DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 63

(2005–2006)

Om lov om endringer i lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering (tilpasning til biomedisinkonvensjonen)

Innhold

1 Proposisjonens hovedinnhold 5

2 Bakgrunnen for lovforslaget 6

3 Om biomedisinkonvensjonen 9

4 Forslag til endringer i lov om svangerskapsavbrudd § 9 10
4.1 Gjeldende rett 10
4.2 Forholdet til biomedisinkonvensjonen 11
4.3 Høringsnotatets forslag 11
4.4 Høringsinstansenes syn 11
4.5 Departementets vurderinger 12

5 Forslag til endringer i lov om sterilisering § 5 14
5.1 Gjeldende rett 14
5.2 Forholdet til biomedisinkonvensjonen 14
5.3 Høringsnotatets forslag 15
5.4 Høringsinstansenes syn 15
5.5 Departementets vurderinger 15

6 Forslag til endringer i lov om sterilisering § 9 16
6.1 Gjeldende rett 16
6.2 Forholdet til biomedisinkonvensjonen 17
6.3 Høringsnotatets forslag 17
6.4 Høringsinstansenes syn 17
6.5 Departementets vurdering 17

7 Økonomiske og administrative konsekvenser 18

8 Merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslaget 18

Forslag til lov om endringer i lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering (tilpasning til biomedisinkonvensjonen) 21

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 63

(2005–2006)

Om lov om endringer i lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering (tilpasning til biomedisinkonvensjonen)

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 7. april 2006, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen StoltenbergII)

1 Proposisjonens hovedinnhold

Regjeringen legger med dette frem forslag om endringer i lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd og i lov 3. juni 1977 nr. 57 om sterilisering. Endringene foreslås for å sikre at norsk lovgivning er i overensstemmelse med de krav som *Europarådets konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og menneskets verdighet i forbindelse med anvendelsen av biologi og medisin: konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin* (heretter kalt biomedisinkonvensjonen) stiller når det gjelder adgangen til å foreta inngrep overfor personer som ikke er i stand til å samtykke. De foreslåtte endringene presiserer når det etter nevnte lover skal være adgang til å tillate inngrep overfor personer som ikke er i stand til selv å samtykke, fordi de er så alvorlig sinnslidende eller psykisk syke at de ikke har evne til å forstå betydningen av inngrepet.

Biomedisinkonvensjonen trådte i kraft 1. desember 1999, og den er det første bindende europeiske instrumentet som ivaretar enkeltmenneskets rettigheter ved medisinsk forskning og behandling. Norge undertegnet konvensjonen i 1997 og har etter undertegnelsen vurdert norsk rett opp mot konvensjonens krav med sikte på ratifikasjon.

Norsk lovgivning og praksis er i dag langt på vei tilfredsstillende i forhold til de krav konvensjonen stiller. Når det gjelder lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering, er det imidlertid et behov for å foreta noen presiseringer i lovteksten som regulerer adgangen til å tillate inngrep overfor personer som ikke er i stand til selv å samtykke.

Forslaget til lovendringer skal presisere at det kun er i de helt unntaksvise tilfeller at det vil være anledning til å tillate inngrep overfor personer som mangler samtykkekompetanse. Det er her en klar forutsetning at hensynet til den det gjelder skal veie tyngst i disse tilfellene. Forslaget legger opp til en snevrere adgang til å tillate inngrep enn dagens ordlyd åpner for. Det antas imidlertid at de foreslåtte endringer vil medføre små endringer i dagens praksis.

Kapittel 1 inneholder et sammendrag av lovforslaget. Kapittel 2 gir en oversikt over bakgrunnen for lovforslaget, mens kapittel 3 omhandler biomedisinkonvensjonens innhold og Norges forhold til konvensjonen.

Kapittel 4 tar for seg de foreslåtte endringer i lov om svangerskapsavbrudd. Etter dagens lovgivning er det fylkesmannen som skal samtykke til svangerskapsavbrudd for personer som ikke har samtykkekompetanse. Endringene innebærer en innskrenking av fylkesmannens kompetanse i forhold til hvilke hensyn som kan begrunne at det gis samtykke til svangerskapsavbrudd for personer som ikke kan samtykke. En person vil bli ansett for ikke å kunne samtykke når vedkommende er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshem-

met i betydelig grad og det må antas at vedkommende ikke har evne til å forstå betydningen av inngrepet.

Det foreslås å begrense adgangen til å samtykke til svangerskapsavbrudd i disse tilfeller til situasjoner der kvinnen vil ha en klar interesse i at dette tillates. Ved vurderingen av hva som er i kvinnens klare interesse skal det blant annet legges vekt på om svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til en urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse eller sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon. Det skal tas hensyn til om det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet. Videre skal det tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes mulighet til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet, og det skal legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv og hennes verge bedømmer situasjonen.

Kapittel 5 tar for seg de foreslåtte endringer i lov om sterilisering om adgangen til å gi tillatelse til sterilisering. Med *sterilisering* forstås et medisinsk inngrep som opphever forplantningsevnen uten at kjønnskjertlene påvirkes. Inngrepet virker ikke inn på kjønnsdriften. Sterilisering av menn er et mindre medisinsk inngrep enn sterilisering av kvinner. Selv om forplantningsevnen i visse tilfeller kan gjenvinnes ved reoperasjon, bør man foreløpig legge til grunn at sterilisering vil lede til et varig tap av forplaningsevnen. Det er steriliseringsnemnda i fylket som etter dagens lovgivning kan gi tillatelse til sterilisering overfor personer som ikke kan samtykke og der helbredelse eller vesentlig bedring ikke kan påregnes.

Endringene medfører en innskrenkning av steriliseringsnemndas kompetanse til å gi slik tillatelse overfor personer som ikke kan samtykke selv. Dette vil være personer som har en så alvorlig sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller psykisk svekkelse at vedkommende ikke har evne til selv å ta standpunkt til inngrepet. Etter dagens regler kan vergen søke om sterilisering på vedkommendes vegne blant annet når det på grunn av arveanlegg hos vedkommende er betydelig fare for at barn kan få alvorlig sykdom eller lyte, eller når vedkommende ikke vil kunne dra tilfredsstillende omsorg for barn på grunn av sinnslidelse, psykisk utviklingshemming eller psykisk svekkelse. Det foreslås å begrense adgangen til å tillate inngrep med ovennevnte begrunnelser til tilfeller der sterilisering fremstår som det beste alternativ for å forebygge svangerskap for den det gjelder.

Kapittel 6 tar for seg de foreslåtte endringer i lov om sterilisering som angår Steriliseringsrådets adgang til å gi tillatelse til kastrering overfor personer som ikke kan samtykke. *Kastrering* innebærer at kjønnskjertlene fjernes eller settes ut av funksjon. Et slikt inngrep er atskillig mer inngripende enn sterilisering og kan blant annet medføre en vesentlig endring av kjønnsdriften. Endringene innebærer en innskrenkning av Steriliseringsrådets kompetanse til å gi tillatelse til kastrering overfor personer uten samtykkekompetanse. Vergen eller politimesteren kan søke om kastrering på vedkommendes vegne dersom vedkommende selv ikke har samtykkekompetanse, og vedkommende må formodes å ville begå sedelighetsforbrytelser på grunn av abnorm kjønnsdrift.

Det foreslås å begrense adgangen til å tillate inngrep med denne begrunnelse til tilfeller der mindre inngripende virkemidler ikke er tilstrekkelige, og der kastrering med stor grad av sannsynlighet vil ha den ønskede effekt. Videre foreslås det å utvide klageadgangen over Steriliseringsrådets vedtak, slik at det i disse tilfeller også kan klages over at det gis tillatelse til kastrering.

Kapittel 7 inneholder en drøftelse av de antatte økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget til lovendring, og konkluderer med at disse synes små. Kapittel 8 inneholder nærmere merknader til de foreslåtte lovendringer.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

Lovforslaget fremmes som et ledd i arbeidet med å gjøre klart for norsk ratifikasjon av biomedisinkonvensjonen. Norge kan først ratifisere etter at Stortinget har fått seg forelagt saken og samtykket til ratifikasjon. Samtidig som lovforslaget forelegges Stortinget, fremmer regjeringen en Stortingsproposisjon om samtykke til ratifikasjon av biomedisinkonvensjonen.

Lovforslaget omhandler tilfeller der en verge kan begjære svangerskapsavbrudd eller søke om sterilisering eller kastrering på vegne av en person som ikke selv kan samtykke og som ikke har evne til selv å ta standpunkt til inngrepet.

Det foreligger lite statistisk materiale om omfanget av dagens praksis på dette området. Statistisk sentralbyrå (SSB) ved seksjon for Helsestatistikk er databehandlere for register for svangerskapsavbrudd med Nasjonalt folkehelseinstitutt som databehandlingsansvarlige. SSB fører oversikt over antall utførte svangerskapsavbrudd på landsbasis, etter alder, bostedsfylke, sivilstand og etter svangerskapets lengde. De siste ti år har det vært mellom 6 og 19 tilfeller i året der vergen har

søkt på vegne av kvinnen, men det fremgår ikke av denne statistikk hvorvidt disse kvinnene har hatt samtykkekompetanse eller ikke. Etter lov om svangerskapsavbrudd skal kvinnens samtykke innhentes når vergen søker på hennes vegne i alle tilfeller der hun har evne til å forstå betydningen av inngrepet, jf. § 4 annet ledd.

