

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 22.03.2024.

Saksbehandler:
Nina Merete Kristiansen

Høringssvar: NOU 2023: 29 *Abort i Norge*

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har mottatt NOU 2023: 29 *Abort i Norge* til høring. Dette er en viktig høring: abort er en grunnleggende del av kvinners seksuelle og reproduktive rettigheter, som helsetjenesten er forpliktet til å levere, og jordmødre og sykepleiere er viktige aktører i å levere trygge helsetjenester. NSF's høringssvar er utarbeidet i samarbeid med Rådet for Sykepleieetikk og Landsgruppen av helsesykepleiere.

Abortutvalget har levert en svært informativ, grundig og velskrevet utredning. Den gir et godt utgangspunkt for en opplyst og respektfull debatt om et tema som fortsatt er kontroversielt, tabubelagt og følelsesladet. NSF mener det er viktig at det videre arbeidet med en ny abortlov er kunnskapsbasert og at NOU 2023: 29 bidrar til dette.

NSF viktigste synspunkter:

- NSF støtter Abortutvalget i at det er behov for en ny abortlov og en ny formålsparagraf.
- Uavhengig av grensen for selvbestemt abort, må gravide sikres tilgang til informasjon, veiledning og støtte før, under og etter abort, slik abortutvalget foreslår i ny lov.
- Det er behov for en mer enhetlig praksis for å sikre god kvalitet på tilbudet til gravide som skal ta abort i Norge. Valg av abortmetode og hvor man vil gjennomføre en abort må sikres i ny lov.
- Forslaget om en nasjonal faglig retningslinje for hele abortforløpet, som ivaretar smertelindring, oppfølging, informasjon og veiledning, støttes. Det må samtidig utarbeides standardisert pasientforløp for abortforløpet.
- NSF mener det bør være *profesjonsnøytrale* takster ved oppfølgingssamtale for å sikre økonomiske incentiver for styrket kvinnehelsetilbud.
- NSF støtter flertallets forslag om å utvide grensen for selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke.
- NSF støtter mindretallets forslag om at den gravide, etter å ha mottatt relevant informasjon, selv beslutter om hun ønsker å få utført fosterantallsreduksjon, begrenset fram til utløpet av 14. svangerskapsuke.
- NSF støtter forslaget om å nedlegge dagens nemnder og opprette nye.
- NSF støtter at helsepersonells reservasjonsrett videreføres i ny abortlov.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22 Telefon: 994 02 409
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Godkjent av forbundsleder, 25.03.2024

- NSF er bekymret over økningen i abortrate blant unge under 25 år¹. Dette tilsier en forsterket innsats i det forebyggende arbeidet, særlig informasjon om prevensjon.
- NSF hadde håpet Abortutvalget ville anbefale at det gjøres pilot på abort i primærhelsetjenesten, men ser at dette krever en nærmere utredning, slik utvalget legger opp til.
- Vi støtter forslaget om å oppheve straffebestemmelsen i abortloven, men ber samtidig norske myndigheter om å inkorporere Istanbul-konvensjonen i norsk rett.
- NSF støtter forslaget om lovfesting av gratis helsehjelp i forbindelse med abort og fosterreduksjon for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket.
- NSF mener abortloven bør inneholde en eksplisitt rettighet til å fullføre svangerskapet.

Innledende kommentarer

Utvalget har tolket mandatet slik at det åpner for en full gjennomgang av hele abortloven. Dette er NSF enig i. Kunnskapsgrunnlaget er i dag et helt annet enn på 1970-tallet. Statistikken viser at andelen aborter utført etter 18. svangerskapsuke ligger på 1-3 prosent av alle aborter. Dette gjelder uavhengig av lovverket². I 2022 publiserte WHO en revisjon av sin abortveileder. Konklusjonen er at abortlover ikke påvirker verken antall aborter eller når abort skjer i svangerskapet; lover kan bare brukes til å sikre kvinner god helsehjelp og unngå at de må ty til farlige aborter. På alle samfunnsområder og for alle samfunnsgrupper er autonomi og selvbestemmelse en sentral verdi. Dette reflekteres også i NSF's yrkesetiske retningslinjer: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv, iboende verdighet og retten til å ta egne valg. Sykepleie bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene». Vektleggingen av autonomi og menneskerettigheter gjør det enda vanskeligere i dag enn i 1970-årene å tilsidesette kvinnens ønske til fordel for fosteret. Det har også skjedd en betydelig teknologisk og medisinsk utvikling siden 1970-årene. Medikamentell abort er nå nesten enerådende i Norge, og fostermedisin og fosterdiagnostikk har hatt en grensesprengende utvikling.

På verdensbasis dør fremdeles tusenvis av kvinner årlig og millioner behandles for skader etter utrygge aborter. Funnene er entydige: Jo strengere abortlovgivning, desto flere kvinner skades og dør. Men utviklingen går i riktig retning. Siden slutten av 1990-tallet har bare fire land innskrenket retten til abort, mens mer enn 60 land har utvidet gravides rettigheter til å avbryte en graviditet.

Disse innledende betraktningene danner grunnlaget for NSF's høringsuttalelse. Vi utdyper våre synspunkter i det følgende.

Abortlovens formål

Dagens abortlov sier at «samfunnet skal så langt råd er sikre alle barns betingelser for en trygg oppvekst. Som et ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmålene slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig.» Denne formålsparagrafen uttrykker ikke det egentlige formålet med den konkrete loven, men er mer å anse som en politisk erklæring (med en paternalistisk holdning).

