdi, at behandling i abortnemnd etter utgangen av uke 12 gjør at fosterets interesser blir tatt i betraktning, at behandling i abortnemnd kan være en støtte for noen gravide, og at en abortgrense ved utgangen av uke 12 kan være til hjelp for gravide som opplever press.

Komiteens medlem fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland, og Pasientfokus opplever at det er vanskelig å argumentere for en grense på 18 uker, og er bekymret for at dette i neste omgang kan åpne opp for å utvide abortgrensen helt frem til levedyktighet.

Disse medlemmer mener at grunnlaget for en ny abortlov må være en stabil og varig abortlov som skal stå seg i mange tiår fremover, og er bekymret for at om man endrer det sentrale premisset for dagens kompromiss i abortlovgivningen, vil det åpne opp for at abortloven kan bli et politisk forhandlingskort som svekker forutsigbarheten og tryggheten til norske kvinner.

Disse medlemmer mener at abort er et vanskelig etisk spørsmål, og loven må derfor være et kompromiss basert på en vekting av verdiene. En god lov uttrykker et stabilt kompromiss som gjør at den er akseptabel selv om man har ulike verdisyn. Disse medlemmer mener at en utvidelse av dagens abortgrense bryter opp dagens kompromissløsning og erstatter den med noe som for mange nordmenn fremstår som en ubalansert eller mindre akseptabel løsning. Disse medlemmer mener at dagens abortgrense kommuniserer at abort etter utgangen av uke 12 av svangerskapet er en større og noen ganger vanskeligere beslutning.

Disse medlemmer mener at utviklingen innen bioteknologi og medisin utfordrer oss til å tenke gjennom vern av menneskers liv og integritet og hvordan vi ser på sykdom, annerledeshet og det uperfekte liv. Disse medlemmer mener det gjør at dette har en tydelig fellesskapsdimensjon. Disse medlemmer mener at fosterdiagnostikk åpner for stadig nye muligheter til seleksjon på tidlige stadier av livet, og det bør mane til særlig forsiktighet og ydmykhet fordi lovene Stortinget vedtar, må legge til rette for en utvikling som fremmer inkludering, mangfold og likeverd.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Tone Wilhelmsen Trøen, fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland, og Pasientfokus mener grensen for selvbestemt abort ved utgangen av tolvte svangerskapsuke bør videreføres.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende lovforslag:

«Abortloven § 3 skal lyde:

§ 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 12. svangerskapsuke.

Etter utgangen av 12. svangerskapsuke kreves tillatelse fra en abortnemnd for å utføre en abort som avbryter hele svangerskapet. Abortnemnda skal gi tillatelse dersom:

- a. svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravides fysiske eller psykiske helse,
- b. graviditeten er et resultat av at den gravide har vært utsatt for voldtekt, incest eller andre seksuallovbrudd,
- c. det er sannsynlig at fosteret har en alvorlig tilstand, eller at fosteret vil dø under svangerskapet eller kort tid etter fødsel, eller
- d. 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.

Kravene til grunn for innvilgelse av abort skal øke med svangerskapets lengde.

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kan abort ikke innvilges med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan abort bare utføres dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet eller kort tid etter fødselen.

Abortloven § 10 skal lyde:

§ 10 Vedtaksmyndighet ved krav om abort

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

Komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, peker på at Senterpartiets stortingsgruppe stilles fritt i voteringen i denne saken. Dette medlem viser til at Den norske legeforening, som er Norges største medisinske fellesskap, en yrkesforening og en fagmedisinsk forening, presiserer i høringsuttalelsen til komiteen vedrørende abortloven at det ikke fins noen tungtveiende medisinsk-faglige argumenter verken for eller mot en utvidelse av selvbestemmelsen til abort til utgangen av uke 18, som er forslaget til Abortutvalgets flertall. Dette blir da først og fremst et etisk og moralsk spørsmål, og da er det etter dette medlems syn riktig at det er kvinnen selv som skal ta valget ved et eventuelt behov for abort. Selvbestemmelse og autonomi må veie tyngst i spørsmålet om abort frem til grensen for selvbestemmelse. Å øke selvbestemmelsen til utgangen av uke 18 vil være i tråd med dagens praksis, da statistikken viser at det er svært få som får avslag i nemnd. De fleste nemndsbeğjæringer om abort innvilges i primærnemnd. I 2022 ble 99,3 pst. (586) av alle nemndsbehandlede svangerskapsavbrudd innvilget i primærnemnd, slik det kommer fram i Abortutvalgets NOU 2023: 29 – Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester s. 70.

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet viser til uttalelsene fra Morten Wold, tidligere medlem i helse- og omsorgskomiteen, om at 14 uker kan være et godt kompromiss i abortstriden (Frp-Wold foreslår 14 ukers abortgrense – Altinget — Alt om politikk: altinget.no). Dette medlem viser til at Wold har argumentert for at man ved uke 14 i de fleste tilfeller vil ha svar på om fosteret er friskt eller ikke, og at man da også kan avvikle abortnemndene.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti vil påpeke at diskriminering basert på fosterets egenskaper fortsatt vil tillates før utgangen av uke 18 med forslaget til ny lov om abort, og viser til proposisjonen s. 9, der det står:

«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.»

Dette medlem mener denne presiseringen viser at slik diskriminerende praksis finner sted. Dette medlem er bekymret for den videre utviklingen på dette feltet, og eventuelle utglidninger i lovtolkningen over tid.

Dette medlem mener intensjonen i lovforslaget om å endre kriteriene for abort på bakgrunn av fosterets egenskaper (jf. forslag til ny abortlov § 3 c og d) kan tolkes som et skritt i riktig retning. Dette medlem vil samtidig påpeke at forslaget innebærer en svekkelse av fosterets vern også etter utgangen av uke 18, ved at bestemmelsen i § 2 femte og sjette ledd i dagens abortlov foreslås fjernet. Her sies det at kravene for å få innvilget abort skal økes gradvis i takt med svangerskapets lengde. Når disse bestemmelsene faller bort, skjer det samme med den gradvise opptrappingen av vernet mellom uke 18 og 22. Dette medlem vil påpeke at dette innebærer at fosteret ikke vil få et styrket vern utover i svangerskapet, til tross for at fosterets levedyktighet og utvikling øker. Dette medlem mener at det er behov for en grundigere diskusjon om hvordan lovgivningen kan utformes på en måte som unngår slike diskriminerende praksiser, både før og etter uke 18.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, komiteens medlem fra Høyre, Tone Wilhelmsen Trøen, og Pasientfokus vil understreke at lovene Stortinget vedtar, må legge til rette for en utvikling som fremmer inkludering, mangfold og likeverd. Disse medlemmer viser til dissensen fra medlemmene Magelssen og Kvittum Tangen i NOU 2023: 29, s. 274:

«Utviklingen innen bioteknologi og medisin utfordrer oss til en særlig gjennomtenkning av begrunnelsen for vern om menneskers liv og integritet, og ikke

minst hvordan vi ser på sykdom, annerledeshet og det uperfekte som vi alle på ulike måter bærer med oss. I dette er det derfor en tydelig fellesskapsdimensjon. Mennesker med nedsatt funksjonsevne har til alle tider vært særlig sårbare og har også blitt utsatt for systematiske overgrep.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener endringene i fosterdiagnostikk som ble vedtatt som følge av endringer i bioteknologiloven mv. i 2020 (jf. Innst. 296 L (2019–2020)), gir et større behov for informasjon og støtte til gravide, og viser til disse medlemmers merknader i behandlingen av Dokument 8:167 S (2023–2024) (jf. Innst. 48 S (2024–2025)). Videre vil disse medlemmer påpeke at morgendagens fosterdiagnostikk vil ha større presisjon og følgelig finne flere tilstander på fosterstadiet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, komiteens medlem fra Høyre, Tone Wilhelmsen Trøen, og Pasientfokus mener det er viktig at lovverket verner om gravide som kan oppleve press til å avslutte svangerskapet – enten det gjelder kvinner med funksjonsnedsettelser, de som får påvist avvik hos fosteret, eller de som møter press fra nærstående.

Disse medlemmer er bekymret for at utvidelsen av grensen for selvbestemt abort kan føre til at kvinner som allerede føler et press for å ta abort, nå vil stå i dette presset lenger. Videre er disse medlemmer bekymret for at den foreslåtte utvidelsen kan gjøre at flere kvinner velger å ta abort senere i svangerskapet enn i dag. Disse medlemmer ønsker et samfunn der alle barn, uavhengig av egenskaper, ønskes velkommen og blir gitt muligheter til et godt liv. Disse medlemmer mener det er grunnleggende at samfunnet har gode støtteordninger, tilrettelegging og oppfølging for de som venter barn med utfordringer.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener det er nødvendig å se forslaget om utvidelse av abortloven og den pågående evalueringen av bioteknologiloven i sammenheng. En utvidelse av abortgrensen vil, etter disse medlemmers oppfatning, få konsekvenser for flere deler av bioteknologiloven, og disse medlemmer anser det som avgjørende at regjeringen fremmer et helhetlig lovforslag som vurderer og eventuelt justerer § 4-5 i bioteknologiloven, som i dag fungerer som en sperre mot abort basert på fosterets kjønn. I sine høringsvar til NOU 2023: 29 har Akershus universitetssykehus HF og Helsedirektoratet påpekt risikoen for at dagens lovgivning ikke lenger vil hindre at abort velges på grunnlag av fosterets kjønn, dersom abortgrensen utvides, og disse medlemmer anser det som viktig at disse bekymringene tas på alvor.

Disse medlemmer deler bekymringen fra det medisinske miljøet, som omhandler risikoen for selektiv abort på bakgrunn av kjønn, og viser til FNs kvinnekomité, i NOU 2023: 29, s. 64.

«Kvinnekomiteen har i flere saker anbefalt landene å iverksette tiltak for å hindre aborter basert på fosterets kjønn (Women, 2006). FNs barnekomité har også flere ganger kritisert statene for å åpne for selektive aborter knyttet til kjønn (Child, 2013).»

På bakgrunn av anbefalingene fra FNs kvinnekomité er disse medlemmer bekymret over at departementet ikke foreslår endringer i bioteknologiloven som kan verne mot denne praksisen, ved en slik foreslått utvidelse. FNs komiteer har påpekt at selektiv abort på bakgrunn av kjønn kan føre til alvorlige etiske og sosiale konsekvenser.

Disse medlemmer mener det nå er nødvendig at endringer i abortlovgivningen følges opp med en gjennomgang av de etiske og medisinske konsekvensene for bioteknologiloven. Disse medlemmer mener videre at det er viktig med et tydelig skille mellom fosterdiagnostikk og svangerskapsomsorg. Svangerskapsomsorgen skal etter disse medlemmers mening handle om trygghet og støtte for den gravide og for barnets beste. Bioteknologilovens regulering av fosterdiagnostikk må ikke forveksles med svangerskapsomsorg.

Disse medlemmer viser til at innføringen av tidlig ultralyd og NIPT, ifølge FHI, har ført til at det ikke siden 1999 har vært registrert høyere senaborttall, hvor 3 av 4 svangerskap med Downs syndrom i Norge ender i svangerskapsavbrudd. Disse medlemmer er bekymret for at utvidelser av abortloven kombinert med innføring av mer fostertesting kan få ytterligere konsekvenser for mangfoldet i samfunnet, og mener derfor vi aktivt må verne om det. Disse medlemmer viser videre til at foreldre som venter barn med Downs syndrom, opplever at informasjonen de får fra leger og helsepersonell, kun fokuserer på utfordringene ved en slik kromosomvariasjon. Mange forteller at de føler at de må forsvare valget sitt om å beholde barnet, noe som skaper usikkerhet og belastning. Disse medlemmer viser til sine merknader i behandlingen av Dokument 8:167 S (2023–2024) (jf. Innst. 48 S (2024–2025)), og til medlemmene Magelssen og Kvittum Tangen i Abortutvalget, i NOU 2023: 29 på s. 274:

«Kombinasjonen av stadig mer potent teknologi som gir informasjon om fosterets egenskaper, og utvidet grense for selvbestemt abort, kan tenkes å åpne for sorteringspraksiser som går under samfunnets radar.»

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med et forslag til en ny lovgivning som bedre ivaretar fosterets menneskeverd, er bedre tilpasset den teknologiske utviklingen innen medisinsk diagnostikk, og balanserer hensynet til fosterets verdi og rett til liv med kvinnens trygghet og helse på en etisk forsvarlig måte.»

Komiteens medlem fra Pasientfokus mener at dagens grense for selvbestemt abort ved utgangen av 12. svangerskapsuke bør videreføres.