Det føres også statistikk over antall svangerskapsavbrudd som foretas etter 12. uke per år. Dette utgjorde 3,7 prosent av alle aborter både i 2003-2004. Det innrapporteres hvilket av hensynene i lov om svangerskapsavbrudd § 2 som begrunner inngrepet. Et av hensynene i § 2 som kan begrunne at det tillates svangerskapsavbrudd etter søknad, er om kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i alvorlig grad. Bakgrunnen for de aller fleste av innvilgelsene var risiko for fosterskader (ca 40 prosent), sosiale årsaker eller mors helse (ca 60 prosent). For 2003 og 2004 var det til sammen tre tilfeller der det faktum at kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i alvorlig grad ble brukt som delbegrunnelse for å innvilge svangerskapsavbrudd. Dette var kvinner som søkte selv, og som derfor hadde samtykkekompetanse. Svangerskapsavbrudd ble i disse tilfeller heller ikke innvilget på dette vilkåret alene.

SSB fører også statistikk over steriliseringsinngrep etter avgjørelse, årsak, kjønn og alder. Heller ikke her registreres det om personen hadde samtykkekompetanse eller ikke. Det registreres imidlertid om steriliseringen tillates etter nemndsbehandling. Steriliseringsnemndene behandler søknader som gjelder personer som er under 25 år, og personer med alvorlig sinnslidelser eller som er psykisk utviklingshemmet eller psykisk svekket. I 2003, som er det siste året SSB har fått inn tilstrekkelig materiale til å kunne utarbeide statistikk for, fremgår det at det var en mann og to kvinner som fikk innvilget sterilisering i Norge med begrunnelsen av at de hadde et psykisk handikap. Disse var imidlertid også i aldersgruppen 20-24 år, så det kan ikke utledes fra statistikken noe om begrunnelsen for nemndsbehandling ettersom alle under 25 år må få sine søknader behandlet i en nemnd. Sosial- og helsedirektoratet arbeider i samarbeid med steriliseringsnemndene om å kartlegge dagens praksis knyttet til sterilisering av personer uten samtykkekompetanse. Steriliseringsrådet, som mottar klager på nemndsbehandlingen, har uttalt at bestemmelsene i dagens lov om sterilisering praktiseres i tråd med det herværende forslag til endringer.

Det har ikke blitt behandlet søknader om kastrering på mange år. Når det gjelder erfaringer med psykisk utviklingshemmede som får barn, foreligger det heller ikke utførlig statistikk. Barnevernet registrerer saker med utgangspunkt i barnet, og hvorvidt dette opplever omsorgssvikt. Grunnen til foreldres omsorgssvikt som sådan, for eksempel psykisk utviklingshemming, blir ikke registrert annet enn i den enkelte sak. Norske undersøkelser gir imidlertid et nokså entydig bilde på at utviklingshemmede generelt har problemer med å ivareta en forsvarlig omsorg for barn. Studier viser at utviklingshemmede som blir foreldre ikke vokser på de nye utfordringene, men peker på at utviklingshemmede, som stort sett har levd selvstendig tidligere, etter at de er blitt foreldre har behov for å motta massive offentlige tjenester. Sannsynligheten for at barn av psykisk utviklingshemmede selv blir psykisk utviklingshemmede, er også større enn for befolkningen ellers.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 16. desember 2005 utkast til lov om endringer i lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering – tilpasning til biomedisinkonvensjonen på høring. Høringsfristen var satt til 27. januar. Høringsnotatet ble sendt til følgende adressater:

ADHD-foreningen
Amathea
Amnesty International Norge
Ananke, Støtteforeningen for mennesker med tvangslidelse
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem
Autismeforeningen i Norge
Barneombudet
Bioteknologinemnda
Cerebral Parese-foreningen
Datatilsynet
Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin (NEM)
Den norske advokatforening
Den norske Dommerforening
Den norske jordmorforening
Den norske lægeforening
Den Norske Kreftforening
Departementene
Det Norske Diakonforbund
Fagforbundet
Fagrådet for psykiatri
FarmasiForbundet
Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere
Foreningen for blødere i Norge
Foreningen for Hjerte-Lunge Transplanterte
Foreningen for hjertesyke barn
Foreningen for Muskelsyke
Foreningen for kroniske smertepasienter

Foreningen Roma
Forum for Bioteknologi
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Fylkesrådet for funksjonshemmede
Helsetilsynet i fylkene
Helsetjenestens Lederforbund
HIV-Norge
Human-Etisk Forbund
Hørselshemmedes Landsforbund
Kirkens Bymisjon
Kommunenes Sentralforbund
Landets distriktpsykiatriske sentra
Landets fylkesmenn/Sysselmannen på Svalbard
Landets helseforetak
Landets fylkeskommuner
Landets kommuner
Landets kontrollkommisjoner
Landets regionale helseforetak
Landets høyskoler (m/sos.fagl. utdannelse)
Landets pasientombud
Landets politidistrikt
Landets universiteter
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
Landsorganisasjonen for Romanifolket
Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende
Landsforeningen Mitt Livstestament
Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
Landsorganisasjonen i Norge
Mental Helse Norge
Multippel Sklerose Forbundet i Norge
Nasjonalforeningen for folkehelsen
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling
Norges Blindeforbund
Norges Døveforbund
Norges Fibromyalgi Forbund
Norges Handikapforbund
Norges Juristforbund
Norges kristelige legeforening
Norges Parkinsonforbund
Norges Røde Kors Landsforening
Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Norsk forening for nevrofibromatose
Norsk forening for Ostegenisis Imperfecta
Norsk forening for Tuberøs Sklerose
Norsk Helse- og Sosialledelag
Norsk Pasientforening
Norsk Psykiatrisk Forening
Norsk Psykologforening
Norsk senter for menneskerettigheter
Norsk sykepleierforbund
Norsk Tjenestemannslag (NTL)
Norsk Thyreoideaforbund
Norsk Vernepleierforbund
Omsorgsrådet
Organisasjonen Voksne for Barn
Pasientombudene
Personvernnemnda
Politidirektoratet
Pårørendeforeningen for aldersdemente/alzheimer
Regjeringsadvokaten
Redd Barna
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Norge
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Midt-Norge
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Øst-Norge
Ryggmargsbrokkforeningen
Rådet for psykisk helse
Sametinget
Senter for medisinsk etikk
Senter for sjeldne sykdommer og diagnosegrupper
Sosial – og helsedirektoratet
Statens Helsetilsyn
Statens råd for funksjonshemmede
Steriliseringsrådet
Steriliseringsnemndene i fylkene
Stortingets ombudsmann for forvaltningen
Støtteforeningen for Kreftsyke Barn
Taternes Landsforening
Turner Syndrom foreningen i Norge
Vestlandske Blindeforbund
We shall overcome
Yngre legers forening
Yrkesorganisasjonenes sentralforbund

Departementet mottok om lag 35 høringsuttalelser til forslaget om endringer i lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering. 20 av høringsuttalelsene hadde ingen særskilte kommentarer. De resterende var positive til forslaget, med unntak av *Norges kristelige legeforening,* som er av den oppfatning at hele abortlovgivningen, herunder forslaget til endringer, må ta opp i seg et syn der også barnets eget liv blir vurdert som en grunnleggende rettighet.

Justisdepartementet hadde merknader til lovbestemmelsenes utforming.

Bioteknologinemnda mener endringene som er foreslått i høringsnotatet ivaretar interessene til

dem uten samtykkekompetanse, men ønsker at det foretas presiseringer i teksten for å gjøre den mer forståelig for de berørte parter, som familiemedlemmer og verger til dem uten samtykkekompetanse. Nemnda ønsket også en vurdering av hvilke hensyn som skal tas for å unngå svangerskap/fødsel der de potensielle barna enten vil bli alvorlig syke selv eller lide under det faktum at foreldrene ikke har omsorgsevne.

Bioteknologinemnda etterlyser videre en beskrivelse av omfanget av nåværende praksis for prevensjon, sterilisering, abort, barn født av foreldre/mødre uten samtykkekompetanse, samt hvorledes dette håndteres i forhold til overtakelse av omsorg for barna med mer. Dette er nå omtalt ovenfor i dette kapittel.

Det vil bli referert nærmere til høringsinstansenes syn i omtalen av de ulike lovforslagene, jf. kapittel 4, 5 og 6.

3 Om biomedisinkonvensjonen

Biomedisinkonvensjonen trådte i kraft 1. desember 1999. Konvensjonen ivaretar enkeltmenneskets rettigheter ved medisinsk forskning og behandling. Konvensjonen søker å beskytte menneskets verdighet, rettigheter og friheter gjennom en rekke prinsipper og gjennom forbud mot misbruk av biologiske og medisinske fremskritt.

Konvensjonen er hittil ratifisert av 19 land. Ytterligere 14 land har undertegnet den. Norge undertegnet konvensjonen 4. april 1997 og har i den prosess som har ledet opp til herværende lovforslag vurdert norsk rett opp mot konvensjonens krav med sikte på ratifikasjon.

I følge biomedisinkonvensjonen artikkel 1 skal hver stat i sine nasjonale lover treffe nødvendige tiltak for å gjennomføre bestemmelsene i konvensjonen. Etter artikkel 27 kan ingen av bestemmelsene i konvensjonen tolkes slik at de innskrenker partenes adgang til å fastsette bestemmelser som gir et mer omfattende vern med hensyn til anvendelsen av biologi og medisin enn det vern konvensjonen etablerer.

