

Rapport

**Uavhengig ekspertgruppe
for vurdering av
svangerskapsavbrudd**

Oslo

8. april 2013

Forord

Abortloven legger opp til en avveining mellom to ulike hensyn – kvinnens rett til å bestemme over sin egen kropp og fosterets rett til liv.

Rammene for abortnemndenes arbeid er gitt i abortloven, abortforskriften og rundskriv. I tillegg gjelder forvaltningslovens og pasientrettighetslovens bestemmelser. Likevel er det nødvendig å tolke og utøve skjønn med hensyn til hvordan loven praktiseres. Til tross for dette, er det likevel både betydelige ulikheter og uklarheter i hvordan loven forstås og praktiseres. Dels er dette problematisk med hensyn til det helsepolitiske målet om borgernes rett til likeverdige tjenester. Mer problematisk er likevel den ulike forståelsen og praktiseringen overfor den enkelte abortsøkende kvinnen og verdimeslige, etiske og juridiske dilemmaer knyttet til helsepersonellens gjennomføring av sene svangerskapsavbrudd når fosteret er eldre enn 22 fullgatte uker eller fosteret vurderes av helsepersonellet som levedyktig.

Helsedirektoratet ble våren 2011 kjent med at det fra både ledelsen ved fødeavdelingen på OUS Rikshospitalet og fra klinisk etikkomité ved OUS Rikshospitalet var reist spørsmål om praksisen ved OUS Rikshospitalet i noen tilfeller brøt med norsk lov. Helsedirektoratet kom med en presisering av begrepet *levedyktighet* i abortlovens § 2 siste ledd.

Helse- og omsorgsministeren ga 16.05.2012 Helsedirektoratet i oppdrag å sette ned en uavhengig, faglig ekspertgruppe som skulle gjennomgå regelverket og praksis knyttet til senaborter. HOD gjorde rede for ekspertgruppens mandat i brev av 20.06.2012. I bestillingen fra departementet lå det krav om at ekspertgruppen blant annet skal bestå av leger, jurister og jordmødre.

Det var betydelig oppmerksomhet i media knyttet til enkelthendelser rundt senaborter ved spesielt Oslo universitetssykehus. I tillegg har flere stortingsrepresentanter engasjert seg, og Riksadvokaten har vurdert om det er grunnlag for å undersøke om det foreligger straffbare forhold som burde forfølges. Riksadvokaten har ikke funnet rimelig grunn til dette.

Ekspertgruppen legger med dette fram sin rapport og anbefaler en rekke tiltak. Rapporten favner vidt og inkluderer flere fagfelter. Ekspertgruppens medlemmer har i særlig grad kommet med innspill innenfor sine respektive fagfelter. Ekspertgruppens oppdrag er dermed avsluttet.

Oslo 08.04.2013

Stein Kinserdal /s/
Leder

Sammendrag

I mai 2011 skrev seksjonsleder ved fødeavdelingen på Oslo universitetssykehus Rikshospitalet til Helsedirektoratet og til klinisk etikkomité ved sykehuset om at sene svangerskapsavbrudd innvilget av den sentrale abortnemnda, også omfattet fostre eldre enn 22 uker. Dette førte til at Helsedirektoratet i 2012 kom med en presisering av begrepet *levedyktighet* i abortlovens § 2 siste ledd¹ ved å uttale at grensen for sene svangerskapsavbrudd går ved 22 fullgatte uker. I tillegg ble det nedsatt en uavhengig faglig ekspertgruppe på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som skulle gjennomgå regelverket og praksis knyttet til senaborter.

Abortloven legger opp til en avveining mellom to ulike hensyn – kvinnens rett til å bestemme over sin egen kropp og fosterets rett til liv.