Dette medlem viser til at grensen for selvbestemmelse ved utgangen av 12. svangerskapsuke kan være en støtte for personer som opplever et press om å ta abort. Utvidet rett til abort kan føre til at kvinner som opplever press om å ta abort (enten fra barnefar eller andre), vil måtte leve med dette presset i en enda lengre periode av svangerskapet, jf. proposisjonens punkt 7.5. Det vil være svært belastende for kvinnen og vil gjøre at allerede vanskelige svangerskap blir enda mer belastende for kvinnen.

Dette medlem viser videre til at for kvinner som er usikre på om de skal ta abort, vil en utvidet rett til abort kunne føre til at denne limbolignende situasjonen forlenges. For mange vil det være en stor psykisk belastning å gå i en slik alvorlig uavklart situasjon så lenge.

Dette medlem viser videre til at utvidet rett til abort vil kunne være belastende for helsepersonell som skal bistå under senaborter og opplever at en utvidet grense kan utfordre plikten helsepersonell har til å gi nødvendig helsehjelp til et levende foster. Ifølge en undersøkelse blant Jordmorforbundet NSF's medlemmer fra 2018 svarte 26 pst. at de ville reservere seg dersom grensen for selvbestemt abort blir endret til utgangen av 18. svangerskapsuke, og 48 pst. ville ønske å reservere seg dersom grensen blir endret til utgangen av 22. svangerskapsuke (jf. proposisjonen s. 67).

Dette medlem mener det også er en god begrunnelse for å opprettholde dagens grense for selvbestemmelse at dette kan bidra til å beskytte mot mindre aksept for det uperfekte og det som er annerledes, jf. mindretallet i Abortutvalget. Loven former holdninger i befolkningen, og Stortinget bidrar slik til å styre utviklingen i synet på hvor inkluderende og mangfoldig samfunnet vårt skal være.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, og komiteens medlemmer fra Høyre, Sandra Brufnot og Erlend Svardal Bøe, vil påpeke at undersøkelsen Pasientfokus refererer til, har blitt kritisert. Kritikken har gått ut på at undersøkelsen inkluderer jordmødre uavhengig av om de selv bistår ved senaborter, og at undersøkelsen har forholdsvis lav svarprosent. Undersøkelsen er også gjennomført før

utredningen fra Abortutvalget ble lagt frem. Flertallet viser til at Den norske jordmorforening på sin side ønsker en utvidelse av dagens grense for selvbestemt abort til utgangen av uke 18, og at det naturlig nok er delte meninger rundt grensen for selvbestemmelse blant jordmødre, som blant befolkningen for øvrig. Flertallet viser også til at en utvidelse vil være i tråd med dagens praksis, og at det ikke er grunn til å tro at det vil bli flere sene aborter.

3.3 Vilkår for innvilgelse av abort etter utgangen av 18. svangerskapsuke

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, og komiteens medlemmer fra Høyre, Sandra Bruflot og Erlend Svardal Bøe, og fra Senterpartiet, Siv Mossleth, viser til svarene fra statsråd Vestre, datert 30. oktober 2024.

Flertallet merker seg at bestemmelsen som i den gjeldende loven om svangerskapsavbrudd er regulert i § 2 tredje ledd bokstav c, ofte omtalt som § 2c, er splittet opp i to bestemmelser i forslaget til ny abortlov, henholdsvis i forslag til ny § 3 andre ledd bokstav c og bokstav d.

Flertallet viser til gjeldende bestemmelse i dagens lov om svangerskapsavbrudd § 2 tredje ledd bokstav c:

«Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan svangerskapsavbrudd skje når (...) c. det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet;»

Flertallet viser til at dagens lovregler setter opp vilkår om at risiko må innebære «stor fare for», videre settes det opp vilkår om «alvorlig sykdom» og til slutt settes det opp et vilkår om årsaken til alvorlig sykdom. Abortutvalget (NOU 2023: 29) viser til at rettspraksis forstår «stor fare for» som at risikoen for sykdom er større enn forventet i den øvrige befolkningen. I St. meld. 16 (1995–96) s. 25 omtales det at begrepet alvorlig sykdom har en nedre grense der det fødte individet ville få betydelige vansker med å klare seg på egen hånd. I samme stortingsmelding ble listen med årsaker til alvorlig sykdom (arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger) vurdert til å ikke ha rettslig betydning.

Flertallet er enig med regjeringen om at det må skilles mellom situasjoner der det er sannsynlig at fosteret har en «alvorlig tilstand», og andre tilfeller der medisinske forhold ved fosteret kan begrunne en abort.

Flertallet støtter regjeringen i at en «alvorlig tilstand» hos fosteret skal gi en direkte rett til abort, jf. lovforslaget § 3 andre ledd bokstav c. Som alvorlige tilstander regnes sykdom eller funksjonsnedsettelse som med stor sannsynlighet vil medføre vesentlig smerte, smerte-

fulle behandlinger og/eller inngrep, gjentatte sykehusinnleggelse, stor avhengighet og/eller kort forventet levetid. Slike tilstander kan medføre store påkjenninger for barnet, den gravide og foreldrene i form av psykiske påkjenninger, omsorgsoppgaver langt ut over det normale og praktiske utfordringer.

Flertallet viser til lovforslaget om ny bestemmelse i § 3 andre ledd bokstav d:

«Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kreves tillatelse fra en abortnemnd for å utføre en abort som avbryter hele svangerskapet. Abortnemnda skal gi tillatelse dersom: (...)

d. 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.»

Flertallet viser til at denne bestemmelsen setter opp tre selvstendige vilkår for innvilgelse av abort, samt at en kombinasjon av de tre vilkårene vil være grunnlag for en innvilgelse av abort. Flertallet viser til skillet mellom alvorlige tilstander (ny § 3 andre ledd bokstav c) og andre medisinske forhold ved fosteret (ny § 3 andre ledd bokstav d første vilkår). Flertallet mener at andre medisinske forhold som ikke har samme alvorlighet som tilstander som inngår i bokstav c, i seg selv ikke vil være tilstrekkelig til å begrunne en abort. Flertallet vil understreke at for en rekke medisinske tilstander vil det være helt åpenbart at vilkåret i bokstav d er oppfylt, og da vil det ikke være nødvendig med en videre vurdering. Slik flertallet ser det, vil selve fremsettelsen av et krav om abort begrunnet i medisinske forhold ved fosteret være tilstrekkelig dokumentasjon til at nemnden skal legge «betydelig vekt på den gravides oppfatning av situasjonen», jf. forslag til ny § 3 tredje ledd.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, og komiteens medlemmer fra Høyre, Sandra Bruflot og Erlend Svardal Bøe, og fra Senterpartiet, Siv Mossleth, vil understreke at vurderingen av om det skal gis rett til abort på grunnlag av medisinske forhold, skal hvile på en objektiv vurdering som abortnemnda må ha kompetanse for å gjøre. Nemnda skal da vurdere konsekvensene av de medisinske forholdene ut fra effekten på svangerskapet, fødselen, barnets oppvekst eller omsorgen for barnet. Ved vurderingen av om medisinske forhold ved fosteret vil gjøre fremtidig omsorg for barnet særlig krevende, må det for en del forhold ved fosteret dessuten 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 helsetjenesten i en ikke ubetydelig periode. Det vil også gjelde tilstander som normalt vil kreve særlig tilrettelagte tiltak under oppveksten. Et an-

net grunnlag kan være tilstander med svært forsinket eller ingen selvstendigjøring. Både fysiske og intellektuelle avvik kan gi grunnlag for abort.

Dette flertallet vil understreke at forslaget til nye vilkår for abort på grunnlag av alvorlige tilstander eller andre medisinske forhold ved fosteret i lovforslaget § 3 andre ledd bokstav c og d ikke skal medføre en innstramning i forhold til dagens praksis for innvilgelse av abort på grunnlag av gjeldende lov om svangerskapsavbrudd § 2 andre ledd bokstav c.

Dette flertallet vil videre understreke at ved de øvrige vilkårene i ny § 3 andre ledd bokstav d (forhold ved den gravide, den gravides livssituasjon, eller en kombinasjon av medisinske forhold ved fosteret, forhold ved den gravide og den gravides livssituasjon) skal abortnemndene legge betydelig vekt på den gravides oppfatning av sin situasjon, jf. forslag til ny § 3 tredje ledd. Dette flertallet mener at den gravides rett til å gi sin vurdering og den betydelige vektleggingen av vurderingen må organiseres slik at det ikke innebærer et press på den gravide om å utlevere mer om seg selv og egen livssituasjon enn det som kreves for å belyse saken tilstrekkelig.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt mener forslaget til ny § 3 c og d ikke kan innebære en innskjerping i forhold til gjeldende § 2 c. Disse medlemmer viser videre til at det i proposisjonen på s. 47 står at:

«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.»

Disse medlemmer mener det er viktig at kvinner som møter i abortnemndene, ikke skal måtte framstille seg som mindre ressurssterke eller redusere sin egen evne til å være en god omsorgsperson, og at møtene ikke skal oppleves enda mer nedverdiggende og ydmykende enn de allerede er i dag. Dette forsterker abortnemndenes inngripen i kvinners verdighet, deres evne til å ta de beste avgjørelsene for seg selv og foster, og deres menneskerettigheter som retten til privatliv.

Disse medlemmer viser til svarbrevet fra statsråden til komiteen, datert 30. oktober 2024, der statsråden svarer at:

«... loven bør utformes på en måte som ivaretar statens målsetning om, og plikt til å arbeide for, et inkluderende og mangfoldig samfunn, og hindre stereotypiske og fordomsfulle holdninger til utsatte grupper.»

Disse medlemmer tar avstand fra denne tolkningen av formålet med abortloven, og mener verken at kvinners kropp skal stå til disposisjon for statens inter-

esser eller at kvinner, og deres eventuelle avgjørelse om abort, har noe som helst ansvar for hvilke stereotypiske eller fordomsfulle holdninger som eksisterer overfor utsatte grupper.

Disse medlemmer påpeker at kvinner som gjennomgår senabort, er i en svært sårbar situasjon, og for mange oppleves dette som en livskrise. Det er for disse medlemmer viktig å understreke at abort for mange er løsningen på det som er en uønsket eller umulig graviditet.

Disse medlemmer viser til at det i høringen kom bekymringer om at endringene i kriteriene for innvilgelse av abort i nemnd vil føre til at færre får innvilget abort, og at det blir lagt et press på den gravide til å utlevere unødvendig mye dokumentasjon, samt å måtte utlevere egne tanker, ønsker og vurderinger. Dette ble blant annet løftet i høringsinnspill til komiteen fra Interesseorganisasjonen for bedre abortomsorg, Sex og Samfunn, Sex og Politikk og Kvinnebevegelsens abortutvalg.

På bakgrunn av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Abortloven § 3 skal lyde:

§ 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 kan føre til urimelig belastning eller risiko for den gravides fysiske eller psykiske helse,
- forhold ved den gravide eller den gravides livssituasjon vil innebære en urimelig belastning for den gravide eller gjøre omsorgen for barnet særlig krevende,
- det er sannsynlig eller stor fare for at fosteret har eller kan få en alvorlig medisinsk tilstand eller sykdom, eller at barnet kan utvikle alvorlig sykdom, eller
- graviditeten er et resultat av at den gravide har vært utsatt for voldtekt, incest eller andre seksuallovbrudd.

Ved vurderingen av begjæring om avbrudd begrunnet i forhold som nevnt i andre ledd skal det tas hensyn til den gravides samlede situasjon. Nemnda skal i sin vurdering legge betydelig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan abort bare utføres dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet eller kort tid etter fødselen, eller dersom graviditeten er et resultat av at den gravide har vært utsatt for voldtekt, incest eller andre seksuallovbrudd, jf. andre ledd bokstav d.