Kapittel I inneholder alminnelige bestemmelser, blant annet om konvensjonens formål om beskyttelse av alle menneskers verdighet og identitet, forrang for menneskets interesser og velferd fremfor samfunnets eller vitenskapens interesser, rettferdig og rimelig adgang til helsetjenester, samt krav om at all inngripen på helseområdet skal være i samsvar med relevante profesjonelle forpliktelser og standarder. I likhet med den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) inneholder konvensjonen ikke definisjon av betegnelsen «menneske». Det er opp til de land som tilslutter seg konvensjonen å definere hvorvidt betegnelsen også skal omfatte det ufødte liv.

Kapittel II inneholder bestemmelser om fritt og informert samtykke ved medisinsk behandling. Det etableres et vern av personer som ikke er i stand til å samtykke, slik at inngrepen ovenfor en slik person kun kan foretas når det er direkte til fordel for personen selv. Videre inneholder kapittelet en bestemmelse om unntak for samtykke i nødssituasjoner, og en artikkel som regulerer visse sider av tvangsbehandling av alvorlig sinnslidende personer.

Kapittel III inneholder bestemmelser om respekt for privatlivet med hensyn til opplysninger om egen helse, mens *kapittel IV* inneholder bestemmelser om menneskets arveanlegg, inklusive et forbud mot diskriminering på grunnlag av arveanlegg.

Kapittel V regulerer beskyttelsen av personer ved vitenskapelig forskning. Det stilles en rekke betingelser for at forskning skal kunne utføres. Konvensjonen legger videre opp til meget strenge beskyttelsesregler for forskning på personer som ikke kan gi eget samtykke.

Kapittel VI inneholder bestemmelser om transplantasjon av organer og vev fra levende givere. Transplantasjon fra personer som ikke kan gi eget samtykke skal kun unntaksvis finne sted – og da under meget strenge betingelser.

Kapittel VII inneholder bestemmelser om forbud mot at menneskekroppen eller deler av den ikke kan gi opphav til økonomisk gevinst, og *kapittel VIII* inneholder nærmere bestemmelser om partenes plikt til å besørge tilstrekkelig rettslig beskyttelse for å hindre eller stanse en ulovlig krenkelse av konvensjonens bestemmelser.

Kapittel IX inneholder bestemmelser som regulerer adgangen til innskrenkning av konvensjonens rettigheter, og retten til ytterligere beskyttelse gjennom nasjonal lovgivning av de områder konvensjonen omhandler. *Kapittel X* pålegger blant annet partene å sørge for at de grunnleggende spørsmål som utviklingen innen biologi og medisin gir opphav til blir gjort til gjenstand for offentlig debatt.

Kapittel XI inneholder bestemmelser vedrørende fortolkning og oppfølgning av konvensjonen. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen kan på anmodning avgi rådgivende fortolkninger om juridiske spørsmål. Konvensjonen gir ikke klagemulighet for den enkelte borger slik som tilfellet er med den europeiske menneskerettighetsdomstolen.

Kapittel XII gir nærmere regler for inngåelse av protokoller for å videreutvikle konvensjonen på bestemte områder. *Kapittel XIII* inneholder bestemmelser om fremgangsmåten ved eventuelle endringer i konvensjonen, mens *kapittel XIV* blant annet omhandler undertegning, ratifikasjon, ikrafttreden, forbehold og oppsigelse.

4 Forslag til endringer i lov om svangerskapsavbrudd § 9

4.1 Gjeldende rett

Det alminnelige utgangspunkt etter lov om svangerskapsavbrudd er at begjæring om svangerskapsavbrudd skal fremsettes av kvinnen selv, jf. § 4 første ledd. Kvinnen tar selv den endelige avgjørelsen om svangerskapsavbrudd i tilfeller der inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det, jf. § 2 annet ledd. Etter tolvte svangerskapsuke kan svangerskapsavbrudd foretas dersom en nemnd tillater dette, jf. §§ 2 tredje ledd og 7 annet ledd.

Er kvinnen «alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad» kan begjæring om svangerskapsavbrudd etter § 4 annet ledd fremsettes av vergen. Dersom kvinnen er uten verge skal tingretten på begjæring fra hennes lege eller nemnda oppnevne hjelpeverge til å utføre vergens oppgaver etter loven, jf. § 4 tredje ledd.

Reglene for oppnevning av hjelpeverge fremgår av vergemålsloven kapittel 8. Vilkårene for når hjelpeverge kan oppnevnes fremgår av § 90 a. Av § 90 b fremgår det at hjelpevergen kan gis myndighet til å ivareta klientens anliggender i sin alminnelighet eller enkelte særlige anliggender. Det skal ved oppnevningen tas uttrykkelig stilling til myndighetsområdet ved oppnevningen, og myndighetsområdet bør ikke gjøres mer omfattende enn nødvendig. Tingretten bør følgelig presisere i oppnevningen at vervet som hjelpeverge vil omfatte å fremme begjæring om svangerskapsavbrudd etter lov om svangerskapsavbrudd.

Kvinnens samtykke skal innhentes «såfremt det kan antas at hun har evne til å forstå betydningen av inngrepet», jf. § 4 annet ledd andre punktum. For de tilfeller der det må antas at kvinnen ikke har evne til å forstå betydningen av inngrepet kan svangerskapsavbrudd kun foretas med samtykke av fylkesmannen, jf. § 9 bokstav c, jf. § 4 annet ledd annet punktum. Dersom inngrepet ikke kan skje innen utgangen av tolvte svangerskapsuke kreves fylkesmannens samtykke før nemndsbehandling. I disse tilfeller vil det altså være en totrinnsprosess der både fylkesmannen og nemnden må samtykke før inngrepet kan tillates.

Det stilles allerede etter dagens regler meget strenge krav for at en kvinne skal kunne anses for ikke å ha samtykkekompetanse etter § 4 annet ledd annet punktum. Vilkåret «alvorlig sinnslidende» skal etter forarbeidene tolkes på samme måte som det tilsvarende begrepet som er hovedvilkåret for tvangsinnleggelse etter psykisk helsevernloven av 1961, jf. Ot.prp. nr. 38 (1974-75): Om lov om svangerskapsavbrudd. Dette begrepet ble beholdt i den nye psykisk helsevernloven av 2. juli 1999 nr. 62, slik at begrepets innhold vil være likt etter den nye og den gamle loven.

Ved vedtagelsen av lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) ble det uttalt at begrepet «alvorlig sinnslidelse» ligger nær opptil det medisinske begrepet psykose, som i faglitteraturen vanligvis er forklart som sinnslidelser der det har utviklet seg en svekkelse av psykiske funksjoner av en slik grad at det griper sterkt inn i personens sykdomsinnsikt, evne til å møte dagliglivets krav og evne til å bevare kontakt med virkeligheten, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-1999): Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven) s. 77. Enkelte andre tilstander enn psykosene vil også kunne utgjøre «alvorlig sinnslidelse», men det er bare i særlige grensetilfeller at det kan komme på tale med tvangsomsorg overfor den som har psykisk lidelse uten å være psykotisk. I disse tilfellene står man overfor en helhetsvurdering, der ikke bare sykdomstilstanden, men også de utslagene den gir seg, må tillegges stor vekt. Det kan være tale om «alvorlig sinnslidelse» hos personer med store karakteravvik der lidelsen medfører tap av mestrings- og realitetsvurderingsevnen. Det understrekes at «alvorlig sinnslidelse» er et strengt kriterium, jf. Ot.prp. nr. 11 (1998-1999) s. 78.

Vilkåret «psykisk utviklingshemmet i betydelig grad» forutsettes i forarbeidene til lov om svangerskapsavbrudd å omfatte personer med IQ under 55, jf. Ot.prp. nr. 38 (1974-75). Det er imidlertid viktig å presisere at avgjørelsen av om hvorvidt kvinnen er psykisk utviklingshemmet i betydelig grad må suppleres med en bedømmelse av hele personligheten og situasjonen for øvrig, jf. Sosial- og Helsedepartementets rundskriv 1-40/2001. Vilkåret «psykisk utviklingshemmet i betydelig grad» er således også et strengt kriterium.

Selv om begjæringen er fremsatt av verge, kan inngrepet ikke utføres dersom kvinnens samtykke ikke er innhentet «såfremt det kan antas at hun har evne til å forstå betydningen av inngrepet», jf. § 4 annet ledd annet punktum. Det er altså kun i situa-

sjoner der kvinnen mangler evne til å samtykke på grunn av manglende situasjonsforståelse, at inngrep kan utføres uten hennes samtykke. Et inngrep kan ikke utføres i tilfeller der kvinnen motsetter seg inngrepet og denne motstand er basert på forståelse av situasjonen. I så fall vil hun ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne avgi gyldig samtykke, og da kan ikke inngrepet lovlig utføres.

Avgjørelsen om hvorvidt det foreligger samtykkekompetanse fattes etter de alminnelige regler i pasientrettighetsloven § 4-3.