Ekspertgruppen ser at regelverket, før Helsedirektoratets tolkningspresisering, har vært uklart og vanskelig å anvende for nemndene. Ekspertgruppen foreslår at abortforskriften § 18 annet punkt revideres slik at det fremgår tydelig av forskriften at et foster vanligvis anses som levedyktig etter 21 uker + 6 dager, og at svangerskapsavbrudd følgelig ikke kan utføres etter dette tidspunktet, med mindre fosteret har en tilstand som er uforenlig med liv eller det foreligger en nødrettslignende situasjon.

Rapporten innleder første kapittel med en gjennomgang av mandatet fra HOD og ekspertgruppens tolkning av dette. I oppnevningen av ekspertgruppen ble det lagt vekt på å dekke opp alle relevante fagområder. I tillegg var det viktig å ha med fagpersoner som hadde nærhet til og kompetanse på de problemstillingene som skulle behandles. Det ble også lagt vekt på kjønn og representasjon fra helsetjenesten i ulike deler av landet.

Ekspertgruppen presenterer gjeldende rett og regler for svangerskapsavbrudd etter svangerskapsuke 17+6 i kapittel to. Etter gjeldende rett er det inntil svangerskapsuke 11+6 kvinnen selv som tar den endelige avgjørelsen om svangerskapsavbrudd. Etter svangerskapsuke 11+6 kan svangerskapsavbrudd kun skje på nærmere vilkår, som vurderes og avgjøres av en nemnd.

Begrepene *levedyktighet*, *levende født* og *livstegn* er nærmere beskrevet kapittelet to og ekspertgruppen tar opp temaet om fosterets levedyktighet versus diskusjonen om at noen fostre kan vise «livstegn» i forbindelse med svangerskapsavbruddet. Et foster som aborteres, spontant eller provosert, vil kunne vise livstegn som hjerteaksjon, pustebevegelser og/eller muskelbevegelser helt ned i svangerskapsuke 13-15. Dette er reflekser som ikke er uttrykk for at fosteret har muligheter for å overleve. Ekspertgruppen anbefaler en grense på 21 uker og 6 dager (21+6) for nemndsbehandlet innvilgelse av svangerskapsavbrudd. Ved misdannelser eller sykdommer (tilstander uforenlig med liv) hos fosteret kan derimot svangerskapsavbrudd innvilges uavhengig av svangerskapets varighet.

I kapittel tre følger en beskrivelse av og diskusjon om hvordan man angir svangerskapets varighet, ettersom det er ulik praksis i Norge, noe som kan ha konsekvenser for de kvinnene som nærmer seg øvre grense for svangerskapsavbrudd. En må omtale svangerskapets varighet på en enhetlig måte i uker og antall dager. For eksempel vil 22 fullgatte uker omtales som 21+6, og i det videre arbeidet må aktuelle forskrifter og veiledningsdokumenter harmoniseres

¹ brev 11/3902, datert 5. mai 2012, til HOD

slik at de får en enhetlig form. Ekspertgruppen foreslår også at det mest presise og forskningsbaserte verktøyet for vurdering av svangerskapets varighet og termin til enhver tid bør anvendes for å få en mest mulig presis angivelse av svangerskapets varighet.

Kapittel fire omhandler en gjennomgang av praksisen i abortnemndene. Ekspertgruppen har identifisert betydelige forskjeller i praksis i primærnemndene, herunder betydelige forskjeller i tilretteleggingen for samtale med kvinnen. I tillegg har ekspertgruppen avdekket flere organisatoriske utfordringer, særlig for nemndene med gjennomsnittlig få saker årlig. Av totalt 15 343 gjennomførte svangerskapsavbrudd i 2011 innvilget primærnemndene 623 og sentralt klagenemnd 16 svangerskapsavbrudd. Av i alt 34 primærnemnder var det i 2011, 17 primærnemnder som behandlet mindre enn 10 søknader og 9 som hadde 5 eller færre søknader. Ekspertgruppen anbefaler at antall primærnemnder reduseres samt at det igangsettes et målrettet og systematisk arbeid for å avdekke nødvendige tiltak som kan bidra til en mer likeverdig saksbehandling og samhandling med kvinnen. Ekspertgruppen anbefaler også at det vurderes å gi alle kvinner tilbud om samtale med sosionom, og at den sentrale klagenemnda må kunne tre sammen på så kort varsel at saksbehandlingstiden ikke blir avgjørende for utfallet av nemndsbehandlingen.