Kvinner som har blitt eller forblitt gravide under tvang, kan gis tillatelse til svangerskapsavbrudd på særskilt grunnlag med henvisning til forbudet mot tortur, også etter utgangen av 22. svangerskapsuke.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland, og Pasientfokus støtter forslaget om at medisinske tilstander hos fosteret ikke skal gi en direkte adgang til å innvilge abort, men betydningen tilstanden har for svangerskapet, fødselen, barnets oppvekst og omsorg for barnet. Disse medlemmer viser til at dette gjøres av hensyn til forbudet mot diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, og Rødt, Sandra Bruflot og Erlend Svardal Bøe fra Høyre, samt Siv Mossleth fra Senterpartiet sin tolkning av endringene i § 3 c og d over, og er bekymret for at dette i realiteten ikke vil medføre en endring som sikrer et sterkere vern av retten til liv for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette komitéflertallets vektlegging av behovet for «særlige tiltak i oppveksten» eller «tilstander som krever hyppig oppfølging i helsetjenesten i en ikke ubetydelig periode», vil kunne føre til diskriminering av retten til liv for personer med nedsatt funksjonsevne. Dette medlem viser til at statsråden i sitt svarbrev av 30. oktober 2024 sier at:

«Andre 'medisinske forhold' ved fosteret skal ikke i seg selv gi en rett til abort. Her er regjeringen enig med Abortutvalget som har lagt vekt på at vilkårene i loven bør utformes på en måte som ivaretar statens målsetting om, og plikt til å arbeide for, et inkluderende og mangfoldig samfunn, og hindre stereotypiske og fordomsfulle holdninger til utsatte grupper. Formuleringen av vilkåret i utkastet til ny abortlov § 3 andre ledd bokstav d er et resultat av dette, og en endring i forhold til formuleringen av vilkåret i dagens abortlov § 2 andre ledd bokstav c. Dette innebærer blant annet at trisomi 21 hos et foster ikke lengre skal føre til automatisk innvilgelse av abort.»

Dette medlem viser til at komitéflertallets presisering rundt særlige tiltak i oppveksten og oppfølging i helsetjenesten vil gjelde for mange mennesker med trisomi 21, og at komitéflertallets presisering dermed kan tolkes på en annen måte enn statsrådets. Dette medlem er bekymret for at uenigheten mellom flertallsmerknadene og det som står i proposisjonen, vil føre til at rettsvernet svekkes ytterligere, og at det potensielt blir økt diskriminering av personer med nedsatt funksjonsevne.

Komiteens medlem fra Pasientfokus er enig i regjeringens forslag til ny § 3 andre ledd bokstav d, der adgangen til abort ikke knyttes direkte til forhold

ved fosteret. Det er viktig at den automatiske innvilgelsen av abort ved visse tilstander, herunder trisomi 21, oppheves. Mange lever gode liv både med og uten Downs syndrom eller andre tilstander, og dette bør ikke være et selvstendig grunnlag for innvilgelse av abort. Både mennesker som er født med ekstra omsorgsbehov, og mennesker som i utgangspunktet er født uten, kan i løpet av livet komme i situasjoner der omsorgsbehovet er stort. Dette medlem er opptatt av at staten må legge til rette med støtteordninger for familier med barn som har store omsorgsbehov.

3.4 Abortnemnder

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, og Rødt, komiteens medlemmer fra Høyre, Sandra Bruflot og Erlend Svardal Bøe, og fra Senterpartiet, Siv Mossleth, viser til at det i NOU 2023: 29 Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester ble utført en samfunnsvitenskapelig studie om kvinners erfaringer med abortnemnder (Kvinnens erfaringer med abortnemnder, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, 2023). Studien undersøker hvordan kvinner som søkte abort i andre trimester, opplevde å møte i nemnd, og kvinnenes erfaringer knyttet til at nemndene skulle fatte beslutning om deres liv samtidig som de skulle ivareta kvinnenes rett til informasjon og veiledning. Flertallet viser til konklusjonen i forskningsrapporten s. 36:

«Abortnemndsystemet preges av en maktskjevhet mellom kvinnene og nemndsmedlemmene som endelige beslutningstakere. Skjevheten legger begrensinger på rommet for tvil og muligheten for en god og opplysende dialog. Kvinner som står overfor en mulig andretrimesterabort har ofte et stort behov for informasjon og støtte i en vanskelig avgjørelse. Noen opplever å få dette i møtet med nemnden, mens andre ikke. Dagens nemndsystem favoriserer ressurssterke kvinner og kan bidra til å ytterligere marginalisere allerede sårbare kvinner. For kvinner som søker å avslutte et ønsket svangerskap virker abortnemndsystemet fremmedgjørende og lite forståelsesfullt.»

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, og komiteens medlemmer fra Høyre, Sandra Bruflot og Erlend Svardal Bøe, og fra Senterpartiet, Siv Mossleth, viser til at dagens ordning med nemnd ikke virker etter hensikten. Selv om nemnda kan virke støttende for noen kvinner, viser forskningsrapporten fra UiB i forbindelse med Abortutvalgets arbeid at mange kvinner finner det belastende å møte i nemnd, og at det ikke er naturlig å stille spørsmål eller vise noe som kan fremstå som tvil, i frykt for at dette gjør at man ikke får innvilget svangerskapsavbrudd.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, og komiteens medlemmer fra Høyre, Sandra Bruflot og Erlend Svardal Bøe, og fra Senterpartiet, Siv Mossleth, erkjenner likevel at så lenge beslutningen skal ligge et annet sted enn hos kvinnen etter utgangen av uke 18, må det fremdeles være en nemndbehandling etter dette.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Sosialistisk Venstreparti mener at veiledning og støtte skal tilbys et annet sted enn i nemnd, og vil understreke viktigheten av at kvinner som trenger det, får et godt og tilgjengelig tilbud uavhengig av hvor i landet man oppholder seg.

Komiteens medlem fra Høyre, Tone Wilhelmsen Trøen, og fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland, og Pasientfokus viser til Helse- og omsorgsdepartementets vurdering vedrørende ny § 10 i proposisjonen på s. 90–91. På bakgrunn av forslaget om å utvide grensen for selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke foreslår regjeringen å redusere antall nemnder. Disse medlemmer mener at det ved en grense for selvbestemmelse ved utgangen av 12. svangerskapsuke vil bli langt flere saker som skal behandles av en abortnemnd enn ved en grense ved utgangen av 18. uke, noe som innebærer et behov for flere abortnemnder.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for et tilstrekkelig antall nemnder for å kunne ivareta abortlovens formål, jf. § 1, og abortlovens grense for selvbestemmelse, jf. § 3 første ledd og § 4 første ledd, i forslaget til ny abortlov.»

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt mener at abortnemndene bør avskaffes. Disse medlemmer mener at det kun er kvinnen selv som får avgjøre om en abort skal gjennomføres. Nemnder flytter makt fra kvinnen selv og over til et statlig nedsatt organ, som dermed får autoritet til å sortere kvinners verdige og uverdige begrunnelser. Disse holdningene hører fortiden til, og nemndene hører til en tid der kvinner ikke ble vurdert som myndige nok til å bestemme over egen kropp og eget liv.

Disse medlemmer viser til at de fleste nemndsbejæringer om abort innvilges i primærnemnd. I 2022 ble 99,3 pst. (586) av alle nemndsbehandlede svangerskapsavbrudd innvilget i primærnemnd, slik det kommer fram i Abortutvalgets NOU 2023: 29 – Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester s. 70. Kunnskapsgrunnlaget understreker at abortnemnder ofte er enige i kvinnens avgjørelse, og at spørsmålet derfor handler først og fremst om hvem som skal ha siste ord.

Disse medlemmer viser til Verdens helseorganisasjons (WHO) sine nye retningslinjer for helsehjelp for kvinner som tar abort, der de slår fast at alle restriksjoner på kvinners rett til abort må fjernes. I retningslinjene fraråder WHO at nemnder eller andre institusjoner skal ha myndighet til å avgjøre om en kvinne får tilgang på trygg abort eller ikke, og at det bør være opp til kvinnen selv å ta avgjørelsen om å avbryte et svangerskap. Disse medlemmer mener at abortnemndene bidrar til umyndiggjøring av den gravide kvinnen og representerer en form for mistenkeliggjøring og mistillit overfor kvinners evne til å ta riktige valg for selv. Disse medlemmer viser til NOU 2023: 29, hvor det understrekes at:

«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). Ikke bare møtet i nemnda, men hele situasjonen ble opplevd som problematisk av mange kvinner. Abortnemndene skal beslutte i et spørsmål som er svært personlig. Kvinnene opplevde det som krenkende å bli umyndiggjort. Opplevelsen var uavhengig av hvordan hun ble tatt imot og behandlet i selve nemndsmøtet. Under møtet var kvinnene bevisst at nemndas funksjon og myndighet er å innvilge eller avslå abort. Nemndssystemet åpner i liten grad for eventuell ambivalens hos kvinnen (Solli, 2021).»

Disse medlemmer mener den gravide kvinnen kjenner sin egen situasjon best og er i best stand til å vurdere om svangerskapet bør avsluttes eller ikke. Disse medlemmer viser videre til en viktig poengtering fra Kvinnebevegelsens abortutvalg i «En abortpolitikk for fremtiden» s. 19:

«Istedenfor å se på abort som et onde på samfunnsnivå, mener vi at forsvarlig og omsorgsfull abortomsorg er løsningen på problemet med uønsket graviditet. Det er ikke abort som er problemet; abort er derimot løsningen på det problemet en uønsket graviditet kan oppleves som.»

På bakgrunn av dette mener disse medlemmer at det heller ikke er behov for å beholde abortnemndene etter utgangen av 18. svangerskapsuke, men at det er kvinnen selv som i full frihet og under eget ansvar skal få avgjøre om en abort skal gjennomføres.

På bakgrunn av dette fremmer komiteens medlem fra Rødt forslag om å fjerne nemndene. Videre i innstillingen tar dette medlem utgangspunkt i regjeringens lovforslag, inkludert vilkår for å innvilge abort.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Abortloven § 3 skal lyde:

§ 3 *Retten til abort der hele svangerskapet avbrytes*

Gravide har rett til å få utført selvbestemt abort.

Abortloven § 4 skal lyde:

§ 4 *Retten til fosterantallsreduksjon*

Gravide har rett til å få utført selvbestemt abort der antallet fostre reduseres (fosterantallsreduksjon).

I forslaget til ny abortlov utgår §§ 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25 og 26. I kapittel 2 blir § 6 til § 5. Kapittel 6 blir til kapittel 4, som får kapitteloverskriften 'Helsetjenestens plikter'. §§ 22, 23 og 24 blir til §§ 10, 11 og 12 i kapittel 4. Kapittel 7 blir til kapittel 5, som får kapitteloverskriften 'Andre bestemmelser'. § 27 blir til § 13 i kapittel 5. Kapittel 8 blir til kapittel 6 og får kapitteloverskriften 'Ikrafttredelse mv.'. § 28 blir til § 14 i kapittel 6.

Henvisningen til '§ 6 første ledd', '§ 6 andre ledd' og '§ 6 tredje ledd' i forslaget § 23 første ledd bokstav a, b, og c., endres til '§ 5 første ledd', '§ 5 andre ledd' og '§ 5 tredje ledd' i § 10.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland, viser til Abortutvalgets gjennomgang, der noen gravide gir uttrykk for at nemndsbehandlingen var verdifull for dem fordi det ga en anledning til å dele ansvaret for en vanskelig og belastende beslutning. Dette medlem mener at veiledning i helsetjenesten skal være nøytral og bygge opp under individets mulighet til å selv treffe sitt valg, basert på egne verdier. Dette medlem mener det er derfor viktig at ingen gravide opplever at de blir stående alene med svært krevende valg.

Komiteens medlem fra Pasientfokus viser til at kvinners erfaring med abortnemnder varierer veldig. Som Abortutvalget peker på, viser forskningen stor variasjon i hvordan kvinner har opplevd nemndsbehandlingen. Mange har opplevd møtene med nemndene som en vond kamp, mens andre har opplevd støtte fra nemndene. For mange skaper abortnemndene negative assosiasjoner. Det er derfor bra at dagens nemnder legges ned. Dette medlem vil understreke at de nye nemndene må være støttende og vise kvinnen respekt, gi informasjon og kunnskap og representere en trygghet for kvinner i en veldig sårbar situasjon.

3.4.1 SAMMENSETNING AV ABORTNEMNDER

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet og Pasientfokus, mener det er viktig at dagens abortnemnder blir reformert. Flertallet viser til forslag om å opprette nye nemnder som skal ledes av en lege, der flertallet skal være kvinner og ansvaret for informasjon og veiledning tas ut. Flertallet mener det er svært viktig at disse nemndene kan jobbe raskt. Flertallet mener at forslaget om å opprette nye nemnder imøtegår viktige innvendinger mot dagens abortnemnder, og at møter med de nye abortnemndene skal oppleves mindre belastende enn hva gravide har opplevd i møte med dagens nemnder.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til forslaget om ny § 16 om møteprotokoll for abortnemndene. Møteprotokollen skal inneholde hvordan de ulike medlemmene i nemnden har stemt. Disse medlemmer ber regjeringen vurdere hvordan abortregisteret kan gis myndighet til å samle inn informasjon som knytter sammen profesjon og stemmeavgivning. På den måten ønsker disse medlemmer å utvikle kunnskap om rollene som de ulike profesjonene spiller i nemndenes avgjørelser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til statsrådets svarbrev datert 30. oktober 2024 og støtter statsrådets vurderinger om sammensetning av nemndene.