4.2 Forholdet til biomedisinkonvensjonen

Den alminnelige hovedregel i følge biomedisinkonvensjonen artikkel 5 er at et inngrep på helseområdet kun kan foretas etter at den berørte personen har gitt et fritt og informert samtykke. Etter artikkel 6 kan et inngrep foretas overfor en person som ikke er i stand til å samtykke, der et slikt inngrep «er til direkte fordel for ham eller henne», jf. artikkel 6 nr. 1. Etter konvensjonen artikkel 26 kan det imidlertid foretas inngrep overfor personer som ikke har samtykkekompetanse også i tilfeller der det ikke er til fordel for den det gjelder, forutsatt at visse vilkår er oppfylt. De generelle vilkår som må være oppfylt for at slike inngrep kan foretas stilles opp i artikkel 26 nr. 1: Inngrepet må ha grunnlag i «lov», og det må være «nødvendig i et demokratisk samfunn» av hensyn til den offentlige sikkerhet, til forebygging av kriminalitet, til vern om folkehelsen eller til vern om andres rettigheter og friheter.

Etter dagens lov om svangerskapsavbrudd er det et krav om at samtykke skal innhentes dersom det kan antas at kvinnen har mulighet til å forstå betydningen av inngrepet, jf. § 4 annet ledd. Mangler samtykkeevnen, er det fylkesmannen som fatter vedtak om inngrepet. Fylkemannens kompetanse til å samtykke i svangerskapsavbrudd er imidlertid ikke begrenset med hensyn til hvilke formål inngrepet kan fremme. Læren om myndighetsmisbruk setter visse grenser for fylkesmannens skjønnsutøvelse, men er i seg selv ikke tilstrekkelig til at kravet artikkel 6 nr. 1 stiller om at inngrepet skal være til direkte fordel for kvinnen, eller kravene artikkel 26 stiller til formålet med inngrepet, kan anses oppfylt. All den tid loven ikke inneholder noen begrensing av hvilke formål inngrepet kan fremme, kan det anses tvilsomt om reglene i lov om svangerskapsavbrudd er tilstrekkelige til å sikre oppfyllelse av biomedisinkonvensjonens krav. Videre er det slik at eventuelle unntak fra kravet om direkte fordel må lovfestes, jf. artikkel 26. Lovfestning krever at lovhjemmelen for inngrep er tilstrekkelig klar og presis til at det blir mulig å forutsi sin rettsstilling. I og med at reglene i loven ikke angir hvilke formål inngrepet kan fremme, kan kravet til lovfesting ikke sies å være oppfylt.

4.3 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet foreslo departementet at det skulle trekkes opp grenser for når fylkesmannen kan tillate at det foretas svangerskapsavbrudd overfor kvinner som mangler samtykkekompetanse. Til § 9 bokstav c foreslo departementet at det i et nytt annet ledd ble presisert at samtykke kun kan gis til svangerskapsavbrytelse der kvinnen har en klar interesse av inngrepet.

Til bestemmelsen om at kvinnen må ha en klar interesse av inngrepet ble det oppstilt et krav om at det må foretas en helhetsvurdering i hvert enkelt tilfelle. Det må her tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet. Det må videre legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv og hennes verge bedømmer situasjonen. Relevante hensyn i vurderingen kan være om svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til en urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse eller sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon. Videre vil man kunne se hen til om hun har disposisjon for sykdom, om hun ble gravid under forhold som nevnt i straffeloven §§ 197-199 (incest), eller om svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 192-196 og § 199 (seksuelt misbruk mv.). Det faktum at det foreligger stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet, vil være et relevant hensyn å ta i betraktning.

4.4 Høringsinstansenes syn

Om lag ti høringsinstanser har kommentert forslaget om endringer i lov om svangerskapsavbrudd. Det var kun *Norges kristelige legeforening* som uttalte seg negativt til forslaget, da foreningen er av den oppfatning at de underliggende premissene for hele abortlovgivningen, herunder forslaget til endringer, ikke i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til det ufødte liv. *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon* og *Aker universitetssykehus* støttet forslaget. *Kvinneklinikken ved Stavanger Universitetssjukehus* er enig i at norske helselover bør samsvare med biomedisinkonvensjonen og mener det nye lovforslaget er en viktig lovfesting og presisering av disse kvinnenes rettsvern, slik at de så langt

som mulig blir likestilte med kvinner som har samtykkekompetanse.

Sosial- og helsedirektoratet anser de foreslåtte endringer som grundig vurdert og belyst i forhold til så vel etiske som medisinske spørsmål, og finner det positivt at lovtekstene bringes i samsvar med biomedisinkonvensjonen selv om de foreslåtte lovendringer primært er en presisering og kodifisering av gjeldende rett.

Justisdepartementet ber departementet vurdere om man i loven skal ta inn som selvstendig vilkår for svangerskapsavbrudd at det kan være stor fare for at barnet kan få en alvorlig sykdom, slik at samtykke kan gis der *«svangerskapsavbruddet vil være i kvinnens direkte interesse eller der det er stor fare for at barnet kan få en alvorlig sykdom»*. Videre påpeker Justisdepartementet at høringsnotatets utkast til § 9 annet ledd er blitt en lang og vanskelig tilgjengelig bestemmelse og foreslår at den søkes forenklet og at utfyllende kommentarer heller gis i forarbeidene. Det foreslås å endre formuleringen «kvinnens klare interesse» til «kvinnens direkte interesse».

4.5 Departementets vurderinger

For at reglene i lov om svangerskapsavbrudd om inngrep overfor kvinner som ikke kan samtykke skal tilfredsstille biomedisinkonvensjonens krav, foreslår departementet at det trekkes opp grenser for når fylkesmannen kan tillate at det foretas svangerskapsavbrudd i slike tilfeller.

Departementet foreslår at det i et nytt annet ledd presiseres at fylkesmannen i saker som nevnt i § 9 bokstav c bare kan samtykke til svangerskapsavbrytelse der kvinnen har en klar interesse av inngrepet. Departementet har vurdert Justisdepartementets forslag om å endre formuleringen til «direkte interesse». Dersom «direkte interesse» velges som vilkår, vil dette etter departementets syn i for stor grad bli knyttet opp til en vurdering av hvorvidt inngrepet får konsekvenser for kvinnen som vil være i hennes interesse, og det vil ikke fremgå like klart at det må foreligge en interesseovervekt for kvinnen for at svangerskapsavbrudd kan tillates. For tydelig å signalisere at det må foreligge en interesseovervekt for kvinnen før tillatelse gis, foreslår departementet at det i lovteksten presiseres at samtykke kun kan gis til svangerskapsavbrytelse der kvinnen har en *klar* interesse av inngrepet.

Med bestemmelsen om at kvinnen må ha en klar interesse av inngrepet oppstilles det krav om at det må foretas en helhetsvurdering i hvert enkelt tilfelle. Det må her blant annet tas hensyn til forhold som nevnt i § 2 tredje bokstav a til d og fjerde ledd.

I høringsnotatets forslag ble det beskrevet i utkastet til lovtekst hvilke hensyn som ville være relevante i helhetsvurderingen. Disse var parallelle med hensynene i § 2 tredje bokstav a til d og fjerde ledd og skulle forstås på samme måte. Helse- og omsorgsdepartementet har tatt til følge Justisdepartementets forslag om en forenkling av bestemmelsen av leserhensyn. I herværende utkast til lovtekst er det derfor henvist til § 2 tredje bokstav a til d og fjerde ledd fremfor å spesifikt beskrive de relevante hensyn i teksten.

Relevante hensyn i helhetsvurderingen vil være om svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til en urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse og det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom, jf. § 2 annet ledd bokstav a. Det vil være relevant at svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet vil sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon, jf. § 2 annet ledd bokstav b. Det faktum at det foreligger stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet vil være et relevant hensyn å ta i betraktning jf. § 2 annet ledd bokstav c. Det skal videre legges vekt på om hun ble gravid under forhold som nevnt i straffeloven §§ 197-199 (incest), eller om svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 192-196 og § 199 (seksuelt misbruk mv.) jf. § 2 annet ledd bokstav d.

Det skal tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet, og det må legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer situasjonen, jf. § 2 fjerde ledd.

Disse hensyn tilsvarer altså vilkårene i dagens regler for når svangerskapsavbrudd kan skje etter utgangen av tolvte svangerskapsuke, jf. lov om svangerskapsavbrudd § 2 tredje bokstav a til d og § 2 fjerde ledd. Hensynene skal forstås på samme måte som de tilsvarende uttrykk i § 2. Det vises for øvrig til forarbeidene til lov om svangerskapsavbrudd og Sosial- og helsedepartementets rundskriv 1-40/2001 Indikasjoner for innvilgelse av svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke.

I dagens § 2 fjerde ledd fremgår det at det skal legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon. I tilfeller der vergen søker på vegne av en kvinne som er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad, vil dette stille seg litt annerledes. Der kvinnen har innsikt i – og kan bedømme – sin egen situasjon vil

hun som regel forstå betydningen av inngrepet. Evner hun å forstå betydningen av inngrepet, skal hennes samtykke innhentes, jf. § 4 annet ledd. Den foreslåtte lovendring vil i første rekke gjelde situasjoner der kvinnen ikke selv er i stand til å bedømme sin situasjon. Av den grunn har departementet funnet at det bør legges vekt på hvordan vergen, som jo skal handle til beste for kvinnen, vurderer hennes situasjon i disse tilfellene. Det foreslås følgelig at det inntas i § 9 annet ledd et krav om at det ved vurderingen av om inngrepet er i kvinnens interesse skal legges vesentlig vekt på hvordan hennes verge bedømmer situasjonen.

Dersom inngrepet ikke kan skje innen utgangen av tolvte svangerskapsuke kreves det – i tillegg til fylkesmannens samtykke – nemndsbehandling. I disse tilfeller vil det altså være en totrinnsprosess der både fylkesmannen og nemnden må samtykke før inngrepet kan tillates. Nemndsbehandlingen er allerede lovregulert i dagens lov om svangerskapsavbrudd §§ 2, 7 og 8, og departementets forslag gjør ingen endringer i denne.