¹ <https://www.fhi.no/nyheter/2024/aborttala-gar-opp--auker-mest-blant-dei-under-30-ar/>

² Løkeland-Stai, M.: «Norsk abortlov til hinder for nye retningslinjer». Leder, Tidsskrift for Den norske legeforening. Publisert 08.03.2023.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 994 02 409

Telefaks: 22 04 32 40

E-post: post@nsf.no

www.nsf.no

Bankgiro: 1600 49 66698

Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Godkjent av forbundsleder, 25.03.2024

De målsettinger som oppstilles kan i liten grad oppnås ved de juridiske virkemidler som er hjemlet i loven.

Abortutvalget mener formålsbestemmelsen bør gi uttrykk for de samfunnsmessige verdier som begrunner et statlig inngrep i kvinners liv og helse, privatliv og likestilling og foreslår en ny formålsparagraf: «Loven skal sikre gravide likeverdig rett til abort og tilgang til trygge aborter, ivaretagelse og støtte. Samtidig skal loven sikre respekten for det ufødte liv. Loven skal sikre gravide muligheter til å gjøre selvstendige beslutninger om egen kropp og eget privatliv.»

NSF støtter forslaget til ny formålsparagraf. Utvalget har en grundig gjennomgang av etiske perspektiver på abort (kap. 5) og understreker at det er et bredt spekter av syn på og holdninger til abort i det norske samfunnet. På den ene siden finnes de som mener at livet er ukrenkelig fra unnfangelse. Andre tar til orde for at abort alltid gjennom svangerskapet er et spørsmål om kroppslig autonomi og selvbestemmelse for den gravide. Utvalget mener at det fortsatt bør tilstrebes et kompromiss mellom ulike holdninger og synspunkter som grunnlag for framtidens abortlov. NSF slutter seg til denne vurderingen.

Statlige inngrep i borgernes rettigheter må ha et saklig formål, være saklig, egnet og ikke uforholdsmessig inngripende. At kvinners rettigheter og menneskerettigheter er sammenfallende har ikke vært opplagt, og seksuelle og reproduktive rettigheter har vært (og er) et kjernespmål. Statens begrensning av adgangen til abort kan ikke krenke kvinners menneskerettigheter ved å sette kvinnens liv i fare, utsette kvinner for fysisk eller psykisk smerte i strid med forbudet mot tortur, diskriminere kvinner eller utgjøre vilkårlige inngrep i privatlivet hennes.

Det er bred konsensus om at menneskerettighetene skal tolkes slik at fosteret ikke anses som en person i menneskerettslig forstand med fulle rettigheter. Det anses også som sikker rett at far/partner ikke har noe menneskerettslig krav på informasjon, medvirkning eller myndighet i saker som gjelder abort. Abortutvalget slutter av dette at abort ikke er et spørsmål om kolliderende menneskerettigheter, men om hvilke muligheter statene har til å gripe inn i kvinnens menneskerettigheter, for å ivareta nasjonale verdier og et nasjonalt mål om å beskytte det ufødte liv og fosterets moralske og etiske verdi. NSF støtter en slik vurdering.

Utvidet selvbestemmelse

Utvalget har vurdert utfordringene med dagens grense for selvbestemmelse, og mener at begrunnelsene for inngrep er delvis foreldet. Blant de hensyn Abortutvalget mener *ikke* kan begrunne en slik begrensning, er en nedvurdering av kvinners intellektuelle kapasitet og evne til moralske og etiske refleksjoner, statens kontroll over reproduksjon for å opprettholde fødselstall, eugeniske hensyn eller begrensning av statens utgifter til offentlig velferd, et ønske om å begrense antallet sene aborter eller å gi beslutninger om svangerskapsavbrudd moralsk tyngde. Ifølge utvalget er det først og fremst statens interesse i å sikre en respekt for det ufødte liv, fosterets verdi og moralske status som legitimerer innskrenkning av kvinners selvbestemmelse om abort.

Et grunnleggende etisk prinsipp for helsehjelp er å beskytte liv. Prinsippet om kvinners selvbestemmelse kan komme i konflikt med prinsippet om den generelle etiske plikten til å beskytte liv, når det gjelder fostre som kan overleve utenfor livmoren. Abortutvalgets medlemmer



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 994 02 409

Telefaks: 22 04 32 40

E-post: post@nsf.no

www.nsf.no

Bankgiro: 1600 49 66698

Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Godkjent av forbundsleder, 25.03.2024

er enige om at fram til fødsel vil fosterets status være underordnet den gravide kvinnens status. NSF slutter seg til dette.

Utvalget konkluderer med at det ikke er mulig å etablere enighet om et objektivt medisinsk eller logisk tidspunkt der et foster, på grunn av den biologiske utviklingen, oppnår moralsk status som beskyttelsesverdig individ. Vurderingen av når staten skal innskrenke den gravides selvbestemmelse om abort må derfor baseres på en sammensatt vurdering av praksis, tradisjon, holdninger i befolkningen, reelle hensyn og kunnskap om de gravides grunner og valgsituasjon.