Disse medlemmer viser til Abortutvalgets utredning (NOU 2023: 29) punkt 11.4.2. Om nemndenes praksis i saker om abort på grunnlag av medisinske tilstander hos fosteret, skriver utvalget på s. 114:

«Intervjuene med nemndene avdekker både varierende praksis og varierende oppfatning av hva som skal til for å innvilge saker med medisinske tilstander hos fosteret.»

Disse medlemmer mener at det er behov for juridisk kompetanse i nemndene. Jurister kan bidra til å sikre at saksbehandlingsregler følges, og at kvaliteten på saksbehandlingen blir bedre. Det vil blant annet kunne bidra til å sikre at sakene er tilstrekkelig opplyst, og at like saker behandles likt. Jurister vil bidra til å sikre at den gravides rettigheter oppfylles, og at nemndenes avgjørelser er innenfor lovens rammer.

Disse medlemmer vil særlig understreke at juristens rolle er viktig for å sikre at «abortnemnda skal legge betydelig vekt på den gravides oppfatning av situasjonen», i tråd med forslag til § 3 tredje ledd.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt mener at abortnemnder re-

presenterer store og alvorlige begrensninger i kvinners menneskerettigheter. Dette skjer ved at nemndene setter kvinner under vergemål, uten den rettssikkerheten som andre under vergemål har. Kvinner som i alle andre forhold i livet regnes som ansvarlige og myndige, fratras myndigheten i møtet med en abortnemnd.

Disse medlemmer viser til at CEDAW-komiteen (Committee on the Elimination of Discrimination against Women) i 2023 ga Norge følgende anbefaling (s. 14):

«Ensure that the abortion law respects the autonomy of women and consider the possibility of removing the involvement of an abortion board.»

Disse medlemmer mener nemnder bør avskaffes. Om de allikevel skal eksistere, er disse medlemmer svært kritiske til at nemndene skal utvides med ett medlem, og at dette medlemmet skal være en jurist. I begrunnelsen for å opprettholde nemndene argumenterer staten med et ønske om å sikre respekten for fosterets rettsvern. Disse medlemmer minner om at kvinnens rettsvern ikke står i motsetning til vernet av fosteret hun har i magen, tvert imot.

Disse medlemmer viser samtidig til at jurister ikke har medisinsk faglig kompetanse til å vurdere viktigheten av rask behandlingstid. All den tid det finnes abortnemnder, mener disse medlemmer at de skal bestå av medisinsk personell og ikke jurister. På grunnlag av dette mener disse medlemmer at jurister ikke skal ha en plass i nemndene.

Disse medlemmer mener helsepersonell som er fritatt fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd etter § 24, ikke kan sitte i abortnemndene.

På bakgrunn av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«I abortloven § 11 skal andre ledd lyde:

Abortnemndene skal bestå av en lege som er nemndas leder, og en person med helse- eller sosialfaglig kompetanse. Legen skal ha relevant spesialistutdanning. I saker om fosterantallsreduksjon skal legen ha kompetanse innen fostermedisin. Nemndas medlemmer skal være kvinner.»

3.5 Fosterantallsreduksjon

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, viser til at fosterantallsreduksjoner er sentralisert til Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs hospital i Trondheim, og at det foretas rundt 20 fosterantallsreduksjoner årlig. Fosterantallsreduksjon kan ikke utføres dersom man er gravid med tvillinger som deler morkake (ca. ett av ti tvillingpar). Flertallet anerkjenner at det er forskjell på fosterantallsreduksjon og å avslutte hele

svangerskapet, men viser til at ingen får utført fosterantallsreduksjon i dag uten først å ha hatt ultralydundersøkelse og fått informasjon av hvordan inngrepet utføres, samt informasjon om risiko knyttet til inngrepet.

Flertallet vil videre vise til Den norske legeforening sitt høringsinnspill til komiteen, der de skriver:

«Det finnes en viss risiko for spontanabort av gjenværende fostre ved fosterantallsreduksjon, men denne risikoen er ikke så stor at den kan begrunne nemndbehandling. 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. Men kanskje det viktigste: som helsepersonell opererer vi under forsvarlighetskravet, et grunnleggende prinsipp i norsk helserett. Som leger vil vi med andre ord verken ved fosterantallsreduksjon eller andre aktuelle inngrep gjennomføre inngrepet med mindre det er medisinsk forsvarlig.»

Flertallet støtter at fosterantallsreduksjon bør behandles likt som avbrudd av hele svangerskapet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, peker på at fosterantallsreduksjon er blitt aktualisert gjennom nye medisinske behandlingsmetoder. Disse medlemmer viser videre til at man har få tilfeller av fosterantallsreduksjoner i Norge, og de siste årene har det vært rundt 10–20 tilfeller i året.

Disse medlemmer understreker at det i 2023 var 13 fosterantallsreduksjoner, og at samtlige som ønsket dette, fikk innvilget fosterantallsreduksjon i nemnd.

Disse medlemmer viser til at da abortloven ble laget på 1970-tallet, var det ingen som så for seg at fosterantallsreduksjon i det hele tatt skulle bli mulig å gjennomføre, og derfor ble det heller ikke lovregulert på noe vis.

Disse medlemmer understreker at selv om fosterantallsreduksjon ikke avbryter svangerskapet for alle fostrene, er likheten med øvrige aborter så stor at disse medlemmer mener disse inngrepene også bør reguleres i abortloven. Disse medlemmer viser videre til høringsvaret fra Den norske legeforening, som uttaler:

«Legeforeningen ser ingen faglige grunner til at fosterantallsreduksjon skal behandles annerledes enn abort av et foster og støtter forslaget om ikke å lovregulere dette særskilt.»

Disse medlemmer er enige med Legeforeningen og mener fosterantallsreduksjoner skal reguleres som andre aborter, og at den gravide selv skal ha rett til å avgjøre om antallet fostre skal reduseres, frem til utgangen av 18. svangerskapsuke.

Disse medlemmer understreker at det prinsipielt ikke vil være riktig at en kvinne som ønsker fosterantallsreduksjon, kun skal ha abort av alle fostre som alternativ. Disse medlemmer viser videre til at fosterantallsreduksjon selvfølgelig kun skal skje innenfor rammen av det medisinsk forsvarlige.

Komiteens medlemmer fra Høyre ser ingen prinsipiell grunn til at fosterantallsreduksjon skal behandles annerledes enn abort der hele svangerskapet avbrytes. Disse medlemmer vil også vise til at den gravide, innenfor grensen av selvbestemt abort, vil kunne avslutte hele svangerskapet uten å møte i nemnd. Disse medlemmer viser til at det blant Høyres stortingsrepresentanter vil være noen som ønsker en ordning med nemndbehandling av alle fosterantallsreduksjoner. Begrunnelsen for dette er at fosterantallsreduksjon skiller seg fra svangerskapsavbrudd der hele svangerskapet avbrytes, og at det er en risiko for mor og det/de gjenværende fosteret/fostrene.

Komiteens medlem fra Høyre, Tone Wilhelmsen Trøen, viser til forslag om å videreføre grensen for selvbestemt abort til utgangen av tolvte svangerskapsuke. Dette medlem mener at grensen for selvbestemmelse om fosterantallsreduksjon skal gå ved samme tidspunkt.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende lovforslag:

«Abortloven § 4 skal lyde:

§ 4 Rett til fosterantallsreduksjon

Gravide har rett til å få utført selvbestemt abort der antallet fostre reduseres (fosterantallsreduksjon) frem til utgangen av 12. svangerskapsuke.

Etter utgangen av 12. svangerskapsuke kreves tillatelse fra en abortnemnd for å utføre fosterantallsreduksjon. Abortnemnda skal gi tillatelse dersom:

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

Abortnemnda skal legge betydelig vekt på den gravides oppfatning av situasjonen.

Kravene til grunn for innvilgelse av abort skal øke med svangerskapets lengde.

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kan abort ikke innvilges med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan abort bare utføres dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødselen.

Abortloven § 10 skal lyde:

§ 10 Vedtaksmyndighet ved krav om abort

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

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt støtter at regjeringen foreslår å regne fosterantallsreduksjoner som abort i lovens forstand. Disse medlemmer viser til høringssvar til NOU 2023: 29 fra Interessegruppe for kvinner som har gått gjennom senabort og/eller fosterantallsreduksjon v/Signe Veierud Busch som påpeker:

«[Abort]utvalget skriver at lovverket må beskytte det fremtidige barnet. Det er etter vår mening ingen som har større interesse i å beskytte det fremtidige barnet, enn kvinnen selv, som i disse tilfellene tar et aktivt valg om å bære frem et eller flere barn. Det er en logisk brist i utvalgets forslag, når en mener at kvinnen selv kan ta en beslutning om å avslutte hele svangerskapet, men ikke selv kan ta en beslutning om fosterantallsreduksjon, der kvinnen selv ønsker å beholde et eller flere fostre. Det er lite trolig at en nemnd i disse tilfellene vil vektlegge hensynet til det eller de gjenværende fostrene mer enn kvinnen selv.

Det må sikres at kvinnen mottar god og tilpasset informasjon fra kvalifisert helsepersonell om risiko for gjenværende foster og videre svangerskap. Når dette er sikret, må en også i disse tilfellene stole på at kvinner selv kan fatte en informert og veloverveid beslutning.

Ved selvbestemmelse i spørsmål om fosterantallsreduksjon vil en sikre kvinners autonomi og på den måten bidra til likebehandling av alle abortsøkende kvinner. Det er verdt å reflektere over at dersom en beholder dagens lovverk med nemnd for alle fosterantallsreduksjoner, kan en i enkelte tilfeller risikere at kvinnen velger å avslutte hele svangerskapet i frykt for avslag. Denne muligheten fører i alle tilfeller til 100% dødelighet for gjenværende foster.»

Disse medlemmer støtter derfor at regjeringen ser retten til selvbestemt abort og fosterantallsreduksjon i sammenheng og sikrer også disse kvinnene rett til selvbestemmelse.

Disse medlemmer viser videre til høringssvar fra Sentral klagenemnd (SK) for abortsaker til NOU 2023: 29 – Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester, der de påpeker:

«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. Siden dette er et medisinsk inngrep med mulig risiko både for kvinnen og for gjenværende foster, støttes forslaget om undersøkelse og veiledning ved et fostermedisinsk senter før henvisning til nasjonal behandlingstjeneste. 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.»

På bakgrunn av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Abortloven § 4 skal lyde:

§ 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:

- a. svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til en urimelig belastning eller risiko for den gravides fysiske eller psykiske helse,
- b. det er høy risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel dersom svangerskapet videreføres for alle fostre,
- c. forhold ved den gravide eller den gravides livssituasjon vil innebære en urimelig belastning for den gravide eller gjøre omsorgen for barnet særlig krevende, eller
- d. det er sannsynlig eller stor fare for at fosteret har eller kan få en alvorlig medisinsk tilstand eller sykdom, eller at barnet kan utvikle alvorlig sykdom.

Tillatelse skal 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.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland, og Pasientfokus mener at fosterantallsreduksjon skiller seg fra abort ved at fosterantallsreduksjon gjøres med mål om å fortsette et svangerskap og føde ett eller flere barn. Disse medlemmer viser til Abortutvalgets utredning, som sier at tilgjengelig kunnskap viser at inngrepet kan føre til skade på gjenværende foster, og at risiko for skade er økende utover i svangerskapet. Disse medlemmer viser videre til Abortutvalgets tilbakemeldinger fra nemndmedlemmer og kliniske miljøer som sier 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 fosterantallsre-

duksjon. Disse medlemmer viser til NOU 2023: 29, som sier at vurderingen av risiko krever spesialisert kompetanse.