Departementet understreker at det faktum at en kvinne er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad ikke i seg selv er tilstrekkelig for å begrunne et svangerskapsavbrudd i tilfeller der hennes samtykke ikke kan innhentes. Det vises i den forbindelse til rekommandasjon 10 (2004) fra Europarådets Ministerkomité angående beskyttelse av menneskerettighetene og verdigheten til personer med mentale forstyrrelser, der det fastslås i artikkel 31 at «the mere fact that a person has a mental disorder should not constitute a justification for termination of her pregnancy». Det at en kvinne er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad vil imidlertid være relevant når hennes totale situasjon vurderes etter § 9.

Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har drøftet om ikke det at «det er stor fare for at barnet kan få en alvorlig sykdom» skal være et selvstendig vilkår for å tillate svangerskapsavbrudd. Det alminnelige utgangspunkt etter biomedisinkonvensjonen er at der personer ikke kan samtykke, skal inngrep kun utføres hvis dette er til direkte fordel for den det gjelder, jf. artikkel 6. Unntak kan tillates etter artikkel 26 dersom det er «nødvendig i et demokratisk samfunn» av hensyn til den offentlige sikkerhet, til forebygging av kriminalitet, til vern om folkehelsen eller til vern om andres rettigheter og friheter. Det kan stilles spørsmål om hvorvidt et unntak som uavhengig av hensynet til kvinnen tillater svangerskapsavbrudd begrunnet i at det er fare for at barnet kan få alvorlig sykdom faller naturlig inn under ordlyden til et av de ovennevnte hensyn i konvensjonen. Videre finner departementet at det må legges betydelig vekt på at konvensjonens hovedregel er at inngrep overfor personer uten samtykkekompetanse kun skal foretas der dette er i vedkommendes interesse. Det foreliggende lovforslaget er ment å ivareta rettssikkerhetsbehovene til personer uten samtykkekompetanse, og beskytte mot urettmessige inngrep. Departementet har etter en grundig vurdering funnet å måtte opprettholde høringsnotatets forslag om at inngrepet må være i kvinnens interesse. Det påpekes imidlertid at faren for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet vil være et relevant hensyn å ta ved vurderingen av om inngrepet er i kvinnens klare interesse.

Den foreslåtte lovendring tar sikte på å tilfredsstille kravet om «direkte fordel» som oppstilles i artikkel 6 nr. 1 ved inngrep overfor personer uten samtykkekompetanse. Statene har etter biomedisinkonvensjonen et visst skjønnsmessig spillerom – en «margin of appreciation» – når det gjelder hvordan konvensjonens krav oppfylles. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (hvis rettspraksis er bestemmende for fortolkningen av biomedisinkonvensjonen, jf. konvensjonens forklarende rapport punkt 159) er lite tilbøyelige til å gå inn på det enkelte lands etikk- og moraloppfatninger. Dette gjelder i særdeleshet på områder der oppfatningene er delte mellom Europarådets medlemsland, så som i synet på svangerskapsavbrudd, da dette anses for å falle inn under det enkelte lands «margin of appreciation».

Slik departementet ser det, gjør ikke biomedisinkonvensjonen det nødvendig med revurdering av de prinsipper som ligger til grunn for dagens lov om svangerskapsavbrudd. Departementet finner at lovgivers adgang til å fastsette regler for svangerskapsavbrudd faller innenfor det skjønnsmessige spillerom staten har etter konvensjonen til å vurdere hva som er nødvendige og hensiktsmessige regler både hva angår mennesker med og uten samtykkekompetanse. Det legges ikke opp til flere endringer enn konvensjonen skulle tilsi.

De foreslåtte endringer søker å ivareta flere hensyn. Departementet søker som nevnt å beskytte individer som ikke har samtykkekompetanse mot urettmessige inngrep etter biomedisinkonvensjonen. Videre har man i norsk rett og etter menneskerettighetene et grunnleggende prinsipp om ikke-diskriminering, noe som innebærer at det ikke kan foretas usaklig forskjellsbehandling.

Forskjellsbehandling som er saklig begrunnet er tillatt. Det å oppstille et vern mot urettmessige

overgrep for en sårbar gruppe, slik som lovforslaget gjør, er rettmessig forskjellsbehandling. Likevel må det være et mål at svangerskapsavbrudd kan innvilges på noenlunde like vilkår etter loven for alvorlig sinnslidende eller betydelig psykisk utviklingshemmede som for andre, slik at disse så langt som mulig likestilles med kvinner med samtykkekompetanse. Det er ikke saklig grunn til at vilkårene for når svangerskapsavbrudd kan innvilges skal være forskjellige i større utstrekning enn det som er nødvendig for å sikre kvinner uten samtykkekompetanse et vern mot urettmessige overgrep. Ved at den foreslåtte bestemmelse gir anvisning på en helhetsvurdering der de samme momentene vil være relevante for kvinner uten samtykkekompetanse som ved den alminnelige vurderingen av tillatelse til svangerskapsavbrudd etter 12. uke, synes både hensynet til ikke-diskrimineringsprinsippet og kravene som stilles i biomedisinkonvensjonen ivaretatt.

5 Forslag til endringer i lov om sterilisering § 5

5.1 Gjeldende rett

Det er det klare utgangspunkt i lov om sterilisering at det er vedkommende selv som skal begjære eller søke om sterilisering, jf. §§ 2 og 3. Etter § 4 tredje ledd gis imidlertid vergen kompetanse til å fremsette søknad om sterilisering på vegne av en person som har en så alvorlig sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller svekkelse at vedkommende ikke har evne til selv å ta standpunkt til inngrepet. Avgjørelsen om hvorvidt det foreligger samtykkekompetanse fattes etter de alminnelige regler i pasientrettighetsloven § 4-3.

Slik søknad avgjøres av steriliseringsnemnda, jf. § 5 annet ledd.

Dersom kvinnen er uten verge, skal tingretten på begjæring fra hennes lege, nemnda eller rådet oppnevne hjelpeverge til å utføre vergens oppgaver etter loven, jf. § 4 fjerde ledd. Se for øvrig kapittel 4.1 om oppnevning av hjelpeverge.

Det er oppstilt spesielle vilkår for når nemnda kan gi tillatelse til sterilisering i tilfeller der vedkommende ikke har evne til selv å ta standpunkt på grunn av sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller svekkelse, jf. § 3 bokstav a til d. Det er tilstrekkelig at et av vilkårene oppfylles. Bokstav a og b retter seg mot søkerens egne forhold, mens bokstav c og d tar hensyn til det mulige barns situasjon i fremtiden og tar høyde for at det kan være egenskaper ved potensielle foreldre som gjør at de i visse tilfeller ikke bør sette barn til verden, jf. Ot.prp. nr. 46 (1976-77) s. 12.

Etter § 3 bokstav a kan nemnda tillate sterilisering av kvinner der svangerskap og fødsel kan medføre betydelig fare for kvinnens liv eller for hennes fysiske eller psykiske helse. Etter § 3 bokstav b kan sterilisering tillates der omsorg for barn kan sette søkeren i en særlig vanskelig livssituasjon. Nemnda kan etter § 3 bokstav c tillate sterilisering når det på grunn av arveanlegg hos den det gjelder er fare for at barnet kan få alvorlig lyte eller sykdom. Etter § 3 bokstav d kan sterilisering tillates når vedkommende ikke vil kunne dra tilfredsstillende omsorg for sine barn på grunn av sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller svekkelse.

5.2 Forholdet til biomedisinkonvensjonen

Biomedisinkonvensjonen gir regler for når man kan gjennomføre inngrep på helseområdet. Inngrep overfor personer som ikke kan samtykke kan kun foretas der dette er til direkte fordel for den det gjelder etter artikkel 6, eller der inngrepet er lovfestet og gjøres for å fremme et av de oppstilte formål i artikkel 26. Lov om sterilisering § 3 bokstav a og b åpner for sterilisering av hensyn til den det gjelder. Bokstav a åpner for sterilisering for kvinner der svangerskap og fødsel kan føre til betydelig fare for hennes liv eller for hennes fysiske eller psykiske helse. Bokstav b åpner for sterilisering der omsorg for barn kan sette vedkommende, mann eller kvinne, i en særlig vanskelig livssituasjon. Dette må anses å tilfredsstille biomedisinkonvensjonens krav om at inngrepet må være til direkte fordel for den det gjelder, jf. artikkel 6. For øvrig vises til drøftelsen av biomedisinkonvensjonens krav under kapittel 4.2.

Lov om sterilisering § 3 bokstav c og d åpner for sterilisering av hensynet til et mulig barns situasjon i fremtiden. Det tas hensyn til mulighetene for at et barn skal fødes med alvorlig sykdom eller lyte og til at det ikke nødvendigvis bør settes barn til verden av foreldre som på grunn av sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller svekkelse ikke ville kunne ta omsorg for barnet, jf. Ot.prp. nr. 47 (1976-77) s. 12. I disse tilfeller tillates altså steriliseringsinngrep også i tilfeller der dette ikke nødvendigvis begrunnes ut i fra at dette vil være til direkte fordel for den som skal steriliseres.