NSF mener dagens grense for selvbestemt abort mer har karakter av en symbolsk funksjon. Vi støtter flertallet i at aborter etter 12. svangerskapsuke handler om krevende situasjoner der den gravide i utgangspunktet ønsker barnet, og der symbolsk nemndbehandling virker som en unødig påkjenning. At det offentlige legger til rette for at gravide får kunnskap om fosteret under svangerskapet trekker også i retning av utvidelse, det samme gjør også en sosioøkonomisk skjevhet som kan hindre en likestilt tilgang til abort.

Når NSF støtter flertallets forslag om å utvide grensen for selvbestemt abort til utgangen av 18. svangerskapsuke, er det med bakgrunn i følgende:

- Årlig gjennomføres rundt 12.000 svangerskapsavbrudd i Norge (12 814 i 2023; en stigning på 6,7 prosent fra 2022). Det har vært en jevn nedgang i aborttallene siden 2008, men en økning fra 2022. Abortraten økte fra 9,9 per 1000 kvinner i fertil alder i 2022 til 10,4 i 2023. Av alle aborter var 95,2 prosent selvbestemte og 83,7 prosent av disse var utført før 9. uke. 4,7 prosent av abortene (610) var nemndbehandlede. De fleste aborter gjennomføres med andre ord før den gravide vet noe om fosterets egenskaper.
- Andelen nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i forhold til selvbestemte holder seg stabilt. Aldersgruppen 15-19 år gikk fra å være aldersgruppen med høyest antall nemndaborter i 1979 til den med lavest antall i 2021. Dette kan skyldes målrettede tiltak mot yngre kvinner. Aldersgruppen med flest nemndaborter var 30–34 år i 2021, fulgt av 25–29 og 35–39 år. Økende alder hos gravide øker risiko for svangerskap med kromosomavvik.
- I 2023 ble det i alt utført 610 nemndbehandlede avbrudd. Av de utførte nemndbehandlede abortene var nesten alle (607) innvilget i primærnemnd. De fleste nemndbehandlede avbruddene ble innvilget på grunnlag av risiko for fosterskader, og den andelen har økt de siste åra. Abortnemndene gir avslag på begjæring om abort i svært få saker.
- De fleste senabortene handler om fosteravvik i *ønskede* svangerskap. Det er ikke nemndene og lovregulering som bidrar til alvoret i disse situasjonene, men en situasjon der den gravide/paret får sin tilværelse snudd opp ned.
- Det er ingen sammenheng mellom abortlovgivning og abortraten i et land. Det er helt andre forhold som påvirker abortforekomsten. Hvis vi ønsker å påvirke aborttallene, må vi sette inn tiltak rettet mot disse forholdene.
- Abortregulering har heller ikke nevneverdig betydning for når i svangerskapet abortene finner sted. Mer selvbestemmelse sent i svangerskapet ser ikke ut til å forskyve abortene til et senere tidspunkt³.

NSF anerkjenner viktigheten av å ha en abortlov med god oppslutning og støtte i befolkningen og blant helsepersonell. I 2020 gjennomførte Sentio en meningsmåling i befolkningen der 41,9

³ Solberg, B: «Hvorfor en ny abortdebatt nå?» i Michael Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie 4/23.



prosent svarer at abortloven bør forbli som den er, mens 26,9 prosent vil utvide til uke 18 og 11,1 prosent til uke 22. 20,1 prosent har svart noe annet («Vet ikke»?). I Kantars meningsmåling i 2021 svarte 49,7 prosent at de ønsket dagens abortlov, mens 46,5 prosent ville utvide grensen til enten 18 eller 22 uker. Ut fra disse målingene kan det argumenteres for at «befolkningen er delt» i abortspørsmålet. Jordmorforbundet NSF spurte i 2021 sine medlemmer om abortgrensa og reservasjonsrett. 450 av vel 1000 medlemmer svarte på hele eller deler av undersøkelsen. 75 prosent av jordmødrene ønsker at dagens grense skal bestå. I dag er det få jordmødre som benytter seg av reservasjonsretten, men i undersøkelsen svarer en av fire at de vil reservere seg dersom abortgrensen utvides til 18 uker og nesten 50 prosent at de vil reservere seg dersom grensen utvides til 22 uker.

Betyr dette at Abortutvalgets flertalls forslag om å utvide grensen for selvbestemt abort til utgangen av svangerskapsuke 18 vil være i strid med oppfatningen i befolkningen eller til helsepersonell? Ikke nødvendigvis, selv om det opplagt vil være stor variasjon i synspunkter. Men nettopp fordi abort er et verdispørsmål har det stor betydning hvordan spørsmålene er stilt og hvilke svarkategorier man kan velge. Denne type øyeblikksundersøkelser vil ofte ha svært enkle spørsmål/svar. Da vet vi ingen ting om konteksten folk svarer i, hvor mye og hva slags kunnskap og forutsetninger de har for å svare slik de gjør. I verdispørsmål kan det oppleves tryggest å svare konservativt (dvs. bevare, ikke endre). Abortutredningen bringer fram mye ny kunnskap som vil kunne ha stor betydning for hva folk mener. Dermed er det grunn til å tro at en opplyst diskusjon om abort også vil kunne påvirke opinionen, og at flere vil støtte utvidelse av abortgrensen. Så er det selvsagt legitimt å mene noe annet. Vi anerkjenner også viktigheten av å ha en abortlov som er kunnskapsbasert. Oppslutningen om retten til selvbestemt abort har økt sterkt over tid, fra 1973 til i dag. Utvalgets flertall mener dagens grense ved levedyktighet skal opprettholdes og oppfatter at dette har utbredt støtte i befolkningen og blant helsepersonell som bistår ved abort. Aftenposten støtter på lederplass⁴ forslaget om å utvide abortgrensen til 18 uker: «Forslaget er ikke dramatisk. I realiteten er det en tilpasning til dagens praksis. Det bør gi et godt grunnlag for å vedta en ny, oppdatert og fortsatt samlende lov.» NSF slutter seg til dette.