Disse medlemmer viser til Abortutvalgets flertall, som sier at fosterantallsreduksjoner skal besluttes i abortnemnd, i likhet med dagens abortlov. Disse medlemmer viser til at Abortutvalgets flertall på denne måten ønsker å balansere myndiggjøring av den gravide og kvinners rett til autonomi og selvbestemmelse over egen kropp og eget liv med beskyttelse av det fremtidige barnet, hensyn til etiske føringer for helsepersonell om ikke å forvolde skade og plikten til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Disse medlemmer viser til Abortutvalget, som i NOU 2023: 29 sier at faren for skade på gjenværende foster/fremtidig barn reiser andre etiske problemstillinger enn ved ordinær abort. Disse medlemmer viser videre til utvalget, som sier 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, og at slike beslutninger derfor ikke kan likestilles med beslutninger om abort. Disse medlemmer er bekymret for at dersom det blir en rettighet til selvbestemt abort fram til utgangen av uke 18, som foreslått i den nye abortloven, så vil det kunne oppstå tilfeller der den gravide kan kreve fosterantallsreduksjon selv etter at hun er informert om en betydelig medisinsk risiko. Disse medlemmer mener derfor at det ikke er samme rom for selvbestemmelse ved fosterantallsreduksjoner som ved svangerskapsavbrudd, da behandlende lege må gjøre en vurdering av om inngrepet er mulig, og eventuelt på hvilket foster inngrepet skal gjøres. Disse medlemmer mener at rett til selvbestemt fosterantallsreduksjon kan gi kvinnen et feil inntrykk av at inngrepet kan gjennomføres, når dette ikke er medisinsk forsvarlig.

Disse medlemmer støtter ikke forslaget om å sidestille fosterantallsreduksjon med abort, og fremmer følgende forslag:

«Abortloven § 1 første ledd første punktum skal lyde:

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'.

I abortloven skal overskriften til § 3 lyde:
§ 3 Rett til abort.

I abortloven skal overskriften til § 4 lyde:
§ 4 Fosterantallsreduksjon

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

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

I abortloven skal overskrift til kapittel 3 lyde:
Kapittel 3. Krav om abort og søknad om fosterantallsreduksjon

I abortloven skal overskrift til § 7 lyde:
§ 7 Krav om abort og søknad om fosterantallsreduksjon

I abortloven skal § 7 første ledd lyde:
Krav om abort og søknad om fosterantallsreduksjon skal settes frem av den gravide

I abortloven skal overskrift til kapittel 4 lyde:
Kapittel 4. Vedtaksmyndighet i saker om abort og fosterantallsreduksjon

Abortloven § 10 skal lyde:
§ 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.

Abortloven § 13 tredje ledd skal lyde:

Vedtak 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.

Abortloven § 18 første ledd skal lyde:

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

Abortloven § 24 andre ledd skal lyde:

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

Komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, støtter at fosterantallsreduksjon ikke skal behandles annerledes enn abort av et foster, og at også det blir en selvbestemt rettighet frem til utgangen av uke 18, som foreslått i den nye abortloven. Dette medlem viser til høringssvaret fra Den norske legeforening til NOU 2023: 29 Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester:

«Legeforeningen 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.

[...]
Legeforeningen 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.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus er bekymret for at Norge kan bli et av de mest liberale landene når det gjelder regulering av fosterantallsreduksjon. I våre naboland Danmark, Sverige og Finland er fosterantallsreduksjon ikke selvbestemt, og disse medlemmer understreker at en lovendring som gir tidsbegrenset selvbestemmelse for fosterantallsreduksjon i Norge, kan føre til økt etterspørsel fra utlandet. Disse medlemmer viser til at Abortutvalget i NOU 2023: 29 på s. 219 skriver:

«Utvalgets flertall legger til grunn at det er flere andre utfordringer hvis fosterantallsreduksjon skal innføres som en selvbestemt rettighet. Fosterantallsreduk-

sjon skiller seg fra abort ved at svangerskapet fortsetter. Selve inngrepet utgjør en risiko for gjenværende foster. Det er tilfeller der fosterantallsreduksjon ikke er teknisk mulig å gjennomføre uten at begge eller alle fostrene dør.»

Disse medlemmer viser til at et samlet abortutvalg anbefaler at fosterantallsreduksjon skal behandles i nemnd. Disse medlemmer mener det reflekterer en viktig bekymring om de etiske og medisinske utfordringene knyttet til slike beslutninger, og vil påpeke at disse utfordringene ikke forsvinner selv om loven endres.

Disse medlemmer mener i utgangspunktet, med mindre det er medisinsk indikasjon, at fosterantallsreduksjoner ikke bør gjennomføres.

Disse medlemmer er enig med abortutvalget (jf. NOU 2023: 29) i at fosterantallsreduksjon ikke bør defineres som en abort. Fosterantallsreduksjon gjøres ikke med mål om svangerskapsavbrudd, men med mål om å fortsette et svangerskap og føde ett eller flere barn.

Disse medlemmer støtter også Abortutvalgets flertall i at kravet etter gjeldende lov om at fosterantallsreduksjon bare kan gjøres etter tillatelse fra abortnemnd, bør videreføres. Fosterantallsreduksjon kan medføre risiko for skade, både for gjenværende foster/fostre og den gravide selv. Her er det behov for spesialisert medisinsk kunnskap og kompetanse, slik også Abortutvalget understreker.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, viser til Norsk gynekologisk forening sitt hørings svar til Abortutvalget (NOU 2023: 29).

«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.»

Flertallet merker seg at komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus i utgangspunktet mener at fosterantallsreduksjon ikke bør gjennomføres i Norge, med mindre det er medisinsk indikasjon for det. Flertallet viser til at det er vanlig å vurdere fosterantallsreduksjon for å redusere risiko for spontanabort ved graviditeter ved tre eller flere fostre. I dag gjennomføres det mellom 10 og 20 fosterantallsreduksjoner i året i Norge. Det store flertallet av disse er selektive aborter som er begrunnet i den medisinske tilstanden til fosteret som aborteres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, Sosialistisk Venstreparti og Rødt vil også vise til at risikoen for gjenværende foster etter en fosterantallsreduksjon i det vesentlige handler om risiko for en spontanabort. Denne økte risikoen er på linje med den allerede forhøyede risikoen som et tvilling- eller flerlingsvangerskap har, og er på den måten ikke en ytterligere risiko. Morbiditet og mortalitet øker betydelig med antall fostre, og når firlinger eller trillinger reduseres til tvillinger, er total risiko og utfall for både mor og fostre tilnærmet likt som ved et ordinært tvillingsvangerskap (jf. Dahl, S. L., Vaksdal, R. H., Barra, M. et al. (2019): «Abort og fosterreduksjon: En etisk sammenligning. *Etikk I Praksis – Nordic Journal of Applied Ethics*» 13(1), s. 89–111). For mor medfører flerlingsvangerskap blant annet en økt risiko for svangerskapsdiabetes, hypertensjon og preeklampsi. Disse medlemmer vil understreke at det ikke er noe som skulle tilsi at risikoen for skade på mor øker betydelig med å gjennomføre en fosterantallsreduksjon.

Disse medlemmer viser videre til at alle fosterantallsreduksjoner i Norge er sentralisert ved Senter for fostermedisin ved St. Olavs hospital for å kunne bygge kompetanse og erfaring, slik at inngrepene er så trygge som mulig.

3.6 Abort for gravide som mangler samtykkekompetanse

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, mener at bestemmelsene i gjeldende lov om gravide som ikke har samtykkekompetanse, på en rekke områder er problematiske, og at de ikke sikrer funksjonshemmedes rettigheter i tråd med konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter (CRPD). Blant annet begrenser gjeldende lov adgangen til selvbestemmelse ut fra diagnose og ikke ut fra en konkret vurdering av den gravides forståelse og evner. Dagens lov stiller heller ikke gode nok krav til beslutningsstøtte, og den gravides vilje og ønsker er i for liten grad vektlagt når statsforvalter eller verge er involvert i beslutningen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til statsrådets svarbrev datert 30. oktober 2024 og støtter statsrådets vurderinger om abort for gravide som mangler samtykkekompetanse. Disse medlemmer viser til at det følger klart av forslaget til ny lov at det er den gravide selv som skal ta den endelige beslutningen om abort eller ikke, uavhengig av hennes evner eller egenskaper. Denne selvbestemmelseretten gjelder retten til å fullføre svangerskapet like mye som til å avbryte svangerskapet. Disse med-

lemmer vil understreke at funksjonshemmedes rettigheter styrkes i den nye loven ved at de får en ubeskåret rett til å kreve abort på egne vegne, ved at de sikres rett til informasjon og veiledning, ved at vergens bistand skal baseres på den gravides vilje og preferanser, og ved at den gravide kan motsette seg at inngrepet gjennomføres.

Disse medlemmer vil påpeke at forslaget er i samsvar med FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter og følger opp FN-komiteens anbefalinger. FN-komiteen 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 abort skjer i samsvar med fritt og informert samtykke, og at det sørges for effektive mekanismer for beslutningsstøtte. Anbefalingen er referert i lovproposisjonen punkt 14.2.6.

Disse medlemmer vil understreke at den gravide alltid vil kunne kreve abort på egne vegne, jf. lovforslaget § 7. Dette gjelder også om pårørende, vergen eller andre er imot at svangerskapet avsluttes. Forslaget viderefører ikke gjeldende regel om at vergens mening skal tillegges vekt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet og Høyre, viser videre til at det foreslås lovfestet i § 6 og § 9 at den gravide skal få informasjon, veiledning og støtte. Dette står ikke i dagens lov. Informasjonen mv. må tilpasses den enkeltes evne til å forstå informasjonen, slik at den gravide gis mulighet til å vurdere selv om hun ønsker å beholde barnet eller ikke.

Flertallet vil påpeke at vergens rolle er å bistå den gravide. Vergen kan kreve abort dersom den gravide etter å ha fått informasjon, veiledning og støtte ikke er i stand til å ivareta sine interesser. Vergen skal da legge den gravides eget ønske til grunn, ut fra den beste tolkningen av hennes vilje og preferanser. Vergemålet er et frivillig støttetiltak, jf. vergemålsloven § 20. Det betyr at den gravide kan velge å ikke la seg bistå av en verge. Vergen skal «så vidt mulig» høre den gravide og kan ikke kreve abort dersom det etter en samlet vurdering må legges til grunn at dette er i strid med personens ønsker, jf. vergemålsloven § 33.

Flertallet viser til at forslaget til ny lov setter en tydelig skranke mot å tvinge noen til å ta abort. Vergen kan ikke beslutte at svangerskapet skal gjennomføres eller avsluttes. Det vil ikke være adgang til å begrense den gravides rettslige handleevne i abortspørsmålet. Innvilget abort er kun en tillatelse til at abort kan gjennomføres. Det er ikke en beslutning om at abort skal gjennomføres. Den gravide vil uansett ha siste ord i dette spørsmålet. Dersom den gravide ønsker å beholde barnet, kan inngrepet ikke gjennomføres.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet er opptatt av å styrke mindreåriges rett til å bli hørt og retten til selvbestemmelse for personer med funksjonsnedsettelse, noe disse medlemmer mener blir styrket med den nye loven.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til at Abortutvalget ikke foreslår å videreføre dagens lovregel om at verge kan begjære abort utelukkende på diagnosevilkåret «alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemming». Det foreliggende lovforslaget fra regjeringen snevrer dette ytterligere inn, men opprettholder verges tilgang til å begjære abort. Disse medlemmer viser til at departementet i proposisjonen s. 83 understreker at etter deres

«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».

Dette dreier seg altså om en avveining mellom retten til å kunne ta abort og retten til ikke å bli tvunget til å ta abort mot sin vilje. Det er ifølge FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) kvinnens vilje og preferanser som skal legges til grunn, ikke dennes beste interesser (vurdert av en annen).

Disse medlemmer viser til at regjeringens lovforslag (se s. 85 i proposisjonen) gir verge eller fremtidsfullmektig mulighet til å 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».

Disse medlemmer viser til at flere av høringsinstansene, blant annet Likestillings- og diskrimineringsombudet, fortsatt er kritiske til forslaget til ny lov og blant annet i sitt høringsinnspill til komiteen påpeker at de ikke støtter

«at verge fortsatt skal kunne søke om abort på vegne av en person som ikke har beslutningskompetanse. Ombudet mener at det må utredes nærmere om det i det hele tatt er et juridisk handlingsrom til å gjøre inngrep i funksjonshemmede kvinners rettigheter. Å videreføre lovgivning som tillater tvungen abort undergraver kvinners rettigheter og bidrar til fortsatt marginalisering av funksjonshemmede».

Ombudet er også kritisk til at det ikke innføres klageadgang eller andre rettssikkerhetsmekanismer.

Disse medlemmer påpeker at det per i dag ikke er et godt nok utarbeidet lovverk knyttet til beslutningsstøttesystemer. Disse medlemmer er uenige i statsrådets vurdering av at beslutningsstøtte kan gis gjennom vergemål, og mener at innholdet i den norske vergemålsordningen ikke tilsvarer et beslutningsstøttesystem som CRPD krever. Det er gode grunner til å være skeptisk til dagens vergemålsordning, men det er ikke utviklet juridiske alternativer.

