

Høringsnotat

Endringer i abortloven - fosterreduksjon

Innledning

Det følger av *Granavoldplattformen* (Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti fra 17. januar 2019) at regjeringen vil:
"Fjerne åpningen for abort av en eller flere friske flerlinger (fosterreduksjon) i et svangerskap før grensen for selvbestemt abort."

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

Om fosterreduksjon

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

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

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

Det er imidlertid ikke påvist vesentlig medisinsk gevinst ved reduksjon fra tvilling til singelsvangerskap.

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

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

Vanlig prosedyre ved fosterreduksjon er at legen som utfører inngrepet velger det/de lettest tilgjengelige fosteret/fostrene. Legen setter en injeksjon av kaliumklorid i fosterhjertet via ultralydveiledet nålepunksjon gjennom morens buk, livmor og fosterhinnen.

Risikoen for spontanabort av gjenværende fostre i trilling- og firlingsvangerskap anslås altså til ca. 5-10%. Tallene er hentet fra Aarhus Universitetshospital, som har lang erfaring med fosterreduksjon. Denne risikoen inkluderer også den generelle risikoen for spontanabort i slike svangerskap. Det er imidlertid betydelig usikkerhet knyttet til dette anslaget og fagmiljøet ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin i Norge har mindre erfaring enn Aarhus med å utføre dette inngrepet, noe som kan virke inn på risikoen. Risikoen for spontanabort på grunn av selve inngrepet alene angis av fagmiljøet ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin til ca. 1 prosent. Ved trillinger og firlinger vil det noen ganger være behov for å gjøre flere innstikk. Dette gir høyere risiko.

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

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

Alle 14 begjæringer om fosterreduksjon på grunn av påvist alvorlig sykdom hos fosteret ble behandlet i nemnd. Det samme gjaldt de tre reduksjonene ved firlingsvangerskap og tre av reduksjonene ved trillingsvangerskap. De øvrige 10 reduksjonene ved trillingsvangerskap og de 14 reduksjonene ved tvillingsvangerskap uten påvist alvorlig sykdom ble ikke nemndsbehandlet.

Gjeldende rett

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

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

Justisdepartementets lovavdeling. I rundskrivet fremgår følgende:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår å regulere adgangen til fosterreduksjon i en egen bestemmelse i abortloven. Fosterreduksjon var ikke teknisk mulig da abortloven ble vedtatt og er derfor ikke omtalt i loven eller forarbeidene. Fosterreduksjon reiser vanskelige etiske problemstillinger. Det er derfor en fordel at lovgiver får anledning til å drøfte disse spørsmålene særskilt og ta konkret stilling til hvilke regler som bør gjelde for fosterreduksjon.

Departementet foreslår at det presiseres i loven at fosterreduksjon skal betraktes som et svangerskapsavbrudd. Dette bør gjelde selv om inngrepet teknisk sett ikke avbryter et svangerskap.

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

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

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

Fagmiljøet ved Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin som utfører fosterreduksjonene i Norge har tatt til ordet for at alle begjæringer om fosterreduksjon bør behandles i nemnd. De mener inngrepet ikke bør kunne gjøres basert på selvbestemmelse. Legene har pekt på at det er teknisk vanskelig å utføre fosterreduksjon tidlig i svangerskapet og mener det av medisinske årsaker ikke kan anbefales å utføre fosterreduksjon før utgangen av tolvte svangerskapsuke. I praksis gjør de derfor i dag alle inngrepene etter tolvte svangerskapsuke. Etter abortforskriften § 3 kan inngrepet utsettes i kortere tid av hensyn til forsvarlig medisinsk praksis uten at retten til selvbestemmelse faller bort. Legene mener imidlertid at det er uheldig at vi systematisk praktiserer rett til selvbestemt fosterreduksjon basert på en slik unntaksbestemmelse. Legene mener det bør bli bedre samsvar mellom lovverket og medisinsk praksis.

Departementet følger disse anbefalingene og foreslår at alle begjæringer om fosterreduksjon skal behandles i nemnd. Retten til selvbestemmelse etter § 2 andre ledd skal ikke gjelde ved fosterreduksjon.

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

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

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

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

Etter § 2 tredje ledd bokstav a (medisinsk indikasjon) kan fosterreduksjon innvilges på grunnlag av kvinnens helse, dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barna kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom.

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

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

Dersom kvinnen er gravid med trillinger eller firlinger, skal nemnda ut fra en risikovurdering kunne innvilge fosterreduksjon fra tre eller fire til to etter forslag til ny § 2a fjerde ledd, av hensyn til risikoen for tidlig fødsel eller spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å redusere ytterligere, til ett foster, kan nemnda innvilge fosterreduksjon etter bokstav a dersom kvinnens helsemessige forhold tilsier det. Vurderingstemaet i slike saker blir tilsvarende som ved begjæring om fosterreduksjon ved tvillingsvangerskap etter samme indikasjon.

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

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

Dersom kvinnen er gravid med trillinger eller firlinger, skal nemnda ut fra en risikovurdering som nevnt kunne innvilge fosterreduksjon fra tre eller fire til to etter forslag til ny § 2a fjerde ledd, av hensyn til risikoen for tidlig fødsel eller spontanabort. Dersom kvinnen ønsker å

reducere til ett foster, kan nemnda innvilge fosterreduksjon etter bokstav b.

Vurderingstemaet i slike saker blir tilsvarende som ved begjæring om fosterreduksjon ved tvillingsvangerskap etter samme indikasjon.

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

Ved vurderingen av begjæring om fosterreduksjon begrunnet i forhold som nevnt i § 2 tredje ledd bokstav a, b og c skal det tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, blant annet hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet.

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

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

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

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

Etter abortforskriften § 18 skal et foster antas å være levedyktig dersom det ville vært i stand til å overleve utenfor mors liv på det tidspunkt et eventuelt avbrudd ville vært utført. Ved vurderingen skal det tas hensyn til eksisterende muligheter for behandling etter forløsning.

Dersom det ikke er særlige forhold ved fosteret som tilsier noe annet, skal et foster antas å være levedyktig etter 22. svangerskapsuke (21 uker og 6 dager).

Saksbehandlingen ved fosterreduksjon skal stort sett følge samme regler som for behandling av begjæringer om svangerskapsavbrudd når inngrepet ikke kan utføres før etter utgangen av tolvte svangerskapsuke.

Begjæringen om fosterreduksjon kan fremsettes overfor lege eller direkte overfor en nemnd, jf. utkastets § 2a sjette ledd. Begjæringen skal fremsettes av kvinnen selv, jf. § 4 og ellers etter de øvrige reglene i § 4 for eksempel dersom kvinnen er under 16 år.

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

Dersom begjæringen om fosterreduksjon er satt frem overfor en lege, skal legen informere kvinnen etter reglene i § 5 andre ledd og deretter straks sende begjæringen sammen med en skriftlig utredning om de grunner kvinnen anfører og de observasjoner som er gjort til nemnd. Bestemmelsen i § 6 vil ikke gjelde ved begjæring om fosterreduksjon.

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

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

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

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

Administrative og økonomiske konsekvenser

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

Forslag til lov om endringer i abortloven

I lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd (abortloven) gjøres følgende endringer:

Ny § 2a skal lyde:

§ 2a

Fosterreduksjon regnes som svangerskapsavbrudd etter denne loven.

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

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

I tillegg kan nemnda innvilge fosterreduksjon der antall fostre reduseres til to etter en vurdering av risiko for spontanabort og tidlig fødsel.

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

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