Økt selvbestemmelse for barn og voksne med redusert beslutningskompetanse

Abortutvalget mener det generelt er viktig at mindreårige i så stor grad som mulig har selvbestemmelse og handleevne i saker om abort. Mange mindreårige er bekymret for om de må dele opplysninger om graviditet og abort med foreldrene. Foreldreinvolvering kan sette barn i vanskelige situasjoner eller hindre barn i å oppsøke helsetjenesten. I ytterste konsekvens kan krav om samtykke og søknad fra foreldre føre til at unge gravide blir tvunget til å gjennomføre en graviditet mot deres vilje.

I de fleste situasjoner vil trygg foreldreinvolvering være god ivaretagelse av barnet og det er behov for at abortloven regulerer situasjonen for barn som selv ikke er i stand til å sette fram begjæring.

På denne bakgrunn mener Abortutvalget at abortloven fortsatt bør gi gravide kvinner under 18 år myndighet til å søke om abort. Lovverket bør ikke sette noen nedre aldersgrense, og det foreslås at dagens lovkrav om samtykke fra foreldrene for barn under 16 år ikke videreføres. Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder utfyllende.

NSF støtter forslaget til bestemmelse om barns beslutningskompetanse i forslaget til ny lov.

⁴ Aftenposten leder 29.02.2024 «En ny abortlov bør utvide kvinners rett til å bestemme».



Når det gjelder selvbestemmelse og handleevne for gravide med enkelte typer funksjonsnedsettelse, mener Abortutvalget at dagens regelverk kan komme i konflikt med menneskerettighetene. Reglene er heller ikke tilpasset det generelle nasjonale lovverket i vergemålsloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Vergemålsloven § 21 stiller krav som berører abortsituasjonen og som krever særskilt hjemmel i lov. Utvalget mener derfor at eventuelle inngrep i voksnes handleevne i abortsaker på grunn av redusert beslutningsevne, bør hjemles i abortloven. For å imøtekomme krav i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, foreslår utvalget en bestemmelse i loven som gir gravide med funksjonsnedsettelse rett til særlig beslutningsstøtte når dette er nødvendig. Om den gravide er i stand til å ivareta sine interesser vil bero på en konkret vurdering, og loven bør samtidig åpne for vergemål og at verge kan søke om abort dersom den gravide mangler beslutningskompetanse. Dersom den gravide nekter å samtykke, kan abort ikke gjennomføres. Vergemålsloven og pasient- og brukerrettighetsloven gjelder utfyllende.

NSF støtter forslaget til bestemmelse om myndige gravide uten beslutningskompetanse i forslaget til ny lov.

Nye vilkår for abort (§ 5)

Dagens abortlov setter opp vilkårene for abort etter utløpet av tolvte svangerskapsuke. Abortutvalget foreslår nye vilkår for abort etter tidspunktet for selvbestemmelse, uavhengig av om grensen for selvbestemmelse settes til utløpet av 12. eller 18. svangerskapsuke. Utkastet til ny lov inneholder en annen inndeling av vilkårene, men vilkårene er i stor grad en videreføring av dagens lov.

For NSF er det avgjørende at en ny abortlov skal styrke kvinners autonomi og rettssikkerhet. Loven skal også bringes i samsvar med praksis. NSF mener det er riktig å ha en sikkerhetsmargin til grensen for levedyktighet, som i dagens abortforskrift er definert som utgangen av svangerskapsuke 22. Det kan være usikkert hvor mange uker fosteret faktisk er. Dessuten er uke 18 allerede etablert som en terskel i dagens abortlov. Det skal mer til for å få godkjent abort senere enn det.

NSF er innforstått med at begrepet «levedyktighet» er problematisk. Etter abortforskriften regnes et foster som levedyktig når det er i stand til å overleve utenfor mors liv. Levedyktighet er knyttet til medisinske fremskritt og hva medisinsk teknologi kan gjøre for prematurt fødte barn – til hvilken teknologi og helsehjelp som er tilgjengelig på det tidspunkt og det sted der fødselen skjer. Sosioøkonomiske, geografiske og kulturelle forhold internt i et land kan også innvirke på tilgang på helseressurser, og dermed barnets levedyktighet. Hvis *muligheten* til å behandle forstås som en *forpliktelse* til å behandle, kan en abortgrense basert på mulig uavhengighet av morens kropp, gi fosteret rett til liv stadig tidligere i svangerskapet⁵. En kunstig livmor er allerede under utvikling for bruk på mennesker (fotnote 2). Det hersker ingen medisinsk-etisk enighet om at maksimal innsats alltid er optimalt, på grunn av de følger det kan ha for barnet og familien på kort og lang sikt. Det er rimelig å tenke at et svangerskap handler om mer enn kroppen til den gravide og råderetten over den, og at det går et prinsipielt skille mellom abort som en beslutning om å avslutte et svangerskap på den ene siden og en for tidlig fødsel av et ønsket barn på den andre. I et ansvarsperspektiv handler svangerskapsbeslutninger nettopp om å kunne ta ansvar,

⁵ Ursin, L., Zarosa, Z. og Syltern, J.: «Hvilken betydning bør levedyktighet ha i abortspørsmålet?» i Michael Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie 4/23.



ikke bare for seg selv, men også for akkurat dette potensielle barnet og hvilket liv det vil kunne få, og for familien og andre som den gravide står i forpliktende relasjoner til (fotnote 5). Selv om overlevelse for de mest umodne fostrene har økt vesentlig i høyteknologiland, så har dessverre ikke behandlingsbyrde og senfølger hatt den samme positive utviklingen (samme sted). Disse forholdene bør også være del av en framtidig abortdebatt.

