



Helse og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:
.2019

Vår ref.:

Dato: 2. april

Høringsuttalelse - endring i abortloven

Det vises til Høringsnotat av 19.02.2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt intern forespørsel om høringsnotat i Legeforeningen. Rådet for legeetikk er selvstendig høringsinstans, mens horingssvaret også sendes til Legeforeningen der det vil inngå som en del av grunnlaget for Legeforeningens horingssvar.

Uttalelsen er utarbeidet i maildialog mellom medlemmene av Rådet for legeetikk.

Begrepsavklaring og avgrensning

I det følgende brukes begrepet fosterantallsreduksjon, som må anses som mer presist, og også er anbefalt av Det Ethiske Råd i Danmark: Det er antallet fostre som reduseres, ikke et av fostrene.

Problemstillingen usektiv fosterantallsreduksjon har mange tilgrensende problemstillinger, som selektiv fosterantallsreduksjon, fosterdiagnostikk m.fl. Lovforslaget omhandler imidlertid ikke disse tilgrensende problemstillingene direkte, og for å gjøre høringsuttalelsen presis og overkommelig i sin utforming vil disse ikke omtales her.

Bakgrunn og gjeldende rett

Gjeldende lov om svangerskapsavbrudd (heretter omtalt som abortloven) trådte i kraft i 1976.

Fosterantallsreduksjon var den gang ikke omtalt i medisinsk litteratur, det beskrives først to år senere i tidsskriftet Lancet¹. Justisdepartementets lovavdeling har uttalt seg om fosterantallsreduksjon i 2001 og 2016, som omtalt i høringsnotatet. I den siste vurderingen ble abortloven tolket slik at den åpnet for uselektiv fosterantallsreduksjon uten krav om nemndbehandling. Det kom deretter politiske og faglige innvendinger mot denne fortolkningen, samtidig som fortolkningen også fikk støtte fra andre politikere og fagfolk. Denne uenigheten om i hvilken grad gjeldende abortlov hjemler fosterantallsreduksjon og innenfor hvilke rammer er bakgrunnen for det aktuelle forslaget om lovendring.

Høringsnotatet gjør det klart at lovendringen kommer som følge av en politisk avtale mellom de nåværende regjeringspartier. Rådet for legeetikk mener det er riktig at lovverket jevnlig vurderes revidert dersom endringer i samfunn eller teknologi tilsier det. Slike endringer bør skje gjennom grundig gjennomgang, avklaring av faglige og etiske premisser og en ryddig politisk prosess. Rådet mener fosterantallsreduksjon reiser viktige prinsipielle spørsmål som burde vært bedre belyst og bredere drøftet enn det som foreligger nå. Rådet stiller seg kritisk til at abortloven skal endres som resultat av en politisk avtale om regjeringskonstellasjoner, uten den faglige, etiske og politiske debatt som temaet fortjener.

I dag kan en kvinne som er gravid med mer enn ett foster be om fosterantallsreduksjon før utgangen av uke 12 (til og med uke 11+6), og få innvilget dette på lik linje med et fullstendig svangerskapsavbrudd. Dersom begjæringen fremmes fra uke 12+0 eller senere må den behandles i nemnd, på linje med andre senaborter. Lovverket i dag hjemler imidlertid at dersom begjæring om svangerskapsavbrudd er fremmet før utgangen av uke 12, men inngrepet av medisinske grunner må utsettes til etter uke 12, må ikke begjæringen behandles i nemnd: Forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften) presiserer at *«[d]ersom nødvendige undersøkelser eller behandling av kvinnen gjør at en må utsette selve inngrepet i kortere tid slik at 12-ukersgrensen overskrides, medfører det ikke at begjæringen må nemndbehandles, dersom legen i utgangspunktet fant at 12-ukersfristen ikke var oversittet.»* Det heter videre at *«Nemndbehandling kan vanskelig unnlates dersom det er snakk om utsettelse av inngrepet i over en uke etter at grensen for selvbestemt abort er overskredet.»* (vår utheving).

¹ Åberg, Anders, Felix Mitelman, Michael Cantz, and Jürgen Gehler. "Cardiac Puncture of Fetus with Hurler's Disease Avoiding Abortion of Unaffected Co-Twin." The Lancet 312, no. 8097 (November 4, 1978): 990–91.