På bakgrunn av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om en sentral tjeneste som gir beslutningsstøtte vedrørende abort der det er tvil om kvinnens situasjon og vergens ønske.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, mener at det må sikres at Abortregisteret offentliggjør antall saker som avgjøres etter ny § 9, årlig, som er i tråd med Steriliseringsrådets praksis. Flertallet ber regjeringen sikre seg oversikt over tilfellene der ny § 9 er brukt. Denne informasjonen er nødvendig for å vite om lovverket ivaretar kvinnenes rettssikkerhet i tilstrekkelig grad.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt mener denne informasjonen må ligge til grunn for å forstå hvem som omfattes av bestemmelsen, hva slags informasjon som blir gitt, hvordan kvinnenes samtykke forsøkes innhentet, og hvordan deres rettssikkerhet blir ivaretatt. Disse medlemmer mener at denne informasjonen skal danne grunnlag for en vurdering av om lovverket bør forbedres for å styrke kvinnenes rettssikkerhet.

3.7 Abort i nødssituasjoner

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til at regjeringen foreslår å videreføre adgangen til abort i nødssituasjoner uten hensyn til de øvrige bestemmelsene i abortloven. Dette vil gjelde dersom svangerskapet medfører en «akutt og alvorlig fare» for den gravides liv eller helse.

Disse medlemmer viser til at flere av høringsinstansene har bedt om at denne retten utvides til også å gjelde ved incest, voldtekt og for mindreårige, slik at Norge kan ivareta sine forpliktelser til å ikke påføre kvinner i særlig sårbare situasjoner ytterligere belastninger. Dette er både sjeldne og spesielle situasjoner som i hovedsak gjelder kvinner som befinner seg i vanskelige situasjoner. Disse medlemmer påpeker at for disse kvinnene vil et vedvarende svangerskap og en fødsel innebære at de utsettes for umenneskelig behandling og psykisk smerte i strid med torturkonvensjonen.

Det bør gis adgang til å avslutte et svangerskap som er følge av incest eller voldtekt.

På bakgrunn av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Abortloven § 5 skal lyde:

Dersom svangerskapet fører til akutt og alvorlig fare for den gravides liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i denne loven. Det samme gjelder dersom den gravide har vært utsatt for incest eller voldtekt eller dersom den gravide er mindreårig.»

3.8 Rett til informasjon, veiledning og oppfølging

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, mener det er helt riktig å lovfeste kvinners rett til veiledning og informasjon, slik at kvinner som ønsker det får tilbud om hjelp i valgsituasjonen enten de velger å avslutte eller fullføre svangerskapet. Å innføre en rett til oppfølgingsamtale for kvinner som ber om det, er en viktig del av dette, mener flertallet.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, deler vurderingen om at veiledning bør skje utenfor nemnd, og at nemndenes dobbeltrolle både har vært uheldig og i liten grad har virket etter hensikten. Abortutvalgets undersøkelser av hvordan kvinner opplever å møte i nemnda viser at kvinner kvier seg for å stille spørsmål eller vise tvil, i frykt for hva det vil si for hvorvidt de får medhold i søknaden om svangerskapsavbrudd eller ikke.

Et tredje flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Rødt, og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth og Pasientfokus, mener videre at kvinner som får avslag på abortsøknad i nemnd og dermed må gjennomføre et svangerskap mot sin vilje, må ha rett på oppfølging.

På bakgrunn av dette fremmer dette flertallet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som får avslag på sin abortsøknad i nemnd, får oppfølging.»

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at det blant noen av Høyres stortingsrepresentanter er en bekymring over at den frivillige veiledningen mellom utgangen av uke 12 og utgangen av uke 18 ikke vil være god nok. Blant annet vises det til at til tross for et tverrpolitisk og enstemmig vedtak i Stortinget i 2021 (jf.

Dokument 8: 45 S (2019–2020), Representantforslag om styrkede abortrettigheter, jf. Innst. 374 S (2019–2020)), har ikke oppfølgingen etter spontanabort blitt god nok eller tilgjengelig for kvinner som trenger det. Disse medlemmer understreker at spontanabort og fremprovosert abort ikke kan sidestilles, men mener vedtaket er et eksempel på at til tross for at Stortinget vedtar rettigheter, følges ikke alltid vedtaket opp i praksis. Disse medlemmer viser til at flere stortingsrepresentanter ønsker å bevare intensjonen bak nemndene, nemlig å tilby veiledning og støtte til kvinner som ønsker eller trenger det. Spesielt trekkes det frem en bekymring for kvinner som utsettes for press fra familiemedlemmer eller andre, og at man ved en generell utvidelse av grensen for selvbestemt abort ikke har noen mekanisme for å støtte disse kvinnene i valget deres. Disse medlemmer fremmer derfor på vegne av disse stortingsrepresentantene et forslag om obligatorisk veiledning for kvinner som søker abort mellom utgangen av uke 12 og utgangen av uke 18. Følgende prinsipper bør legges til grunn for en ordning med obligatorisk veiledning: Veiledningen må kunne tilbys nær kvinnen, slik at ikke lang reisevei eller andre barrierer gjør det vanskelig å få hjelp og støtte. Helsepersonell som benytter seg av reservasjonsretten skal ikke kunne bistå i veiledningen. Veiledningen må organiseres på en måte som ikke overbelaster helsetjenesten, og veiledningen må skje et annet sted enn i nemnd. Disse stortingsrepresentantene mener at ved en obligatorisk veiledning bør den gravide kvinnen selv velge om hun vil ha veiledning i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller hos stiftelser som i dag tilbyr veiledning i forbindelse med abort (eksempelvis Amatheia og Sex og samfunn). Etter veiledningstimen må spesialisthelsetjenesten bli informert om at kvinnen har hatt veiledning, og at hun kan få utført abort dersom hun ønsker det. Disse stortingsrepresentantene understreker at kvinnen skal ha siste ord og selv bestemme om hun ønsker svangerskapsavbrudd etter en slik veiledning, og at en slik ordning ikke er en videreføring av dagens nemnder mellom utgangen av uke 12 og uke 18.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre en ordning med obligatorisk veiledning for kvinner som ønsker å avbryte svangerskapet mellom utgangen av uke 12 og utgangen av uke 18.»

«Abortloven § 6 skal lyde:

§ 6 Obligatorisk veiledning og rett til informasjon og oppfølgingssamtaler

Gravide som vurderer abort, har rett til informasjon om relevante offentlige velferdsordninger og tjenestetilbud og om aborten og medisinske virkninger.

Før abort mellom utgangen av 12. svangerskapsuke og utgangen av 18. svangerskapsuke kan gjennomføres, skal den gravide ha fått veiledning i valget mellom å fullføre svangerskapet eller å ta abort. Den gravide kan selv velge om veiledningen skal foregå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten eller hos virksomheter som tilbyr veiledning i forbindelse med abort, og som er godkjente av departementet til dette formålet. Når veiledning er gjennomført, skal den som har gitt veiledning, orientere spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell som benytter seg av reservasjonsretten etter § 24, kan ikke bistå i veiledningen.

Den som har gjennomgått abort, har rett til oppfølgingssamtaler.»

Helse- og omsorgskomiteens medlemmer fra Høyre ønsker ikke en ordning med obligatorisk veiledning, men fremmer dette på vegne av stortingsrepresentanter utenfor komiteen som ønsker en slik ordning. Disse medlemmer ønsker henholdsvis en grense for selvbestemmelse ved utgangen av 12. svangerskapsuke og utgangen av 18. svangerskapsuke, og frivillig veiledning utenfor nemnd for kvinner som selv ønsker dette.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus mener at kvinnen ved alle aborter skal få rett til veiledning og oppfølging fra helsepersonell, ved behov og/eller ønske og uavhengig av bosted. Tjenesten bør ha særlig fokus på kvinner som gjennomgår senabort. Retten til oppfølging skal også gjelde kvinner som opplever spontanabort. Disse medlemmer mener at den gravide i tilfeller der dette er ønskelig, bør ha rett til å ha med sin partner på oppfølging etter gjennomført abort.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Pasientfokus mener at den gravide sin partner også bør ha rett til oppfølging etter gjennomført abort, og viser til Finland, hvor de har lovfestet retten til psykososial støtte til den andre forelderen.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener rådgivningen til og støtten for gravide må styrkes, og viser til Kristelig Folkepartis alternative budsjett for 2024 og 2025, der Kristelig Folkeparti blant annet har foreslått å reversere regjeringens kutt til Amatheia. Amatheia er det eneste nasjonale samtaletilbudet som tilbyr kvinner og par en samtale både i valg-situasjoner og i etterkant for de som trenger det. Dette medlem mener at det er nødvendig med en styrking av rådgivningstjenester og oppfølgingstiltak for å unngå at gravide som har et behov for støtte eller opplever press om å ta abort, ikke blir stående alene i en sårbar situasjon. Dette medlem er positiv til at forslag til ny

abortlov i større grad enn tidligere gir kvinner rett til oppfølging i forkant og etterkant av en eventuell abort.

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

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt mener at det er avgjørende at kvinner har god tilgang på abort når de trenger det. Det er på tide å modernisere abortloven ved å styrke selvbestemmelsen og fjerne nemndene samt å åpne for abort i primærhelsetjenesten for å sikre bedre tilgjengelighet.

Disse medlemmer peker på at det er bred enighet om at uønskede graviditeter bør forebygges. I helsevesenet ligger det til grunn en forståelse av at hvis ikke forebygging fungerer, skal de som trenger det, få behandling i forhold til behovet. Det samme bør gjelde uønsket graviditet, eller når en eventuelt får informasjon om sykdom eller skader som påvirker muligheten til eller ønsket om å gjennomføre svangerskapet.

Disse medlemmer peker på at en økende andel kvinner som tar abort, får utført medisinsk abort hjemme i regi av sykehuset. Per nå skal kvinner kunne velge om de vil utføre aborten på sykehus eller hjemme. Mange kvinner gir allikevel uttrykk for at de enten ikke ble gjort oppmerksom på den muligheten, eller at de ikke opplevde det som et reelt valg at aborten ble utført på sykehus. Alle kvinner som skal utføre abort, må sikres tilstrekkelig informasjon og smertestillende under hjemmeaborten. For kvinnens trygghet er det også viktig at hun vet hvor hun kan henvende seg om komplikasjoner oppstår. For de med lang vei til sykehus kan det kjennes spesielt utrygt hvis de ikke har fått denne informasjonen.

Disse medlemmer viser for øvrig til innspillet fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) i forbindelse med komiteens høring i behandlingen av proposisjonen. De påpeker at smertelindring, veiledning, oppfølging og informasjon i forbindelse med abort både hjemme og på sykehus er svært varierende, og at dette er svært uheldig. NSF uttaler at en nasjonal faglig retningslinje for hele abortforløpet vil sørge for at kvinner gis lik tilgang på helsetjenester i forbindelse med abort, uavhengig av bosted og landsdel. Den vil gjøre det enklere å planlegge ressurser og evaluere og justere helsetilbudet til denne pasientgruppen og vil også gi kvinner oversikt over og forståelse av behandlingsforløp og rettigheter.

På bakgrunn av dette fremmer komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innen utgangen av 2025 utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for hele abortforløpet inkludert abort i primærhelsetjenesten.»

3.10 Gratis helsehjelp ved abort

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til at Abortutvalget i NOU 2023: 29 foreslo at all helsehjelp i forbindelse med abort skal være gratis, og at dette også skal gjelde personer som ikke har tilgang til gratis aborter i dag, inkludert personer uten lovlig opphold i Norge. Forslaget fikk også støtte av mange av høringsinstansene, som særlig fremhever at gratis abort er viktig for de mest sårbare kvinnene. Disse medlemmer viser til at Abortutvalget mener at fosterantallsreduksjoner 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 tilgangen til abort for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold.

Disse medlemmer mener at det i forslaget til ny abortlov burde vært gitt rett til gratis abort for de kvinnene som mangler fulle rettigheter til helsehjelp i Norge, da dette ofte er personer som er i en ekstra krevende situasjon, og dette vil kunne føre til diskriminerende praksis.

Disse medlemmer påpeker at aborter kan ende opp med å koste den enkelte flere titusener, og at dette er personer som ofte er i en særskilt vanskelig situasjon og kan ha utfordringer med betalingsevnen til å gjennomføre en abort. Disse medlemmer viser til at alternativen da vil være å fortsette et svangerskap som ønskes avbrutt, eller eventuelt finne løsninger som er gratis. Dette kan være tilbud i Norge utenfor helsetjenesten eller et tilbud i utlandet. Disse medlemmer mener i tillegg at ettersom man i en ny abortlov går inn for å behandle selvbestemt abort og fosterantallsreduksjon på samme måte, bør dette også gjelde retten til gratis abort.