Fosterantallsreduksjon

Problemstillingen om fosterantallsreduksjon (FAR) var ikke aktuell da dagens abortlov ble vedtatt. NSF vil minne om at fram til abortloven ble endret etter regjeringspartiernes forhandlinger i 2019, gjaldt samme regler om selvbestemmelse ved fosterantallsreduksjon som ved abort, dvs. fram til utgangen av 12. svangerskapsuke. Vi må legge til grunn at fosterets moralske status må være det samme for enligner som for flerligner. Det må dermed være medisinske årsaker til at kvinnens selvbestemmelse skal være mindre ved fosterantallsreduksjon enn ved abort, og det var nettopp dette argumentet som ble brukt ved endringen av abortloven i 2019. Store deler av fagmiljøet, inkludert NSF, var imidlertid uenig i at kvinnen skulle fratas selvbestemmelse i spørsmålet om fosterreduksjon⁶. Det ble pekt på at dette var en politisk og ikke medisinsk begrunnet endring. Vi konstaterer at Abortutvalgets flertall har valgt å videreføre begrunnelsene fra 2019 i forslaget om å videreføre bestemmelsen om at FAR alltid skal avgjøres av nemnd. En av pionerene innen FAR, professor Mark Evans, kommenterte den norske abortdebatten ved å vise til at risikoen for gjenværende foster ved FAR er langt lavere enn 5-10 prosent. Evans understreket også at det ikke er noe i veien for å gjennomføre FAR før svangerskapsuke 13-14. En ny dansk nasjonal kohortstudie⁷ som sammenligner utfall av reduserte og ikke-reducerte tvillingsvangerskap med enlingsvangerskap, finner at FAR utført på indikasjon hos foster eller mor i dikorioniske tvillingsvangerskap er en trygg prosedyre med lav risiko for spontanabort eller dødfødsel, særlig når FAR utføres før 14 uker. Dette tilsier at tidlig diagnose er avgjørende for å kunne gjøre inngrep med lavest mulig risiko. Forskerne bak den danske studien peker også på at når retten til FAR ikke samsvarer med retten til selvbestemt abort, vil gravide som ikke får utført FAR i tvillingsvangerskap, kunne velge å terminere hele svangerskapet.

NSF har etterlyst tydeliggjøring i loven og støtter at fosterantallsreduksjon nå reguleres med et eget kapittel. I likhet med abort er også fosterantallsreduksjon et inngrep som berører kvinnens rett til privatliv og reproduktiv selvbestemmelse. Vurderingen av risiko krever spesialisert kompetanse. Hele utvalget foreslår at det bør innføres krav om obligatorisk veiledning og ultralydundersøkelse utført av lege med fostermedisinsk kompetanse ved søknad om fosterantallsreduksjon, før søknaden tas til behandling. Hele utvalget mener også at kvinnen ikke kan ha samme rett til å kreve et slikt inngrep, som til å kreve abort. Lovverket må beskytte det framtidige barnet og ta hensyn til etiske føringer for helsepersonell om ikke å forvolde skade og plikten til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Utvalgets flertall mener at alle fosterantallsreduksjoner skal besluttet i abortnemnd, som i dagens abortlov. Et mindretall mener imidlertid at den gravide, etter å ha mottatt relevant informasjon, selv beslutter om hun ønsker å få utført fosterantallsreduksjon, begrenset fram til 14. svangerskapsuke. Etter dette behandles søknader om fosterantallsreduksjon i nemnd, i tråd med flertallets forslag. Mindretallet legger til grunn at fosterantallsreduksjoner skal være forsvarlige og at de handlingsalternativer kvinnen kan velge, må være vurdert som forsvarlige av

⁶ <https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/2019/04/09/hoie-far-massiv-kritikk-fra-fagmiljoet-for-abortendring/>

⁷ Kristensen, S.E. m.fl. «Risks and pregnancy outcome after fetal reduction in dichorionic twin pregnancies: a Danish national retrospective cohort study.» Am Jour of Obstetrics & Gynecology. May 2023.



kompetent helsepersonell. Ved fosterantallsreduksjon finnes det en liten, men reell, risiko for gjenværende foster, og risikoen synes å øke vesentlig dersom inngrepet utføres etter svangerskapsuke 14. I vurderingen må også tas inn at det er dokumentert at FAR kan bidra til *redusert risiko* for komplikasjoner og bedre overlevelsesutsikter for gjenværende fostre.

NSF kan ikke se at risikoen ved FAR kan begrunne nemndsbehandling i alle slike saker. NSF støtter derfor mindretallet i at den gravide, etter å ha mottatt relevant informasjon, selv beslutter om hun ønsker å få utført FAR, begrenset fram til utløpet av 14. svangerskapsuke.