Etter konvensjonen artikkel 26 er det adgang til å ha regler som de norske, der det åpnes for å foreta inngrep overfor personer som ikke har samtykkekompetanse, også i tilfeller der det ikke er til fordel for vedkommende selv. Det kreves imidler-

tid etter konvensjonen at dette kun kan tillates når visse vilkår er oppfylt. De generelle vilkår som må være oppfylt for at slike inngrep kan foretas stilles opp i artikkel 26 nr. 1: Inngrepet må ha grunnlag i «lov», og det må være «nødvendig i et demokratisk samfunn» av hensyn til den offentlige sikkerhet, til forebygging av kriminalitet, til vern om folkehelsen eller til vern om andres rettigheter og friheter.

Beskyttelse av andres rettigheter og friheter er et legitimt formål etter konvensjonens artikkel 26. Etter § 3 bokstav c og d åpner man for inngrep begrunnet i hensynet til det mulige avkom ut i fra en vurdering av det kan være tilfeller der en finner at det ikke bør settes barn til verden. Slik Helse- og omsorgsdepartementet ser det, faller § 3 bokstav c og 3 bokstav d inn under formålet om å beskytte andres rettigheter og friheter, slik at det ikke vil være konvensjonsstridig at det i lov om sterilisering åpnes for sterilisering begrunnet i disse hensyn.

Artikkel 26 krever imidlertid også at inngrepet er «nødvendig i et demokratisk samfunn». For at dette kravet skal være oppfylt må de relevante hensyn som begrunner inngrepet stå i rimelig forhold til inngrepets konsekvens. Inngrepets konsekvens er varig tapt forplantningsevne, noe som er meget inngripende for den det gjelder.

I Norge i dag finnes mindre inngripende måter å hindre uønsket graviditet, samtidig som det også foreligger muligheter for å ivareta et barns omsorgsbehov selv om foreldrene er alvorlig syke. Dagens lov kan ikke sies å oppfylle konvensjonens krav om at det må være foretatt en forholdsmessighetsvurdering mellom hensynet som begrunner inngrepet og inngrepets konsekvens.

5.3 Høringsnotatets forslag

For å oppfylle biomedisinkonvensjonens krav om at det må være foretatt en forholdsmessighetsvurdering mellom hensynet som begrunner inngrepet og inngrepets konsekvens, foreslo departementet i høringsnotatet at det skulle presiseres i lovteksten at inngrepet kun kan utføres der det fremstår som det beste alternativ for å forebygge svangerskap for den det gjelder.

5.4 Høringsinstansenes syn

Steriliseringsrådet uttaler:

> «Det er Steriliseringsrådets oppfatning at den foreslåtte lovendringen i § 3 ikke vil få noen betydning for rettsanvendelsen. Regelendringen er en tydeliggjøring av plikter som allerede må sies å følge av regelverket ut fra dets oppbygging og indre sammenheng, og er i samsvar med loven slik den blir praktisert i dag.»

Bioteknologinemnda mener at det er:

> «problematisk at den det gjelder her utelukkende ser ut til å være den som er en potensiell mor eller far. For vanskeligst blir det når personer uten samtykkekompetanse nettopp ønsker egne barn og følgelig verken ønsker prevensjon (innebærer gjentatte behandlinger eller inngrep) eller sterilisering. I slike tilfeller kan det ende opp med å bli aktuelt med abort slik som beskrevet i høringsnotatet, en prosess der verge og fylkesmannen spiller en sentral rolle.»

Bioteknologinemnda etterlyser videre en drøftelse av

> «sammenhengen mellom manglende muligheter for sikker prevensjon og sterilisering, og den konsekvensen dette kan få for personer uten samtykkekompetanse i form av aborter, eller at barnevernet må gripe inn for å sikre barnets oppvekst og rettigheter.»

5.5 Departementets vurderinger

Lov om sterilisering åpner for sterilisering av personer som ikke kan samtykke begrunnet i hensynet til den det gjelder, eller begrunnet ut fra hensynet til det mulige avkom etter en vurdering av at det er best at svangerskap unngås.

Når det gjelder de sistnevnte tilfeller – der sterilisering begrunnes ut fra hensynet til det potensielle avkom – oppstiller biomedisinkonvensjonen et krav om at dette kun kan tillates der det er «nødvendig i et demokratisk samfunn». For at dette kravet skal være oppfylt må de relevante hensyn som begrunner inngrepet (unngå uønskede graviditeter) stå i rimelig forhold til inngrepets konsekvens (tapt forplantningsevne). Behovet for sterilisering må altså veie tyngre enn mothensynene.

Det finnes i Norge mindre inngripende måter å hindre uønsket graviditet på enn sterilisering. Samtidig foreligger det også muligheter for å ivareta et barns omsorgsbehov selv om foreldrene er alvorlig syke. Det kan slik sett spørres om det vil kunne betegnes som «nødvendig i et demokratisk samfunn» å foreta et irreversibelt inngrep med alvorlige konsekvenser overfor personer som ikke selv forstår betydningen av dette. Det kan hevdes at hensynene som begrunner inngrepet ikke står i forhold til konsekvensene av inngrepet, når graviditet kan unngås på andre måter og når barnevernet kan gripe inn og kreve omsorgsfratakelse der-

som det viser seg at foreldrene ikke kan ta vare på barnet.

Departementet ser imidlertid at også alternativene til sterilisering vil kunne være problematiske. Det kan spørres om de mindre inngripende måtene å hindre uønskede graviditeter på som finnes, vil være praktisk mulige å benytte seg av i særlig utstrekning overfor denne personkrets. Bruk av preventiver forutsetter i de fleste tilfeller en aktiv, frivillig innsats fra brukeren. Videre er det ikke gitt at en tvungen bruk av preventiver vil være et så mye mindre inngrep der dette eventuelt skulle være mulig. Både innsettelse av spiral og setting av p-sprøyte må utføres av lege med jevne mellomrom, og p-piller må brukes daglig. Dersom personen det gjelder ikke ønsker denne behandling, vil en tvungen bruk lett kunne føles som et alvorlig inngrep, og da særlig sett hen til at dette typisk vil dreie seg om gjentatte inngrep over en lengre tidsperiode, ettersom det er et vilkår for vergens adgang til å fremsette steriliseringssøknad på personens vegne at helbredelse eller vesentlig bedring ikke kan påregnes, jf § 4 tredje ledd.

Tilsvarende spørsmål reiser seg når det gjelder hensynet til barns omsorgsbehov. Riktignok finnes det muligheter for å ivareta barns omsorgsbehov selv om foreldrene er alvorlig syke eller dersom barnet selv skulle ha alvorlig lyte eller sykdom. Likevel kan det være tilfeller der det etter en helhetsvurdering må sies at de følelsesmessige påkjenningene for foreldre og barn i en slik situasjon vil kunne bli så store at behovet for sterilisering veier tyngre enn mothensynene. Dette vil særlig være et vurderingstema dersom det fremstår som sikkert at et eventuelt barn vil bli født med alvorlig lyte eller sykdom, og i tilfeller der det er åpenbart at foreldrene er så alvorlig syke at det vil være tale om omsorgsfratakelse. Det å måtte bære frem et barn for så å få det tatt fra seg ved omsorgsovertagelse vil kunne oppleves som meget smertefullt og traumatisk. Det samme vil gjelde dersom det er på det rene at en eventuell graviditet vil være uønsket og en konsekvens vil være at det søkes om svangerskapsavbrudd. Sterilisering, som vil forhindre svangerskap, må i disse tilfeller være å foretrekke fremfor et senere svangerskapsavbrudd.

Drøftelsen over viser etter departementets syn at det ikke kan sies på generell basis at behovet for et steriliseringsinngrep begrunnet i hensynet til et mulig avkom aldri vil veie tyngst. På den annen side er det heller ikke slik at behovet for inngrepet alltid vil veie tyngre enn mothensynene.

Det har i fagmiljøer og blant pårørende vært ulike oppfatninger av hva som er til beste for den umyndiggjorte i slike saker, og dette varierer også fra tilfelle til tilfelle slik at det vanskelig kan gis noen klare svar på hvorvidt et slikt inngrep står i rimelig forhold til mothensynene eller ikke. Det må vurderes individuelt i hvert enkelt tilfelle om det er sterilisering eller bruk av andre metoder for å hindre uønskede svangerskap som er mest inngripende for personen det gjelder. Det må antas at vergen og den aktuelle steriliseringsnemnd, og Steriliseringsrådet ved en eventuell klage, står nærmest til å kunne avgjøre dette.

Ved at kravet om å foreta en helhetsvurdering fastsettes i loven, ivaretas etter departementets mening biomedisinkonvensjonens krav om at inngrepet må stå i rimelig forhold til konsekvensene. For at reglene i lov om sterilisering om inngrep overfor personer som ikke kan samtykke skal tilfredsstille biomedisinkonvensjonens krav, foreslår departementet følgelig at det i lovteksten presiseres at inngrepet kun kan utføres der det fremstår som det beste alternativ for å forebygge svangerskap for den det gjelder.

6 Forslag til endringer i lov om sterilisering § 9

6.1 Gjeldende rett

Etter lov om sterilisering § 8 første ledd kan en person etter søknad få tillatelse til kastrasjon hvis han på grunn av abnorm kjønnsdrift må formodes å ville begå sedelighetsforbrytelser. Etter § 8 annet ledd, jf. § 9 åpnes det for at Steriliseringsrådet kan tillate kastrering etter søknad fra vergen på vegne av en person som har en så alvorlig sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller psykisk svekkelse at vedkommende ikke har evne til selv å ta standpunkt til inngrepet og helbredelse eller vesentlig bedring ikke kan påregnes. Avgjørelsen om hvorvidt det foreligger samtykkekompetanse fattes etter de alminnelige regler i pasientrettighetsloven § 4-3.