I Norge gjøres inngrepet kun ved norsk senter for fostermedisin (NSFM) som har uttalt at inngrepet bør utføres i uke 12-14², det vil si etter at perioden for selvbestemt abort er utløpt. Begrunnelsen er at det er først ved denne gestasjonsalderen det er mulig å gjøre god nok fosterdiagnostikk med nåværende teknologi. Man ønsker å hindre at man gjennom tilfeldig/uselektiv fosterantallsreduksjon fjerner et friskt foster, og at et (udiagnostisert) sykt foster blir stående igjen. Fagfolkene ved NSFM går inn for at begjæring om fosterantallsreduksjon skal behandles av en nemnd, i likhet med andre senaborter³. Rådet registrerer at det er ulike syn på hvorvidt det er nødvendig å utsette en ikke-selektiv fosterantallsreduksjon til etter uke 12⁴.

Tidligere uttalelse fra Rådet for legeetikk

Rådet for legeetikk har også tidligere uttalt seg om fosterantallsreduksjon. Den 25.2.2014 samlet Helsedirektoratet medisinsk faglig ekspertise innenfor fostermedisin, nyfødmedisin, gynekologi og etikk. Nasjonalt senter for fostermedisin (NSFM) i Trondheim, Oslo universitetssykehus (OUS), Haukeland universitetssykehus, Universitetssykehuset i Nord Norge (Tromsø), Legeforeningens Råd for legeetikk og Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo var til stede for å drøfte medisinske aspekter ved fosterreduksjon.

Rådet uttalte den gang at fosterantallsreduksjon kan sidestilles med abort.

Dersom fosterantallsreduksjon enten defineres som, eller sidestilles med, et vanlig svangerskapsavbrudd, får det konsekvenser for hvordan man betrakter andre aspekter ved inngrepet. Da vil f.eks. kvinnens rett til selvbestemt abort gjelde, forutsatt at inngrepet begjæres og kan utføres innen utgangen av uke 12. Da vil også unntaksbestemmelsen som handler om fritak for nemndbehandling dersom en begjæring framsatt innenfor fristen for selvbestemt abort ikke kan gjennomføres før etter fristen er utløpt, av medisinske årsaker, kunne komme til anvendelse.

Dersom man derimot mener at det finnes etisk relevante forskjeller mellom et vanlig svangerskapsavbrudd og fosterantallsreduksjon, åpner det for at sistnevnte kan behandles annerledes. Eksempelvis kunne man da kreve nemndbehandling av begjæring om

² <https://stolav.no/behandlinger/fosterreduksjon>

³ https://www.nrk.no/norge/fagmiljo-onsker-ikke-selvbestemt-tvillingabort_-1.14366665

⁴ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/05/13/forskning-og-fakta-om-fosterreduksjon/>

fosterantallsreduksjon, både for inngrep før og etter utgangen av uke 12.

Argumenter for å sidestille fosterantallsreduksjon med vanlig svangerskapsavbrudd

Kjernen i de etiske avveiningene omkring abort dreier seg om hvorvidt man anser det som tillatelig å terminere fosterliv, og ved hvilken gestasjonsalder man definerer at dette livet har for stor verdi til å termineres. Avveiningene vil gjenspeile hvor sterkt fosterets rett til liv står i forhold til den gravides selvbestemmelsesrett. Uansett om man foretar en abort eller en fosterantallreduksjon innebærer det en terminering av fosterliv. Uavhengig om det er flere fostre igjen i uterinhulen eller ikke, rører man altså ved kjernen i det etiske spørsmålet. Hvorvidt kvinnen blir «ugravid» eller ikke, endrer ikke det faktum at det er foretatt en terminering av fosterliv, og graviditetsstatus etter inngrepet er således ikke etisk relevant. Hvis man anser at abortloven regulerer fosterets rettsvern, er det naturlig å slutte at fosterantallsreduksjon nettopp skal dekkes av dette. En videre diskusjon vil være om grensen for selvbestemt abort (uke 11+6) skal opprettholdes, innskrenkes eller utvides, og om søknad innenfor 12-ukers-fristen med gjennomføring etter fristen skal aksepteres.