Abortnemndene

NSF har tidligere, i høringsuttalelse til forslag om endringer i abortloven i forbindelse med fosterantallsreduksjon, uttalt at det er kvinnen som best kan vurdere sine forutsetninger og livsforhold for å kunne dra omsorg for barna. Samtidig er dette [abort] for de fleste et krevende spørsmål og et etisk dilemma, som det vil være nyttig å drøfte med andre før man konkluderer. Erfaringsmessig er kvinner gjerne ferdig reflektert når de møter i nemnd. NSF har derfor ment at veiledning og informasjon kan tilbys på andre og bedre måter enn via nemnd og pekt på at leger, jordmødre og helsesykepleiere har et klart ansvar for å bidra til veiledning og oppfølging av kvinner som vurderer fosterreduksjon. Dette synspunktet gjelder også for abort.

Abortutvalgets gjennomgang av nemndenes organisering og saksbehandling viser en rekke utfordringer. Særlig er abortnemndenes *dobbelrolle* som både den som skal gi informasjon og behandle søknad om abort problematisk og kan svekke kvinnens rettigheter og muligheter til å ta informerte beslutninger. Manglende skriftliggjøring av vedtak, tilfeldige avgjørelser og manglende åpenhet om praksis er i strid med grunnleggende prinsipper i norsk rett. Abortutvalget foreslår derfor at dagens abortnemnder legges ned og at det opprettes nye nemnder som ivaretar kravene til rettssikkerhet. Utvalget mener at de samme hensyn gjør seg gjeldende og de samme krav må legges til grunn enten grensen for selvbestemmelse settes til utgangen av 12. eller 18. svangerskapsuke.

Utvalget foreslår at det opprettes fem til ti nye abortnemnder, organisert ved de fem universitetssykehusene med avdelinger for fostermedisin. Abortnemndene settes sammen av tre medlemmer: en sykehuslege som er nemndas leder, en jurist og ett medlem med medisinsk eller helsefaglig kompetanse⁸, oppnevnt av de regionale helseforetakene. Abortnemndene skal fortsatt være faglig uavhengige, men det foreslås økt kontroll med abortnemndenes praksis og virksomhet. Hovedregelen skal være skriftlig saksbehandling og vedtakene skal være skriftlige og begrunnet. En nasjonal klagenemnd for abort foreslås videreført. Denne settes sammen av fem medlemmer, oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet, hvorav minst to medlemmer skal være leger og ett medlem jurist. Også abortklagenemndas vedtak skal være skriftlige. Abortklagenemnda gis i tillegg kvalitetssikrings- og veiledningsoppgaver som skal sikre større grad av personvern, forutberegnelighet, likebehandling og gjennomsiktighet.

Abortutvalget anbefaler at alle søknader om fosterreduksjon behandles av en abortnemnd som er lokalisert ved St. Olavs hospital HF, fordi nasjonal behandlingstjeneste for fostermedisin er lokalisert der. Fosterantallsreduksjon krever særlig kompetanse og utvalget foreslår at abortnemnda i disse sakene skal bestå av lege med kompetanse innen fostermedisin, en jurist og en person med medisinsk eller helsefaglig kompetanse.

⁸ Dette er nytt. Dagens abortnemnder består av to leger. Tilføringen av jurister i nemndene er bl.a. begrunnet i at dagens abortnemnder får lite systematisk opplæring i juridisk metode og derfor har svak lovforståelse.



Gitt at kvinnens selvbestemmelse ved abort fortsatt skal være innskrenket, vil det også være nødvendig med et uavhengig organ som kan sikre at vilkårene for tillatelse er oppfylt i det konkrete tilfellet. NSF støtter forslaget om å nedlegge dagens nemnder og opprette nye. Vi støtter videre forslaget om at abortnemndene også skal bestå av personer med helsefaglig kompetanse og mener dette kan ivaretas av jordmor/sykepleier. Nemndenes dobbeltrolle er en risikofaktor for abortsøkendes rettssikkerhet. Vi vil presisere at abortnemndene ikke er en veiledningssituasjon, da nemdene skal ta en avgjørelse, ikke gi kvinnen selv mulighet for å ta avgjørelsen. Vi mener behovet for informasjon, veiledning og støtte må ivaretas av andre, som fastlegen, helsestasjon og skolehelsetjeneste, og at jordmødre og helsesykepleiere har en naturlig plass i dette.

Helsepersonells reservasjonsrett

Helsepersonells reservasjonsrett foreslås videreført i den nye abortloven. Samtidig videreføres også helseforetakenes plikt til å tilby helsetjenester i tråd med loven. Hittil har det i Norge ikke vært noe problem å sikre abortrettighetene samtidig som helsepersonells reservasjonsrett ivaretas. I dag er de aller fleste aborter medisinske, og da vil det kun være selve overleveringen av pillene man kan reservere seg mot.

NSF støtter at helsepersonells reservasjonsrett videreføres i ny abortlov.

Opphevelse av abortlovens straffebestemmelse

Dagens abortlov inneholder en straffebestemmelse dersom abort gjennomføres i strid med loven eller dersom det gis uriktige opplysninger i forbindelse med begjæring om svangerskapsavbrudd. Den gravide kan ikke straffes for å gjennomføre abort i strid med loven.