Søknad om kastrering kan i disse tilfeller også fremsettes av politimesteren i det distrikt vedkommende har bosted eller politimesteren i det distrikt hvor vedkommende oppholder seg, jf. § 8 annet ledd siste punktum.

Unntaksbestemmelsen er meget snever. For det første stilles like strenge krav som ellers i lov om sterilisering; det er kun personer som har en så alvorlig sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller psykisk svekkelse at vedkommende ikke har evne til selv å ta standpunkt til

inngrepet, som det vil kunne komme på tale å foreta et slikt inngrep overfor. Videre er det et vilkår at helbredelse eller vesentlig bedring ikke kan påregnes.

Det er det offentlig oppnevnte Steriliseringsrådet som skal gi tillatelse til inngrepet. I dagens lov om sterilisering ble det foretatt en innskrenking idet loven bare gir hjemmel for kastrering i kriminalitetsforebyggende tilfelle, og det ble i forarbeidene uttalt at inngrepet er så alvorlig at departementet fant at dette bare kunne foretas etter tillatelse fra rådet, jf. Ot.prp. nr. 46 (1976-77) s. 13. Vilkårene for at rådet skal kunne tillate dette er i utgangspunktet meget strenge: det er kun en person med «abnorm kjønnsdrift» som «må formodes å ville forgå» sedelighetsforbrytelser som kan få tillatelse til kastrering.

Etter det departementet er kjent med har Steriliseringsrådet fulgt en meget restriktiv praksis, slik at det skal særdeles mye til for at kastrering kan utføres uten samtykke. Kastrering har ikke vært tillatt overhodet de senere år.

Klageinstans for Steriliseringsrådets vedtak om å nekte kastrering er et setteråd oppnevnt av departementet, jf. § 9 siste punktum.

6.2 Forholdet til biomedisinkonvensjonen

Et inngrep på helseområdet som gjennomføres uten samtykke fra den det gjelder må tilfredsstille kravene i biomedisinkonvensjonen artikkel 6 eller 26. Det vises til kapittel 4.2 og 5.2 for nærmere gjennomgang av konvensjonens regler.

Lov om sterilisering § 8 jf. § 9 åpner for at det kan fattes vedtak om kastrering i tilfeller der personen selv ikke kan samtykke hvis vedkommende må formodes å ville begå sedelighetsforbrytelser. Dette tillates i kriminalitetsforebyggende øyemed, og ikke begrunnet i hensynet til personen selv. Loven åpner derfor etter sin ordlyd for at inngrep tillates også der det ikke er til fordel for den det gjelder. Kravet i biomedisinkonvensjonen artikkel 6 – om at inngrep overfor personer som ikke kan samtykke må være til direkte fordel for den det gjelder – er derfor ikke oppfylt i lov om sterilisering § 8, jf. § 9.

Det er departementets oppfatning at lov om sterilisering § 8, jf. 9 tilfredsstiller kravet i biomedisinkonvensjonen artikkel 26 om at unntak må være fastsatt i lov. Videre er bestemmelsens formål å beskytte andre mot seksuelle overgrep. Hensynet til andres rettigheter og friheter er et legitimt formål for unntak etter konvensjonen, og i forhold til ofrene for sedelighetsforbrytelser kommer dette hensyn inn med full styrke.

Det er imidlertid usikkert om § 9 kan sies å tilfredsstille kravet i biomedisinkonvensjonen artikkel 26 om at inngrepet skal være «nødvendig i et demokratisk samfunn». Kastrering ved kirurgisk inngrep er et meget alvorlig og i utgangspunktet et integritetskrenkende inngrep. Alvorligheten av inngrepet understrekes ved at det er irreversibelt. Videre har det i undersøkelser kommet frem at kastrering i tilfeller har hatt begrenset terapeutisk effekt og gitt utilsiktede bivirkninger. Man har i dag også et alternativ til kirurgiske inngrep i det som omtales som «kjemisk» eller medisinsk kastrering, det vil si en medikamentell hormonbehandling som reduserer kjønnsdriften. Det kan dermed spørres om hensynet til potensielle ofre, som begrunner inngrepet, står i forhold til konsekvensene av inngrepet.

6.3 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslo at det i loven skulle inntas et krav om at tillatelse til kastrering i tilfeller der vergen eller politimesteren har fremsatt søknad på vegne av den det gjelder etter § 8 annet ledd jf. § 4 tredje ledd, kun skal kunne gis der mindre inngripende virkemidler ikke er anvendelige, og der kastrering med stor grad av sannsynlighet vil ha den ønskede effekt. Det ble også foreslått opprettet en klageadgang for vergen, for de tilfeller der det ble gitt tillatelse til kastrering etter søknad fra politimesteren.

6.4 Høringsinstansenes syn

Steriliseringsrådet uttaler at det ikke har

> «behandlet søknader om kastrering på mange år, men stiller seg positiv til de nye kravene for å tillate kastrering og den ekstra rettsikkerhetsgaranti som ligger i å åpne for klageadgang i § 9 tredje ledd også i tilfeller der rådet har gitt tillatelse til kastrering».

Justisdepartementet fant at også personen uten samtykkekompetanse skulle ha anledning til å klage på vedtak om kastrering.

6.5 Departementets vurdering

Det kan stilles spørsmål om ikke kastrering av personer som ikke kan samtykke i mange tilfeller vil kunne synes unødvendig i et demokratisk samfunn. Potensielle ofre, og samfunnet i sin helhet, kan beskyttes mot psykisk syke potensielle overgripere på andre måter. Det vil imidlertid vanskelig kunne sies med sikkerhet at et slikt inngrep aldri

vil kunne anses «nødvendig i et demokratisk samfunn», og en unntaksregel som hjemler muligheten til kastrering har dermed etter departementets syn sin berettigelse. Hensynet til de potensielle ofrene tillegges stor vekt i denne nødvendighetsvurderingen. Tilsvarende oppfatning ble lagt til grunn i forarbeidene til dagens lov, der det ble uttalt at departementet var av den oppfatning at en burde ha en slik hjemmel, men at departementet «selvsagt ikke er tilhenger at det skal bli mer alminnelig i praksis enn det er i dag», jf Ot.prp. nr. 46 (1976-77) s.11.

Likevel er det en forutsetning at unntaksbestemmelsen i loven må være særdeles snever for å tilfredsstille biomedisinkonvensjonens krav. Allerede i dag er adgangen til å benytte denne unntaksbestemmelse meget snever, og vi har ikke eksempler på at den har vært brukt på mange år.

Departementet foreslår at det i loven inntas et krav om at tillatelse til kastrering i tilfeller der vergen eller politimesteren har fremsatt søknad på vegne av den det gjelder etter § 8 annet ledd jf. § 4 tredje ledd, kun skal kunne gis der mindre inngripende virkemidler ikke anses tilstrekkelige, og der kastrering med stor grad av sannsynlighet vil ha den ønskede effekt. Adgangen til å gi slik tillatelse er etter vilkårene meget snever, og det forutsettes at lovens vilkår kun unntaksvis skal kunne tenkes oppfylt.

Etter departementets vurdering må lovforslaget derfor anses å oppfylle biomedisinkonvensjonens krav i artikkel 26 om at inngrep uten samtykke fra den det gjelder skal være nødvendig i et demokratisk samfunn. Sammenholdt med de strenge vilkårene som allerede er oppstilt i dagens lov for at kastrering skal kunne tillates, antar departementet at dette sikrer at norsk regelverk er i samsvar med alle de krav biomedisinkonvensjonen stiller.

Ettersom ikke bare vergen, som er pliktig til å handle til beste for den det gjelder, men også politimesteren, som for så vidt ikke har en tilsvarende plikt, kan fremsette søknad om kastrering, foreslås det som en ekstra rettssikkerhetsgaranti å åpne for klageadgang i § 9 tredje ledd også i tilfeller der rådet har gitt tillatelse til kastrering. Det vil i disse tilfelle være vergen som har klageinteresse på vegne av den det gjelder. Departementet er enig i Justisdepartementets vurdering om at også vedkommende vedtaket gjelder skal kunne klage. Det understrekes imidlertid at det at personen er i stand til å klage, kan være en indikasjon på at vedkommende har evne til å ta standpunkt til inngrepet. I tilfeller der personen evner å ta standpunkt til inngrepet selv, kan ikke kastrering tillates uten samtykke i henhold til § 8, jf. § 4 tredje ledd.

7 Økonomiske og administrative konsekvenser

De foreslåtte endringene antas ikke å ha noen større økonomiske og administrative konsekvenser. Endringene vil gjøres kjent for fylkesmennene, steriliseringsnemndene og Steriliseringsrådet, slik at de kan justere sin praksis dersom det er behov for det.

8 Merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslaget

Til lov om svangerskapsavbrudd § 9:

Alminnelige merknader er gitt i kapittel 4.1 og 4.5.

Bestemmelsen omhandler de tilfeller der avbrytelse av svangerskap kun kan foretas etter samtykke av fylkesmannen. I tilfeller der kvinnens samtykke ikke er innhentet etter § 4 annet ledd annet punktum kan svangerskapsavbrudd kun foretas med fylkesmannens samtykke, jf. § 9 første ledd bokstav c. Dette vil altså gjelde tilfeller der kvinnen er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad og kvinnen ikke har evne til å forstå betydningen av inngrepet. Avgjørelsen om hvorvidt det foreligger samtykkekompetanse fattes etter de alminnelige regler i pasientrettighetsloven § 4-3.