Ekspertgruppen har bygget på dokumentasjon som er tilgjengelig nasjonalt og internasjonalt. Dette kunnskapsgrunnlaget har klare begrensninger. Grunnlaget for ekspertgruppens vurderinger ville vært styrket hvis det hadde foreligget mer systematisk innsamlede data og analyser av – hvordan primærnemndene fungerer kvantitativt og kvalitativt. Særlig ville det vært nyttig å ha analyser av hvordan dialogen i primærnemndene foregår, hvordan beslutninger begrunnes, og hvilke mekanismer som ligger bak forskjeller innenfor og mellom primærnemndene. Ekspertgruppen anbefaler tiltak for å få mer systematiske data og grundige analyser av alle disse forholdene for å kunne bidra til å styrke kvaliteten på de beslutningene som fattes, og sikre fosterets og kvinnens rettigheter.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet.....	7
1.2	Ekspertgruppens sammensetning	8
1.3	Ekspertgruppens tolkning av mandatet	8
1.4	Metode og arbeidsform	9
2	Gjeldende regler om svangerskapsavbrudd etter svangerskapsuke 17+6	9
2.1	Abortnemndenes skjønnsutøvelse	11
2.2	Om ”særlig tungtveiende grunner”.....	12
2.3	Fosterets levedyktighet.....	13
2.4	Nødrett – fare for kvinnens liv og helse	13
2.5	Behovet for flere presiserende tolkninger av regelverket	14
3	Svangerskapets varighet	18
3.1	Svangerskapets varighet	18
3.2	Hvordan beskrives fosterets alder	18
3.3	Daglig tale og skriftspråk	18
3.4	Hvordan fastslår en fosterets alder og fødselstermin	19
3.5	Svangerskapets varighet i tiden før eventuelt svangerskapsavbrudd	19
3.6	Levedyktighet.....	20
3.7	Ekspertgruppens vurderinger og tilrådinger.....	21
4	Vurdering av behovet for tiltak for å bedre praksis og saksbehandling i abortnemndene	22
4.1	Innledning.....	22
4.2	Likeverdig organisering av nemndene og samhandling med kvinnen	22
4.3	Når svangerskapet oppdages sent – sosial situasjon	23
4.4	Primærnemndene.....	24
4.5	Den sentrale klagenemnda – saksbehandling og praksis	26
4.6	Ekspertgruppens vurderinger og tilrådinger.....	27
5	Kunnskapsgrunnlaget – en vurdering.....	31
5.1	Ekspertgruppens vurderinger og tilrådinger.....	31
6	Litteratur.....	32
7	Vedlegg	34
7.1	Lov om svangerskapsavbrudd.....	34
7.2	Abortforskriften.....	38

1 Innledning

I 2012 foretok Helsedirektoratet en innskjerping av levedyktighetsbegrepet i abortlovens § 2 siste ledd². Bakgrunnen for dette var at seksjonsleder ved fødeavdelingen, Oslo universitetssykehus (OUS) den 26. mai 2011 skrev til Helsedirektoratet og den 27. mai 2011 til klinisk etikkomité ved Oslo universitetssykehus Rikshospitalet om sene svangerskapsavbrudd innvilget av den sentrale abortklagenemnda, med informasjon om at praksis også omfattet fostre eldre enn 22 uker. I tillegg oppsummerte ledelsen ved Kvinne- og barneklirikken ved OUS situasjonen i et brev av 28. februar 2012 til Helsedirektoratet, blant annet slik:

”Fødeavdelingen på Rikshospitalet opplever nå en uforholdsmessig stor belastning ved at disse inngrepene er lagt til OUS etter at OUS fikk ansvaret for å «huse» ankenemnda. Fødeavdelingen på Rikshospitalet har blant landets største aktivitet for mottak av for tidlig fødte (ned til 23 uker). Disse barna har nå en overlevelse på 40-60 % (23.0 til 24.0 uker) som stadig øker og med god livskvalitet for de fleste overlevende. Fødeavdelingen på Rikshospitalet har også ansvar for et betydelig antall aborter etter påviste alvorlige misdannelser.”

Sak om senaborter på psykososialt grunnlag ble behandlet i klinisk etikkomité ved OUS den 16. juni 2011. I møtereferatet fremkommer blant annet dette: *”Slik situasjonen er i dag med senaborter på OUS, synes det i noen tilfeller å bryte med norsk lov.”*

Den sentrale klagenemnda for abort ble etablert i februar 2010 og erstattet da fem regionale klagenemnder. Målsettingen med endringen var i følge Ot.prp. nr. 27 (2008-2009) å få større likebehandling av søknader og bedre rettssikkerhet enn ved den tidligere ordningen. For å sikre en god bredde i kompetansen i klagenemnda ble antallet medlemmer utvidet med to, det vil si til fem medlemmer, hvorav to medlemmer skal være leger og én skal være jurist.

Storingsrepresentant Kjell Ingolf Ropstad (KrF) ba 13. september 2012 riksadvokaten vurdere hvorvidt det var grunn til å straffeforfølge helseforetak, helsepersonell og nemndsmedlemmer som har vært involvert i utførelse av svangerskapsavbrudd etter 22 fullgåtte uker. Riksadvokaten vurderte spørsmålene opp mot straffebestemmelsene i abortloven, relevante bestemmelser i straffeloven samt helsepersonelloven. Riksadvokaten konkluderer i brev av 17. oktober 2012 at det ikke var noe i saken så langt som skulle tilsi at noen svangerskapsavbrudd var foretatt uten lovlig vedtak i primær- eller klagenemnd. Videre fant ikke riksadvokaten noe grunnlag for å igangsette etterforskning av hverken helsepersonell, nemndene eller helseforetak.

I korrespondansen mellom Helsedirektoratet og den sentrale klagenemnda³ kom det frem at nemnda fant det krevende å fortolke levedyktighetsbegrepet i enkelte saker. Klagenemnda uttalte at de ikke fant det medisinsk mulig å gjøre en vurdering av det enkelte fosters overlevelsesmuligheter slik regelverket legger til grunn, og at vurderingen derfor ble gjort opp mot indikasjonene for svangerskapsavbrudd. En indikasjon som kommer inn under abortloven § 2 d), om unnfangelsessituasjonen som er i strid med straffelovsbestemmelser, ble f.eks. ansett for å være en sterk indikasjon. Helsedirektoratet understreket at etter loven er fosteret å anse som levedyktig dersom det er i stand til å overleve utenfor mors liv med intensiv behandling. Brevet ble avsluttet med at *”Dersom klagenemndas vurdering skal legges til*

² brev 11/3902 dat. 5. mai 2012 til HOD

³ Brev fra klagenemndsleder Nesheim til Helsedirektoratet av 17.8.2011

grunn synes konsekvensene å måtte bli at levedyktighetsgrensen settes til "etter 23 fullgatte uker"."

Helsedirektoratets presisering av lovens definisjon av levedyktighet innebærer at klagenemnda ikke lenger skal innvilge svangerskapsavbrudd på grunn av kvinnens fysiske og psykiske helse, livssituasjon eller på grunn av forhold som rammes av straffeloven, når beregnet varighet på svangerskapet er mer enn 21 uker + 6 dager.

