



Helse- og omsorgsdepartementet,
Postboks 8011, Dep,
0030 OSLO

Oslo, 2. september 2014

Vedr: Høringsnotat: Forslag til endringer i abortforskriften. Grensen for når abort kan innvilges ved vurdering av fosterets levedyktighet mv., ref. 14/2375

Vi viser til det tilsendte høringsdokumentet.

Saken om tidsgrensen for senaborter ble aktualisert etter synliggjøringen av en delvis skjønnsbasert praksis, muligens relatert til blant annet uklare formuleringer i forskriften. . Norges Kristelige Legeforening (NKLF) stiller seg derfor positiv til at regjeringen nå kommer med endringsforslag som innebærer at reglene presiseres, at senaborter etter 22 uker kun unntaksvis kan skje, og at det ufødte barnets rettsvern ivaretas på en bedre måte enn tidligere. Vi ønsker også å gi departementet honnør for presiseringen om at nemdmedlemmene skal være faste og at utvelgelse ad hoc i hver enkelt sak ikke tillates. Ved at man sikrer fagkunnskap og erfaring i slike saker, styrkes også rettssikkerheten til barnet. Vi støtter forslaget om at en kriminell handling som utgangspunkt for svangerskapet ikke skal kvalifisere til senabort ut over 22 uker.

Vi har følgende merknader til departementets forslag til endring av forskriften.

1. Loven vil fortsatt tillate senaborter ut over 22 uker dersom «svangerskapet medfører en overhengende fare for kvinnens liv eller helse». Vi har i dag et utvidet helsebegrep i forhold til tidligere, som innbefatter både sosiale forhold, økonomisk situasjon, følelsesmessige situasjoner etc. Vi mener derfor at begrepet helse i forskriften bør defineres nærmere til å gjelde alvorlige medisinske følgetilstander av svangerskapet.



2. Vi er kjent med at det i ekspertutvalget var dissens (Reidar Pedersen), på presiseringen av svangerskapets lengde ved et avbrudd. Han argumenterte med at ultralyd som metode for å fastsette lengden på svangerskapet er beheftet med måleusikkerhet, som alle andre medisinske metoder. Ved ultralyd kan denne usikkerheten være $\pm 10\%$. For å sikre at et svangerskapsavbrudd aldri skjer etter 22 uker bør derfor grensen settes til senest 21 uker. På denne måten kommer tvilen som oppstår ved en ultralyd barnet til gode. Vi støtter Pedersens begrunnelse for en lavere grense.

3. Vi har forstått det slik at departementet mener at «dødelige tilstander» hos barnet fortsatt skal kvalifisere til abort ut over 22 uker. Tilstander som har vært definert som uforenlige med liv har for eksempel vært trisomi 13 og 18. I flere tilfeller har barn med disse diagnosene blitt født og har levd et meningsfullt liv, (<http://tidsskriftet.no/article/3069148/>.) Vi mener derfor at begrepet «uforenlig med liv» må tolkes svært restriktivt til å gjelde de tilfellene det er det hevet over enhver tvil at barnet vil dø før, under, eller i minuttene etter fødsel. Begrepet «uforenlig med liv» må alltid være basert på en individuell vurdering i hvert enkelt tilfelle, og ikke på diagnose alene.

På et generelt grunnlag ønsker vi å fremheve at selv om vi støtter innstramningen og presiseringen, så er vi av den oppfatningen at menneskeverdet er uavhengig av utviklingstrinn og egenskaper. Vi ser derfor ulemper ved den gjeldende abortloven, som synes å bygge på et gradert menneskeverd ettersom beskyttelsen er gradert.

Vi ser frem til den videre behandling av forslaget.



Norges Kristelige
Legeforening

Med vennlig hilsen,

Olav Magnus S. Fredheim (sign.),
styreleder

Magnar Kleiven (sign.),
generalsekretær