Abortutvalget viser til at det har skjedd en vesentlig utvikling i regelverk som grenser til og overlapper med abortloven, og lovstridig abort vil være i strid med helsepersonellovens bestemmelser. Utvalget foreslår derfor at abortlovens straffebestemmelse ikke videreføres i ny lov. NSF slutter seg til utvalgets vurdering, men også til utvalgets bekymring for om straffeloven i tilstrekkelig grad gir vern mot diskriminering, vold og hat mot kvinner. Graviditet og fødsel er en kjønns spesifikk tilstand og erfaring som gjør kvinner sårbare for særlige former for vold. Vi viser til sivilt samfunns Skyggerapport (2021) til CEDAW-komiteen som peker på at vold mot kvinner er et omfattende samfunnsproblem i Norge og som ber norske myndigheter om å inkorporere Istanbul-konvensjonen i norsk rett. Istanbul-konvensjonen representerer Europarådets gullstandard for hvordan medlemsstatene kan bekjempe vold mot kvinner og vold i nære relasjoner. Norge ratifiserte konvensjonen i 2017, men den er ikke inkorporert i norsk lov og dermed mangelfullt implementert.

Bedre informasjon, råd og veiledning

NSF vil uttrykke sterk bekymring for økningen i aborttallene i den yngste aldersgruppa, slik tallene fra FHI/Abortregisteret viser for 2023. Dette kommer etter lengre tids nedgang som følge av målrettet arbeid mot de yngste. Antall uønskede svangerskap blir påvirket av hvor mye sex folk har og hvor sikker prevensjon de bruker, og det har vært en nedgang i bruken av hormonell prevensjon blant unge. NSF registrerer at det på sosiale medier gis feilaktig informasjon som kan skremme unge jenter fra å bruke hormonell prevensjon. Vi mener det er nødvendig med en styrket satsning på god og riktig informasjon og bevisstgjøring om prevensjon og grensesetting rettet mot de unge.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 994 02 409

Telefaks: 22 04 32 40

E-post: post@nsf.no

www.nsf.no

Bankgiro: 1600 49 66698

Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Godkjent av forbundsleder, 25.03.2024

For gravide som står i en situasjon der de vurderer abort, er det deres liv og framtid det er snakk om. Mange opplever at man er alene fordi abort fortsatt er et tabubelagt tema som for mange er forbundet med skam, og mange er redd for å bli møtt med fordømmelse. Abortutvalgets utredning viser at kvinner tar spørsmålet og situasjonen på dypt alvor og har stort behov for å bli møtt med respekt og støtte⁹.

NSF støtter utvalgets forslag om lovfesting av retten til individuelt tilpasset informasjon og veiledning om abortforløpet, metode, rettigheter og medisinske konsekvenser. Ett av de tydeligste *funnene* i Abortutvalgets kunnskapsinnhenting, var fraværet av oppfølging i etterkant av en abort, og NSF støtter forslaget om lovfestet rett til oppfølgingssamtaler. Det bør komme tydeligere frem hva som menes med veiledning før/under og etter abort spesifisert med tanke på de unge gravide, de under 16 år. Skal de få en annen type oppfølging? All informasjon og veiledning i forbindelse med abort skal være objektiv og nøytral og skal gis av helsepersonell. Det er den *gravides* rettigheter som foreslås lovfestet, og dette må være et prinsipp. Familieperspektivet må likevel inkluderes i større grad enn beskrevet i NOU-en. Familiesituasjonen vil være av stor betydning for den gravides behov for å ta abort. Vi mener derfor det bør vurderes om også partner gis rett til informasjon, råd og veiledning, *dersom den gravide ønsker det*.

Det foreslås lovfestet rett til informasjon om relevante offentlige velferdsordninger og tjenestetilbud. Dette er vesentlig informasjon i forbindelse med både abort og fosterreduksjon. NSF vil særlig peke på at økonomiske støtteordninger og økt permisjonslengde for begge foreldre ved flerlinge-svangerskap er nødvendig for å hindre at sosiale og økonomiske forhold blir utslagsgivende for valg av fosterreduksjon. Dette gjelder også støtteordningene som finnes for unge gravide (under 16 år) og for barn som fødes med funksjonsnedsettelse. Her mangler det gode ordninger i dagens system.

Abortutvalget har gjennomgått informasjonen og veiledningen som blir gitt eller er tilgjengelig for gravide og funnet at den ikke er tilfredsstillende. Utvalget er opptatt av at informasjon og veiledning til gravide skal være god, slik at de ikke takker ja til et tilbud de ikke er tilstrekkelig informert om. Det pekes særlig på tilbud om tidlig ultralyd og NIPT; for en stor andel gravide vil risiko for alvorlig tilstand hos fosteret være lav, og det er usikkert om informasjonen som gis til gravide i forkant er god nok og blir forstått av alle. Dersom man ikke ønsker å stå overfor et abortvalg kan det være et alternativ ikke å takke ja til tilbud om tidlig ultralyd eller NIPT.

NSF støtter forslaget om digital oppfølging slik at gravide får rask og likeverdig tjeneste uavhengig av hvor de bor.

Enklere abortforløp i helsetjenesten

I kapittel 31 ser utvalget på tiltak som kan føre til enklere abortforløp i helsetjenesten. Blant forslagene er nasjonal faglig retningslinje for hele abortforløpet, takst for fastleger ved oppfølgende samtaler etter abort, utprøving og evaluering av sykepleierstyrt abortpoliklinikk på sykehusene, innhenting av erfaringsinformasjon fra abortpasienter, læringsnettverk for jordmødre og sykepleiere, e-læringskurs for helsepersonell og oppdatering av de nasjonale kvalitetsindikatorerne slik at de også omfatter abortområdet.