På bakgrunn av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at all helsehjelp i forbindelse med abort og fosterantallsreduksjon er gratis, også for personer uten fast opphold og som ikke har tilgang til gratis aborter i dag.»

3.11 Reservasjonsrett for helsepersonell

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Pasientfokus støtter lovfesting av retten helsepersonell har til å kunne reservere seg mot abort.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til forslaget i proposisjonen om å lovfeste reservasjonsretten for helsepersonell. Disse medlemmer viser til at reservasjonsretten for

helsepersonell per i dag er forskriftsfestet. Kvinners rett til abort står derfor sterkere i dag i forhold til helsepersonells reservasjonsrett enn den vil gjøre ved å lovfeste denne retten. Disse medlemmer er bekymret for at det å lovfeste helsepersonells reservasjonsrett kan føre til et dårlige aborttilbud. Særlig er dette relevant og bekymringsfullt ved små sykehus og i små kommuner der det kan være mangel på helsepersonell som kan utføre aborten.

Disse medlemmer mener at helsepersonells ønske om å reservere seg ikke bør være til hinder for at kvinner får mulighet til å gjennomføre trygge aborter, uavhengig av bosted. For å sikre det bør kvinners rett til å gjennomføre trygge aborter gå foran reservasjonsretten.

Disse medlemmer påpeker at helsepersonell ikke kan reservere seg mot noen annen medisinsk behandling og da heller ikke mot noen annen pasientgruppe enn kvinner i fertil alder.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti har kjempet for helsepersonells rett til å handle i tråd med sin samvittighet på en balansert måte i lengre tid, og mener lovfestingen av denne rettigheten er viktig.

3.12 Evaluering

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt mener at det har vært et problem at dagens lov om svangerskapsavbrudd ikke har blitt oppdatert og justert i tråd med medisinsk utvikling eller samfunnsutviklingen. Disse medlemmer mener at den nye abortloven må justeres og revideres jevnlig på lik linje med andre lover.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og komiteens medlem fra Senterpartiet, Siv Mossleth, viser til at forslaget til ny abortlov innebærer en rekke endringer som det er viktig at evalueres.

Flertallet fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av abortnemndenes behandling av krav om abort og de gravidenes opplevelse av nemndbehandling etter at abortloven har fått virke i fire år.»

4. Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen innen utgangen av 2025 utarbeide en nasjonal faglig retningslinje for hele abortforløpet inkludert abort i primærhelsetjenesten.

Forslag fra Høyre:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen innføre en ordning med obligatorisk veiledning for kvinner som ønsker å avbryte svangerskapet mellom utgangen av uke 12 og utgangen av uke 18.

Forslag 3

Abortloven § 6 skal lyde:

§ 6 Obligatorisk veiledning og rett til informasjon og oppfølgingssamtaler

Gravide som vurderer abort, har rett til informasjon om relevante offentlige velferdsordninger og tjenestetilbud og om aborten og medisinske virkninger.

Før abort mellom utgangen av 12. svangerskapsuke og utgangen av 18. svangerskapsuke kan gjennomføres, skal den gravide ha fått veiledning i valget mellom å fullføre svangerskapet eller å ta abort. Den gravide kan selv velge om veiledningen skal foregå i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten eller hos virksomheter som tilbyr veiledning i forbindelse med abort, og som er godkjente av departementet til dette formålet. Når veiledning er gjennomført, skal den som har gitt veiledning, orientere spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell som benytter seg av reservasjonsretten etter § 24, kan ikke bistå i veiledningen.

Den som har gjennomgått abort, har rett til oppfølgingssamtaler.

Forslag fra medlemmet Tone Wilhelmsen Trøen fra Høyre, medlemmet Lisa Marie Ness Klungland fra Senterpartiet og medlemmet fra Pasientfokus:

Forslag 4

Abortloven § 3 skal lyde:

§ 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 12. svangerskapsuke.

Etter utgangen av 12. svangerskapsuke kreves tillatelse fra en abortnemnd for å utføre en abort som avbryter hele svangerskapet. Abortnemnda skal gi tillatelse dersom:

- a. svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet medfører fare for den gravidens fysiske eller psykiske helse,

- b. graviditeten er et resultat av at den gravide har vært utsatt for voldtekt, incest eller andre seksuallovbrudd,
- c. det er sannsynlig at fosteret har en alvorlig tilstand, eller at fosteret vil dø under svangerskapet eller kort tid etter fødsel, eller
- d. 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.

Kravene til grunn for innvilgelse av abort skal øke med svangerskapets lengde.

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kan abort ikke innvilges med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan abort bare utføres dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet eller kort tid etter fødselen.

Abortloven § 10 skal lyde:

§ 10 Vedtaksmyndighet ved krav om abort

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

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen sørge for et tilstrekkelig antall nemnder for å kunne ivareta abortlovens formål, jf. § 1, og abortlovens grense for selvbestemmelse, jf. § 3 første ledd og § 4 første ledd, i forslaget til ny abortlov.

Forslag fra medlemmet Lisa Marie Ness Klungland fra Senterpartiet og medlemmet fra Pasientfokus:

Forslag 6

Abortloven § 1 første ledd første punktum skal lyde:

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».

I abortloven skal overskriften til § 3 lyde:

§ 3 Rett til abort.

I abortloven skal overskriften til § 4 lyde:

§ 4 Fosterantallsreduksjon

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

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

I abortloven skal overskrift til kapittel 3 lyde:

Kapittel 3. Krav om abort og søknad om fosterantallsreduksjon

I abortloven skal overskrift til § 7 lyde:

§ 7 Krav om abort og søknad om fosterantallsreduksjon

I abortloven skal § 7 første ledd lyde:

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

I abortloven skal overskrift til kapittel 4 lyde:

Kapittel 4. Vedtaksmyndighet i saker om abort og fosterantallsreduksjon

Abortloven § 10 skal lyde:

§ 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.

Abortloven § 13 tredje ledd skal lyde:

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

Abortloven § 18 første ledd skal lyde:

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

Abortloven § 24 andre ledd skal lyde:

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

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt:

Forslag 7

Abortloven § 3 skal lyde:

§ 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 kan føre til urimelig belastning eller risiko for den gravides fysiske eller psykiske helse,
- forhold ved den gravide eller den gravides livssituasjon vil innebære en urimelig belastning for den gravide eller gjøre omsorgen for barnet særlig krevende,
- det er sannsynlig eller stor fare for at fosteret har eller kan få en alvorlig medisinsk tilstand eller sykdom, eller at barnet kan utvikle alvorlig sykdom, eller
- graviditeten er et resultat av at den gravide har vært utsatt for voldtekt, incest eller andre seksuallovbrudd.

Ved vurderingen av begjæring om avbrudd begrunnet i forhold som nevnt i andre ledd skal det tas hensyn til den gravides samlede situasjon. Nemnda skal i sin vurdering legge betydelig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan abort bare utføres dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet eller kort tid etter fødselen, eller dersom graviditeten er et resultat av at den gravide har vært utsatt for voldtekt, incest eller andre seksuallovbrudd, jf. andre ledd bokstav d.

Kvinner som har blitt eller forblitt gravide under tvang, kan gis tillatelse til svangerskapsavbrudd på særskilt grunnlag med henvisning til forbudet mot tortur, også etter utgangen av 22. svangerskapsuke.

Forslag 8

Abortloven § 11 andre ledd skal lyde:

Abortnemndene skal bestå av en lege som er nemndas leder, og en person med helse- eller sosialfaglig kompetanse. Legen skal ha relevant spesialistutdanning. I saker om fosterantallsreduksjon skal legen ha kompetanse innen fostermedisin. Nemndas medlemmer skal være kvinner.

Forslag 9

Abortloven § 4 skal lyde:

§ 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 kan føre til en urimelig belastning eller risiko for den gravides fysiske eller psykiske helse,
- det er høy risiko for spontanabort eller for tidlig fødsel dersom svangerskapet videreføres for alle fostre,
- forhold ved den gravide eller den gravides livssituasjon vil innebære en urimelig belastning for den gravide eller gjøre omsorgen for barnet særlig krevende, eller
- det er sannsynlig eller stor fare for at fosteret har eller kan få en alvorlig medisinsk tilstand eller sykdom, eller at barnet kan utvikle alvorlig sykdom.

Tillatelse skal 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 10

Stortinget ber regjeringen legge frem forslag om en sentral tjeneste som gir beslutningsstøtte vedrørende abort der det er tvil om kvinnens situasjon og vergens ønske.

Forslag 11

Abortloven § 5 skal lyde:

Dersom svangerskapet fører til akutt og alvorlig fare for den gravides liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i denne loven. Det samme gjelder dersom den gravide har vært utsatt for incest eller voldtekt eller dersom den gravide er mindreårig.

Forslag 12

Stortinget ber regjeringen sørge for at all helsehjelp i forbindelse med abort og fosterantallsreduksjon er gratis, også for personer uten fast opphold og som ikke har tilgang til gratis aborter i dag.

Forslag fra medlemmet Tone Wilhelmsen Trøen fra Høyre:

Forslag 13

Abortloven § 4 skal lyde:

§ 4 Rett til fosterantallsreduksjon

Gravide har rett til å få utført selvbestemt abort der antallet fostre reduseres (fosterantallsreduksjon) frem til utgangen av 12. svangerskapsuke.

Etter utgangen av 12. 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.

Abortnemnda skal legge betydelig vekt på den gravides oppfatning av situasjonen.

Kravene til grunn for innvilgelse av abort skal øke med svangerskapets lengde.

Etter utgangen av 18. svangerskapsuke kan abort ikke innvilges med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det.

Etter utgangen av 22. svangerskapsuke kan abort bare utføres dersom det er klart at fosteret vil dø under svangerskapet, eller kort tid etter fødselen.

Abortloven § 10 skal lyde:

§ 10 Vedtaksmyndighet ved krav om abort

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

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 14

Abortloven § 1 første ledd skal lyde:

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 fosteret og retten til å fullføre svangerskapet.

Forslag fra Rødt:

Forslag 15

Abortloven § 1 skal lyde:

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.

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.

Forslag 16

Abortloven § 3 skal lyde:

§ 3 Rett til abort der hele svangerskapet avbrytes

Gravide har rett til å få utført selvbestemt abort.

Abortloven § 4 skal lyde:

§ 4 Rett til fosterantallsreduksjon

Gravide har rett til å få utført selvbestemt abort der antallet fostre reduseres (fosterantallsreduksjon).

I forslaget til ny abortlov utgår §§ 5, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25 og 26. I kapittel 2 blir § 6 til § 5. Kapittel 6 blir til kapittel 4, som får kapitteloverskriften «Helsetjenestens plikter». §§ 22, 23 og 24 blir til §§ 10, 11 og 12 i kapittel 4. Kapittel 7 blir til kapittel 5, som får kapitteloverskriften «Andre bestemmelser». § 27 blir til § 13 i kapittel 5. Kapittel 8 blir til kapittel 6 og får kapitteloverskriften «Ikrafttredelse mv.». § 28 blir til § 14 i kapittel 6.

Henvisningen til «§ 6 første ledd», «§ 6 andre ledd» og «§ 6 tredje ledd» i forslaget § 23 første ledd bokstav a., b. og c., endres til «§ 5 første ledd», «§ 5 andre ledd» og «§ 5 tredje ledd» i § 10.

Forslag fra Kristelig Folkeparti:

Forslag 17

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med et forslag til en ny lovgivning som bedre ivaretar fosterets menneskeverd, er bedre tilpasset den teknologiske utviklingen innen medisinsk diagnostikk, og balanserer hensynet til fosterets verdi og rett til liv med kvinnens trygghet og helse på en etisk forsvarlig måte.

5. Komiteens tilråding

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

vedtak:

A.

vedtak 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 oppfølgingssamtaler

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 oppfølgingssamtaler.

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 endre vergemålet i tråd med vergemålsloven §§ 20 og 21.

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 vedtaksførhet 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 *Retten 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.

§ 15 *Abortnemndas vedtak og underretning*

Abortnemndas vedtak skal være skriftlig og begrunnet.

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 én 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.

B.

I

Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som får avslag på sin abortsøknad i nemnd, får oppfølging.