Argumenter mot sidestilling av fosterantallreduksjon og vanlig svangerskapsavbrudd

Et vanlig svangerskapsavbrudd innebærer at kvinnen slutter å være svanger/gravid. For kvinnens del har vanlig svangerskapsavbrudd flere viktige konsekvenser, ikke minst mht. den helsemessige belastningen et normalt svangerskap medfører. Abortloven innebærer en avveining mellom hensynet til fosterets rettigheter (som etter norsk lov er mindre enn rettsvernet fødte mennesker har) og hensynet til kvinnens selvbestemmelse og helse. Hensynet til kvinnens selvbestemmelse er tillagt meget stor vekt i norsk abortlovgivning, og skal også spille en betydelig rolle for begjæringer som nemndbehandles. En vesentlig begrunnelse for kvinnens selvbestemmelsesrett er at hun selv bør kunne bestemme om hun vil være gravid eller ikke. Gevinsten ved en fosterantallsreduksjon vil kunne være svært viktig utfra kvinnens egne betraktninger, men hun kan ikke argumentere med at fosterantallsreduksjonen gjør henne ikke-gravid og frigjør henne fra f.eks. de helsemessige konsekvensene av et fullgått svangerskap, slik en vanlig abort gjør. Det er imidlertid færre komplikasjoner for den gravide kvinnen i et enlingssvangerskap sammenliknet med et flerlingssvangerskap. Etter dette synet er det derfor naturlig at svangerskapsavbrudd og fosterantallsreduksjon vurderes ulikt, ettersom helsemessig nytteverdi for kvinnens del ikke er den samme (om enn potensielt *opplevd* like viktig for individet) ved de to situasjonene.

Potensiale for uønsket glidning mot sortering

I flere andre land utføres uselektiv fosterantallsreduksjon fra uke 7 ved hjelp av transvaginal ultralyd^{5,6}. Imidlertid har det internasjonalt, men også i Norge vært en trend mot å utsette fosterantallsreduksjoner til rundt uke 11–12 med følgende begrunnelser: En ønsker å bruke transabdominal tilgang⁷, samt at bedre fosterdiagnostikk er mulig ved denne svangerskapslengden⁸. Hensikten er altså å kunne beholde det «friskeste fosteret». Dette er imidlertid en selektiv fosterantallsreduksjon, og å utsette en uselektiv fosterantallsreduksjon for å oppnå seleksjon gjør at prosedyren ikke lenger er en uselektiv fosterantallsreduksjon. Rådet stiller spørsmål ved om en slik utsettelse av prosedyren er det man ønsker å oppnå med lovforslaget.

Dette har ytterligere to viktige implikasjoner:

1. Dersom fosterdiagnostikken blir mer presis i fremtiden, vil fosterantallsreduksjoner antagelig igjen utføres på et tidligere tidspunkt, og man vil komme i en situasjon der et abortinngrep som utføres tidlig i svangerskapet likevel må i nemnd. Dette kan sies å bryte med Abortlovens grunnleggende intensjon dersom man legger til grunn at fosterantallsreduksjoner etisk sett er å regne som en abort.
2. Risiko for en utilsiktet glidning mot sortering: Ved å pålegge nemnd for alle fosterantallsreduksjoner vil man fjerne et insentiv til å få utført dette så tidlig som mulig og ved tilfeldig reduksjon, fordi premisset om diagnostikk vil bli førende. Det finnes gode argumenter for å vente på diagnostikk, men det er ikke sikkert at dette alltid vil være det etisk minst problematiske. Lovgivningen bør stå på prinsipielle og minst mulig teknisk bestemte premisser. Dersom fosterantallsreduksjon sidestilles med andre svangerskapsavbrudd som etisk kategori, er det uheldig å innføre særlovgivning som er begrunnet i et tidsspesifikt teknologinivå.

⁵ Vowel, I., Y. Yaron, A. Amit, A. Botchan, M. P. David, M. R. Peyser, and J. B. Lessing. "Embryo Reduction in Multifetal Pregnancies Using Saline Injection: Comparison between the Transvaginal and the Transabdominal Approach." *Human Reproduction* 7, no. 8 (1992): 1173–1175.

⁶ Youssef, Hamed, Emad Fawky, Hossam Goda, and Mohamed Elshafei. "Pregnancy Outcome after Multifetal Reduction via Early Transvaginal Embryo Aspiration: Mansoura Fertility Care Unit Experience" 12, no. 3 (2007).

⁷ Salvesen, Kjell Å. Blix. "Dersom ønsket er å forby selvbestemt tvillingabort, er det ikke nødvendig å endre loven." *Aftenposten*, April 11, 2018, sec. Debate. <https://www.aftenposten.no/article/ap-71vag8.html>.

⁸ Salvesen, Kjell Å. "Selvbestemt fosterreduksjon av tvillinger." *Dagens Medicin*, April 4, 2016. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/04/04/selvbestemt-foster-reduksjon-av-tvillinger/>.