⁹ Sønderland, K. m.fl.: «Abortutvalgets mandat og arbeid» i Michael Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie 4/23.



NSF mener det bør være *profesjonsnøytrale* takster ved oppfølgingssamtale for å sikre økonomiske insentiver for styrket kvinnehelsetilbud. Det må legges til rette for et tverrfaglig aborttilbud. Videre mener vi at legene også bør inngå i læringsnettverket, fordi små kommuner med få aborter vil gjøre at legene ikke får mengdetrening. Dette for å sikre oppdatert kunnskap.

Veiledning før/under og etter abort bør også være et bredere tilbud i primærhelsetjenesten. Da må rammebetingelsene være på plass. For eksempel ønsker vi et tydeligere søkelys på det forebyggende arbeidet. Det må bygges videre på den eksisterende lovpålagte lavterskel helsetjenesten til barn og unge. Ved å få på plass en nasjonal retningslinje med ansvarsfordeling og nok ressurser til å kunne følge retningslinjen, kan helsesykepleiere og jordmødre være med på å tilby et bredere tilbud. Spesielt med tanke på de unge gravide bør hjelpen være der de unge gravide oppholder seg; i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Abort utenfor sykehus før tiende svangerskapsuke

WHO's retningslinjer viser til at abort er en trygg og lite komplisert helsetjeneste og at inngrepet bør skje så tidlig som mulig i svangerskapet. WHO tar også til orde for en så pasientnær behandling som mulig, der behandlingen flyttes til primærhelsetjenesten. Retningslinjene åpner også for at flere typer helsepersonell enn leger kan utføre abort.

Dagens abortlov krever at abort gjennomføres på sykehus, og abortutvalget mener dette ikke lenger bør være et krav. Det foreslås en formulering i § 12 der det åpnes for at de regionale helseforetakene kan inngå avtale med andre tilbydere av aborthelsetjenester. Dette åpner for at abort kan gjennomføres i primærhelsetjenesten og vil være i tråd med BEON-prinsippet.

NSF ønsker at det gjennomføres pilotprosjekter på abort i kommunehelsetjenesten med klarhet i tidsramme, ansvarsfordeling og finansiering for gjennomføring og oppfølging. Vi ser imidlertid at det er behov for en nærmere utredning av alternativ organisering av aborttjenesten ved tidlig medikamentell hjemmeabort først, slik utvalget redegjør for i kapittel 32.

Mer kunnskap om abort

Abortutvalget peker på behov for mer registerbasert, epidemiologisk forskning, helsetjenesteforskning og kliniske studier, samt forskning om abort i Norge sett fra den gravides side, og de politiske, etiske og samfunnsmessige sidene ved abort. Utvalget anbefaler et eget satsningsområde gjennom Norges forskningsråd der prosjekter fra ulike fagdisipliner kan søke forskningsmidler. NSF støtter dette.

NSF mener helsepersonells reservasjonsrett må videreføres. Vi vil likevel peke på at vi mangler kunnskap om hvordan abortsøkende opplever gjennomføringen av reservasjonsretten og at vi har behov for å overvåke dette dersom abortgrensen utvides.

NSF støtter også forslaget om en gjennomgang av abortregisterforskriften slik at forskriften synkroniseres med ny abortlov, og at det samtidig utredes om registeret skal inneholde personidentifiserbare opplysninger. Abortregisteret er et av få sentrale helseregistre der opplysningene ikke er registrert med personnummer. Det betyr at mulighetene for å benytte registeret til overvåking, forskning og kvalitetssikring er redusert.

NSF støtter også forslaget om følgeevaluering av tilbudet om tidlig ultralyd og NIPT.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 994 02 409
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Godkjent av forbundsleder, 25.03.2024

Gratis helsehjelp

NSF støtter forslaget om lovfesting av gratis helsehjelp i forbindelse med abort og fosterreduksjon for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. Erfaringsmessig er dette en liten gruppe, i en svært sårbar situasjon. Tilsynspraksis har slått ned på tilfeller der gravide er bedt om forhåndsbetaling før abort. Det har også forekommet tilfeller der kvinner er blitt tilsendt faktura for kostnaden etter abortinngrep. Abortutvalget mener ingen gravide bør settes i en valgsituasjon der betalingsevne avgjør valget om abort. Det foreslås likevel en forskriftshjemmel for å kunne begrense fosterantallsreduksjoner til kvinner som har lovlig opphold i Norge.

Avslutningsvis vil NSF uttrykke bekymring for at noen gravide kan oppleve press til å ta abort. For disse kan en eksplisitt rett i abortloven til å fullføre svangerskapet være en støtte. NSF mener abortloven bør inneholde en slik eksplisitt rettighet.

Med vennlig hilsen

Lill Sverresdatter Larsen
Forbundsleder

Kari Tangen
Forhandlingssjef

**NORSK SYKEPLEIERFORBUND**

Tollbugt. 22 Telefon: 994 02 409
Postboks 456 Telefaks: 22 04 32 40
0104 Oslo E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506
MVA

Faktura adresse: sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Godkjent av forbundsleder, 25.03.2024