II

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av abortnemndenes behandling av krav om abort og de gravidenes opplevelse av nemndbehandling etter at abortloven har fått virke i fire år.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 26. november 2024

Tone Wilhelmsen Trøen

leder

Sandra Bruflot

ordfører



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2024/6464

Vår ref
24/3749-

Dato
30. oktober 2024

Svar på spørsmål vedrørende Prop. 117 L (2023-2024) Lov om abort (abortloven)

Jeg viser til helse- og omsorgskomiteens henvendelse den 15. oktober 2024, med spørsmål vedrørende Prop. 117 L (2023-2024) Lov om abort (abortloven).

- 1. Komiteen ber for det første statsråden redegjøre for hvorvidt endringen i § 2 og § 3 vil føre til en endret praksis eller innskrenking for innvilgelse av senaborter som begjæres utført etter uke 18***

Etter forslaget i Prop. 117 L skilles det mellom situasjoner der det er sannsynlig at fosteret har en «alvorlig tilstand» og andre tilfeller der medisinske forhold ved fosteret kan være med å begrunne en abort.

En «alvorlig tilstand» hos fosteret skal gi en direkte rett til abort, jf. lovforslaget § 3 andre ledd bokstav c. 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 familieliv i vesentlig grad. Av hensyn til den gravide og en skånsom prosess, vil det i slike tilfeller være tilstrekkelig at de medisinske forholdene er dokumentert.

Andre «medisinske forhold» ved fosteret skal ikke i seg selv gi en rett til abort. Her er regjeringen enig med Abortutvalget som har lagt vekt på at vilkårene i loven bør utformes på en måte som ivaretar statens målsetning om, og plikt til å arbeide for, et inkluderende og

mangfoldig samfunn, og hindre stereotypiske og fordomsfulle holdninger til utsatte grupper. Formuleringen av vilkåret i utkastet til ny abortlov § 3 andre ledd bokstav d er et resultat av dette, og en endring i forhold til formuleringen av vilkåret i dagens abortlov § 2 andre ledd bokstav c. Dette innebærer blant annet at trisomi 21 hos et foster ikke lengre skal føre til automatisk innvilgelse av abort.

Andre medisinske forhold ved fosteret skal kunne gi grunnlag for abort, dersom disse forholdene «gjør svangerskap, fødsel, barnets oppvekst eller fremtidig omsorg for barnet særlig krevende». I slike saker vil det ikke være tilstrekkelig å dokumentere de medisinske forholdene ved fosteret. Et krav om abort må begrunnes med de konsekvensene disse forholdene får for svangerskapet, fødselen, barnets oppvekst eller omsorgen for barnet. Ved vurderingen av om vilkåret er oppfylt skal abortnemndene legge betydelig vekt på den gravides oppfatning av sin situasjon, jf. forslag til § 3 tredje ledd. For en del forhold ved fostre må det dessuten 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 helsetjenesten 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.

Hvilken betydning endringen vil få for nemndenes praksis, og hvorvidt den vil føre til færre innvilgelser av senaborter etter 18. svangerskapsuke kan vi ikke vite sikkert. Det er imidlertid ikke noe som hindrer nemndene fra å videreføre dagens praksis innenfor rammene av lovforslaget.

2. For det andre bes statsråden redegjøre for hvorvidt endringen i §§ 2 og 3, i kombinasjon med kravet om jurist inn i nemndene, vil føre til en endret praksis eller innskrenking for innvilgelse av senaborter som begjæres utført etter uke 18

Abortutvalgets undersøkelser om erfaring og praksis i dagens abortnemnder viser at det er betydelige rettssikkerhetsutfordringer ved dagens abortnemnder. Nemndene sikrer ikke forutberegnelighet, likebehandling og rettssikkerhet for de gravide. Dette er beskrevet nærmere i utvalgets rapport NOU 2023: 29 *Abort i Norge – Ny lov og bedre tjenester*, punkt 11.4. Om nemndenes praksis i saker om abort på grunnlag av medisinske tilstander hos fosteret, skriver utvalget: «*Intervjuene med nemndene avdekker både varierende praksis og varierende oppfatning av hva som skal til for å innvilge saker med medisinske tilstander hos fosteret.*», jf. NOU 2023: 29 punkt 11.4.2.

Jeg mener det er behov for juridisk kompetanse i nemndene. Jurister kan bidra til å sikre at saksbehandlingsregler følges og at kvaliteten på saksbehandlingen blir bedre. Det vil blant annet kunne bidra til å sikre at sakene er tilstrekkelig opplyst og at like saker behandles likt. Jeg kan ikke se at innføring av juridisk kompetanse i nemndene vil bidra til større forskjeller i hvem som får innvilget abort basert på sosioøkonomisk eller ressursmessig bakgrunn.

Jurister vil videre bidra til å sikre at den gravides rettigheter oppfylles og at nemndenes avgjørelser er innenfor lovens rammer. I den utstrekning loven krever at medlemmene i nemndene utøver skjønn i sin vurdering av om abort skal tillates eller ikke, kan jeg ikke se at det er grunn til å tro at jurister som gruppe vil være mer restriktive i sine vurderinger enn andre grupper. Jeg kan derfor heller ikke se at et krav om juridisk kompetanse vil føre til en innstramning i forhold til dagens praksis.

3. For det tredje bes statsråden om å utdype og gi en begrunnelse for hvorfor det foreslås å videreføre en hjemmel der en begjæring om abort kan fremmes av en verge

Spørsmålet gjelder forslaget til § 9 i ny abortlov om gravide som mangler samtykkekompetanse. Når den gravide mangler samtykkekompetanse er hun ikke i stand til å forstå valgsituasjonen og hva en abort vil innebære. Da kan hun heller ikke avgi et fritt og informert samtykke.

Det følger klart av forslaget til ny lov at det likevel er den gravide selv som skal ta den endelige beslutningen om abort eller ikke, uavhengig av hennes evner eller egenskaper. Denne selvbestemmelsesretten gjelder retten til å *fullføre* svangerskapet like mye som til å *avbryte* svangerskapet. For en som ikke forstår og ikke klarer å ivareta sine interesser, kan det være et like stort inngrep å gjennomføre et svangerskap som å ta abort.

Funksjonshemmedes rettigheter styrkes i den nye loven ved at de får en ubeskåret rett til å kreve abort på egne vegne, ved at de sikres rett til informasjon og veiledning, ved at vergens bistand skal baseres på den gravides vilje og preferanser og ved at den gravide kan motsette seg at inngrepet gjennomføres.

Forslaget er i samsvar med FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter og følger opp FN-komiteens anbefalinger.

Jeg utdyper disse standpunktene i det følgende. Dette er basert på det som står i lovproposisjonen punkt 14.6.4 og merknadene til § 9 i kapittel 20.

Forslaget er i samsvar med FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter

FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 12 nr. 3 sier at staten skal treffe hensiktsmessige tiltak for å gi funksjonshemmede tilgang til den støtte de kan trenge for å kunne utøve sin rettslige handleevne. Denne «beslutningsstøtten» kan gis på ulike måter og må ikke lovfestes på en bestemt måte. Vergemål er en av flere måter kravet oppfylles på i norsk rett.

FN-komitéen – som LDO viser til – har anbefalt medlemsstatene å oppheve lovgivning om tvungen abort. Overfor Norge har komitéen uttrykt bekymring for at funksjonshemmede blir utsatt for ufrivillig abort. Komitéen anbefaler at det iverksettes tiltak for å sikre at abort skjer i

samsvar med fritt og informert samtykke, og at det sørges for effektive mekanismer for beslutningsstøtte. Anbefalingen er referert i lovproposisjonen punkt 14.2.6.

Også ekspertutvalget som i 2024 vurderte gjennomføringen av konvensjonen, var kritiske til gjeldende abortlov. Utvalget mente at abortloven kan praktiseres slik at konvensjonsstrid ikke oppstår, men at det må 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. Anbefalingen er referert i lovproposisjonen punkt 14.4 og 14.6.4.

Rett til å kreve abort på egne vegne

Den gravide vil alltid kunne kreve abort på egne vegne, jf. lovforslaget § 7. Dette gjelder også om pårørende, vergen eller andre er imot at svangerskapet avsluttes. Forslaget viderefører ikke gjeldende regel om at vergens mening skal tillegges vekt. 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.

Rett til informasjon, veiledning og støtte

Det lovfestet i § 6 og § 9 at den gravide skal få informasjon, veiledning og støtte. Dette står ikke i dagens lov. Informasjonen mv. må tilpasses den enkeltes evne til å forstå informasjonen, slik at den gravide gis mulighet til å vurdere selv om hun ønsker å beholde barnet eller ikke. Aktuelle instanser som kan veilede er fastlege, fostermedisinske senter, Nav, familievernkontor og helsestasjon. Eventuell verge vil også ha en oppgave her, så lenge vergens mandat omfatter spørsmål om abort.

Vergens rolle

Noen ganger er den gravide, selv etter at hun har fått informasjon og veiledning, ikke i stand til å ivareta sine interesser. Den gravide kan da ikke overlates til å håndtere situasjonen selv. I forslaget til ny lov skal vergen fortsatt ha en rolle i abortsaker, men bare dersom den gravide mangler samtykkekompetanse og vergemålet omfatter bistand i spørsmålet om abort. Vergens rolle er å bistå den gravide. Vergen kan kreve abort dersom den gravide etter å ha fått informasjon, veiledning og støtte, ikke er i stand til å ivareta sine interesser. Vergen skal da legge den gravides eget ønske til grunn, ut fra den beste tolkningen av hennes vilje og preferanser. Vergemålet er et frivillig støttetiltak, jf. vergemålsloven § 20. Det betyr at den gravide kan velge å ikke la seg bistå av en verge. Vergen skal «så vidt mulig» høre den gravide, og kan ikke kreve abort dersom det etter en samlet vurdering må legges til grunn at dette er i strid med personens ønsker, jf. vergemålsloven § 33.

Dette mener jeg er en tydelig og tilstrekkelig gjennomføring av kravet om beslutningsstøtte etter konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter artikkel 12 nr. 3.

Ingen kan tvinges til abort

Loven setter også en tydelig skranke mot å tvinge noen til å ta abort. Vergen kan ikke beslutte at svangerskapet skal gjennomføres eller avsluttes. Det vil ikke være adgang til å begrense den gravides rettslige handleevne i abortspørsmålet. Innvilget abort er kun en tillatelse til at abort kan gjennomføres. Det er ikke en beslutning om at abort skal gjennomføres. Den gravide vil uansett ha siste ordet i dette spørsmålet. Dersom den gravide ønsker å beholde barnet, kan inngrepet ikke gjennomføres. I loven presiseres det derfor at inngrepet uansett ikke kan gjennomføres dersom den gravide motsetter seg det, jf. lovforslaget § 9 andre ledd første punktum (det eneste unntaket er dersom den gravide risikerer vesentlig helseskade dersom svangerskapet fullføres). Det samme skal gjelde dersom den gravide ikke har fått tilbud om informasjon og veiledning.

4. Til slutt bes statsråden utdype og gi en begrunnelse for hvorfor klageadgang for begjæring om abort ved verge er utelatt i det nye forslaget til lov om abort

Jeg mener at det ikke er behov for å etablere en særlig klageadgang i den nye abortloven knyttet til vergens krav om abort. En særlig klageadgang vil tvert imot ha liten hensikt og gi en krevende byråkratisk løsning som ikke er nødvendig og som ikke vil gi større rettsikkerhet utover det som følger av loven ellers.

Den gravide vil ikke være «rettsløs» slik LDO synes å mene. Det fremgår av mitt svar på forrige spørsmål at det ikke er tale om noen «tvangshjemmel» eller at avgjørelsen vil være overlatt til vergen. Jeg vil minne om at vergen kun har myndighet til å søke om abort. Det fattes ikke et vedtak om at abort skal gjennomføres. Dersom den gravide er uenig så kan hun trekke søknaden selv. Den gravide eller hennes pårørende kan også kreve at statsforvalteren opphever oppnevningen av vergen. Og den gravide kan uansett ikke tvinges til å gjennomføre aborten. Dette følger av lovteksten i utkastet til ny abortlov og vergemålsloven, og er nærmere forklart i proposisjonen.

Det er for øvrig uklart for meg hvordan en særlig klageordning skulle innrettes. Situasjonen er særlig krevende når den gravide mangler språk og fysisk kapasitet til å kunne «uttrykke sin vilje eller motstand». Vergemålsordningen og vergens plikt til å legge til grunn det som må antas å være den gravides vilje og preferanser, skal ivareta den gravides interesser i slike situasjoner.

Med hilsen



Jan Christian Vestre