Instruksjon av nemndene

Abortloven gir kvinnen mulighet (og innenfor tidsrommet for selvbestemt abort en rettighet) til selv å velge hvor mange barn hun vil bære fram. Departementets resonnement legger stor vekt på hvor mange barn en kvinne har fra før og bærer på i det aktuelle svangerskapet: Det vil ikke være selvstendig grunnlag for å få innvilget fosterantallsreduksjon til ett foster fra tre, mens det åpnes for at f.eks. trillingsvangerskap kan reduseres til tvillinger:

“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.”

Det påpekes at denne instruksjonen til nemndene går utover den instruksjonen nemnden i dag har for å innvilge et ordinært svangerskapsavbrudd på et enling- eller flerlingsvangerskap. Videre legges det som premiss hvorvidt kvinnen har barn fra tidligere. Ot.prp. nr. 38, et sentralt forarbeid til dagens abortlov, skriver riktignok at «For så vidt gjelder vurderingen av kvinnens samlede livssituasjon, vil man nevne følgende momenter som det etter departementets mening er nærliggende å legge vekt på: kvinnens alder, hennes sivile status, antall barn kvinnen har omsorg for, hennes boligforhold, hennes levekår ellers, hennes generelle helsetilstand og sosiale tilpasning.» I denne sammenheng kan man innvende at det burde være enklere å få en fosterantallsreduksjon enn et fullstendig svangerskapsavbrudd – antall barn kvinnen må forsørge angis som et viktig argument.

Slik nemndens instruksjon ad bokstav b) er i dag skal kvinnens vurdering av egen situasjon legges til grunn. En skaper dermed en potensielt ulik juridisk behandling av kvinner som allerede har barn kontra kvinner som fra før er barnløse.

Den foreslåtte lovgivningen medfører at fosterets rettsvern ikke graderes utfra kriteriet om fosterets alder (som gjelder ved vanlig abort), men utfra andre forhold som hvor mange fostre som befinner seg i

livmoren, eller hvor mange barn kvinnen eventuelt har fra før (og da med føring som går ut over den generelle føringen at det å ha omsorg for barn kan være utfordrende for enkelte (se anm. Om Ot.Prp. 38 1974-1975 over)). Det frarådes å gjøre en slik endring, som kan ses som en forskjellsbehandling av fosterets rettsvern basert på kriterier som ikke gjelder fosteret selv.

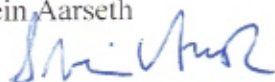
Avsluttende betraktninger

Abort er et komplekst etisk tema hvor lovgivningen tar sikte på en avveining mellom hensynet til den gravide kvinnen og fosterets rettigheter. Gjeldende lovgivning har stått uforandret i over 40 år, og lovgiver bør fortløpende vurdere revisjon av både abortloven og bioteknologiloven ettersom samfunn og teknologi endrer seg. Rådet for legeetikk stiller seg kritisk til at lovgiver nå vil endre loven basert på en framforhandlet avtale mellom regjeringspartier, uten den brede faglige, etiske og politiske debatt som temaet fortjener. Fraværet av en slik prosess gir en risiko for at lovendringen vil være faglig vanskelig håndterbar, være lite robust mot ventede og uventede teknologiske endringer, føre til utilsiktede etiske utfordringer, og mangle legitimitet blant pasienter, fagfolk og i befolkningen. Dette er kanskje Rådets fremste innvending mot forslaget til lovendring.

Rådet for legeetikk støtter imidlertid en lovendring som tar sikte på å eksplisitt inkludere fosterantallsreduksjon i abortlovens virkeområde. Vi mener loven bør endre navn til Lov om svangerskapsavbrudd og fosterantallsreduksjon. Loven omtaler i dag svangerskapsavbrudd 19 ganger. Der det er naturlig, bør det i stedet stå "svangerskapsavbrudd eller fosterantallsreduksjon". Dette vil antakelig kreve et mer omfattende lovarbeid.

Rådet for legeetikk er delt i synet på om fosterantallsreduksjon skal sidestilles med (flertallets syn), eller anses som etisk sett forskjellig fra vanlig svangerskapsavbrudd (mindretallets syn). Ett medlem av Rådet mener avsnittene "Potensiale for utglidning..." og "Instruksjon av nemndene..." bør utgå.

Svein Aarseth



Leder Rådet for legeetikk