Departementets forslag til nytt annet ledd presiserer når fylkesmannen kan samtykke til svangerskapsavbrudd der kvinnens samtykke ikke er innhentet etter § 4 annet ledd annet punktum. I disse tilfellene kan fylkesmannen kun samtykke til svangerskapsavbrytelse der inngrepet er i kvinnens klare interesse. Det må foretas en helhetsvurdering i hvert enkelt tilfelle. Hensynene som departementet mener må inngå i helhetsvurderingen, er parallelle til de alminnelige vilkårene i lov om svangerskapsavbrudd § 2 tredje ledd bokstav a til d og fjerde ledd for når svangerskapsavbrudd kan skje etter utgangen av tolvte svangerskapsuke. Hensynene skal forstås på samme måte som de tilsvarende uttrykk i § 2. Det vises for øvrig til forarbeidene til lov om svangerskapsavbrudd og Sosial- og helsedepartementets rundskriv 1-40/2001 Indikasjoner for innvilgelse av svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke.

Fylkesmannen skal her ta hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet, og det skal legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv og hennes verge bedømmer hennes situasjon. Relevante hensyn i vurderingen kan være om svan-

gerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til en urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse eller sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon. Det vil videre være relevant å ta hensyn til om hun har disposisjon for sykdom, om hun ble gravid under forhold som nevnt i straffeloven §§ 197-199 (incestuøse forhold), eller om svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 192-196 og § 199 (seksuelle overgrep mv.). Det faktum at det foreligger stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet, vil være et relevant hensyn å ta i betrakting.

Departementet understreker at det faktum at en kvinne er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad ikke i seg selv er tilstrekkelig for å begrunne et svangerskapsavbrudd, men at dette vil være et relevant moment i helhetsvurderingen.

Dersom inngrepet ikke kan skje innen utgangen av tolvte svangerskapsuke kreves det – i tillegg til fylkesmannens samtykke – en nemndsbehandling. I disse tilfeller vil det altså være en totrinnsprosess der både fylkesmannen og nemnden må samtykke før inngrepet kan tillates. Nemndsbehandlingen er allerede lovregulert i dagens lov om svangerskapsavbrudd §§ 2, 7 og 8, og departementets forslag gjør ingen endringer i de nevnte bestemmelsene.

Til lov om sterilisering § 5:

Alminnelige merknader er gitt i kapittel 5.1 og 5.5.

Bestemmelsen omhandler behandlingen av begjæring og søknad om sterilisering. Begjæring om sterilisering av de som etter § 2 har krav på sterilisering, fremsettes for lege. Søknad om sterilisering etter de spesielle vilkår i § 3 fremsettes for en lege eller for en steriliseringsnemnd, og skal avgjøres av nemnda, jf. § 5 annet ledd.

Vergen kan fremsette søknad om sterilisering etter § 3 på vegne av person som har en så alvorlig sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller psykisk svekkelse at vedkommende ikke har evne til selv å ta standpunkt til inngrepet, og helbredelse eller vesentlig bedring ikke kan påregnes, jf. § 4. Avgjørelsen om hvorvidt det foreligger samtykkekompetanse fattes etter de alminnelige regler i pasientrettighetsloven § 4-3.

I de tilfellene der søknad om sterilisering begrunnes med at det på grunn av arveanlegg hos søkeren er betydelig fare for at barn i tilfelle kan få alvorlig sykdom eller lyte etter § 3 bokstav c, stilles det særskilte krav til når steriliseringsnemnda kan innvilge søknaden. Det stilles tilsvarende krav i tilfeller der søkeren på grunn av sinnslidelse, psykisk utviklingshemming eller psykisk svekkelse ikke vil kunne dra tilfredsstillende omsorg for barnet etter § 3 bokstav d. Tillatelse til sterilisering etter § 3 bokstav c eller d kan kun gis der dette fremstår som det beste alternativ for å forebygge svangerskap for den det gjelder. Formuleringen gir anvisning på at det må foretas en konkret helhetsvurdering i hvert enkelt tilfelle med utgangspunkt i vedkommendes situasjon.

Til lov om sterilisering § 9:

Alminnelige merknader er gitt i kapittel 6.1 og 6.5.

Bestemmelsen omhandler behandling av søknad om kastrering og klagemuligheter. Steriliseringsrådet avgjør søknaden om kastrering. Klageinstans for rådets vedtak er et setteråd oppnevnt av departementet.

I tilfeller der en person som har en så alvorlig sinnslidelse eller psykisk utviklingshemming eller psykisk svekkelse, at vedkommende ikke har evne til selv å ta standpunkt til inngrepet og helbredelse eller vesentlig bedring ikke kan påregnes, kan vergen i henhold til lov om sterilisering § 8 annet ledd jf. § 4 tredje ledd fremsette søknad om kastrering på dennes vegne. Søknad om kastrering kan i disse tilfeller også fremsettes av politimesteren i det distrikt vedkommende har bosted eller politimesteren i det distrikt vedkommende oppholder seg, jf. § 8 annet ledd annet punktum. Avgjørelsen om hvorvidt det foreligger samtykkekompetanse fattes etter de alminnelige regler i pasientrettighetsloven § 4-3.

Når vedkommende ikke selv kan samtykke, kan tillatelse til kastrering kun gis der mindre inngripende virkemidler ikke anses tilstrekkelige, og der kastrering med stor grad av sannsynlighet vil ha den ønskede effekt. Det understrekes at adgangen til å gi slik tillatelse etter vilkårene er meget snever, og det forutsettes at lovens vilkår kun unntaksvis skal kunne tenkes oppfylt. Kravet om at mindre virkemidler ikke skal anses tilstrekkelige er meget strengt, og må vurderes opp mot de tiltak som er nødvendige for å forhindre sedelighetsforbrytelser. Det kan ikke tillates kirurgisk kastrering i tilfeller der mindre inngripende virkemidler, som medisinsk kastrering, kun kan regnes som eksempelvis mer ressurskrevende eller noe vanskeligere gjennomførbart.

Det kan klages på Steriliseringsrådets vedtak om kastrering. Tidligere var det kun rådets vedtak om å nekte kastrering som kunne påklages.

Den foreslåtte endring, som innebærer at det også kan klages der rådet fatter vedtak om å gi tillatelse til sterilisering, er myntet på situasjoner der politimesteren fremsetter søknad om kastrering. I disse tilfelle vil vergen og den det gjelder kunne ha en annen oppfatning om hva som er best for vedkommende, og departementet finner at det derfor bør tilstås klageadgang. Vergen vil ha klageinteresse på vegne av personen det gjelder. Vedkommende selv vil også ha klageadgang etter lovforslaget. Det understrekes imidlertid at det at personen er i stand til å klage, kan være en indikasjon på at vedkommende har evne til å ta standpunkt til inngrepet. I tilfeller der personen evner å ta standpunkt til inngrepet selv, kan ikke kastrering tillates uten samtykke i henhold til § 8 jf. § 4 tredje ledd.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering (tilpasning til biomedisinkonvensjonen).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering (tilpasning til biomedisinkonvensjonen) i samsvar med et framlagt forslag.

Forslag
til lov om endringer i lov om svangerskapsavbrudd og lov om sterilisering (tilpasning til biomedisinkonvensjonen)

I

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

§ 9 nytt annet ledd skal lyde:

I saker som nevnt i første ledd bokstav c kan fylkesmannen bare samtykke når svangerskapsavbrudd vil være i kvinnens klare interesse. Ved vurderingen skal det blant annet tas hensyn til forhold som nevnt i § 2 tredje ledd bokstav a til d og fjerde ledd og til hvordan kvinnens verge bedømmer situasjonen.

II

I lov 3. juni 1977 nr. 57 om sterilisering gjøres følgende endringer:

§ 5 annet ledd skal lyde:

Søknad om sterilisering etter § 3 fremsettes for en lege eller direkte for en nemnd (jfr. § 6 annet ledd). Søknaden avgjøres av steriliseringsnemnda. *Der vergen har fremsatt søknad på vegne av den det gjelder etter § 4 tredje ledd, skal tillatelse til sterilisering etter § 3 bokstav c eller d kun gis der dette fremstår som det beste alternativ for å forebygge svangerskap for den det gjelder.* Gir nemnda tillatelse til sterilisering, skal den henvise til lege eller til et sykehus hvor inngrepet kan foretas.

§ 9 skal lyde:

§ 9. (behandling av søknad og klage).

Søknad om kastrering avgjøres av Steriliseringsrådet. Gir rådet tillatelse til kastrering, skal det henvise til et sykehus hvor inngrepet kan foretas. *Der vergen eller politimesteren har fremsatt søknad på vegne av den det gjelder etter § 8 annet ledd jfr. § 4 tredje ledd, skal tillatelse til kastrering kun gis der mindre inngripende virkemidler ikke anses tilstrekkelige, og kastrering med stor grad av sannsynlighet vil ha den ønskede effekt.* Klageinstans for rådets *vedtak er* et setteråd oppnevnt av departementet.

III

Loven gjelder fra det tidspunkt Kongen bestemmer.

MILJØMERKET
2241 5170
Trykksak
Lobo Media