Rammene for abortnemndenes arbeid er gitt i abortloven, abortforskriften og rundskriv. I tillegg gjelder forvaltningslovens og pasientrettighetslovens regler. Selv om rammene er gitt, er det likevel nødvendig å fortolke og utøve skjønn i nemndenes arbeid med de konkrete sakene.

Abortloven medfører en avveining mellom to ulike hensyn – kvinnens rett til å bestemme over sin egen kropp og fosterets rett til liv. Det er hensynet til fosterets økende rettsvern som fører til den gradvise skjerpingen av kravene for innvilgelse av svangerskapsavbrudd, fra indikasjoner som skal oppfylles etter svangerskapsuke 11+6, til det klare abortforbudet ved fosterets levedyktighet. Det stilles strenge kvalitative krav ("særlig tungtveiende grunner") for legale abortinngrep etter utgangen av svangerskapsuke 17+6. I denne sammenheng har ekspertgruppen gjennomgått gjeldende regler om svangerskapsavbrudd etter svangerskapsuke 17+6 og vurdert behovet for presiserende fortolkninger av regelverket.

Alle kapitler unntatt kapittel to avsluttes med ekspertgruppens vurdering og tilrådinger. I kapittel to er vurderinger og tilrådinger skrevet inn i teksten til hvert tema.

1.1 Mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet

HOD viser i oppdragsbrevet sitt til brev av 16.5.2012, til Helsedirektoratet, om å sette ned en uavhengig faglig ekspertgruppe bestående av blant annet jurister, leger og jordmødre som skal gjennomgå regelverket og praksis knyttet til senaborter. I den sammenheng gir de gruppen følgende mandat:

- Gjennomgå gjeldende regler om svangerskapsavbrudd etter 18. svangerskapsuke⁴.
- Gjennomgå praksis og saksbehandlingen i primærnemndene og i den sentrale klagenemnda knyttet til innvilgelse eller avslag på begjæringer om svangerskapsavbrudd etter 18. svangerskapsuke.
- Vurdere om det er behov for flere presiserende tolkninger av regelverket.
- Vurdere om det er behov for tiltak for å bedre saksbehandlingen i primærnemndene og den sentrale klagenemnda, og eventuelt foreslå tiltak.
- Gjennomgå den medisinske utviklingen knyttet til fosterets levedyktighet og på denne bakgrunnen vurdere om det er behov for å sette i gang et eget arbeid for å se på grensen for når fosteret skal antas å være levedyktig etter abortloven, og om grensen bør settes lavere enn 22 fullgatte uker.
- Vurdere om det bør innføres særskilte prosedyrer eller andre tiltak som sikrer at vurderingene av grensen for levedyktighet etter abortloven hele tiden er i samsvar med den medisinske utviklingen.

⁴ Merk at ekspertgruppen foreslår en alternativ måte å beskrive svangerskapets lengde

1.2 Ekspertgruppens sammensetning

I oppnevningen av ekspertgruppen ble det lagt vekt på å dekke opp alle relevante fagområder. I tillegg var det viktig å ha med fagpersoner som hadde nærhet til og kompetanse på de problemstillingene som skulle behandles. Det ble også lagt vekt på kjønn og representasjon fra helsetjenesten i ulike deler av landet.

Ekspertgruppens sammensetning:

Stein Kinserdal, administrerende direktør: Sykehuset i Vestfold (**leder**)

Helga Arianson, fylkeslege, Fylkesmannen i Hordaland (**nestleder**)

Berit Støre Brinchmann, professor/sykepleier: Universitetet i Nordland og Universitetet i Stavanger

Sturla Eik-Nes, professor/seksjonsoverlege: Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim

Kirsti Inger Hansen, avdelingssosionom: OUS Ullevål, Kvinne- og barneklubben

Guttorm Haugen, professor/seksjonsoverlege: OUS Rikshospitalet, Kvinne- og barneklubben

Arne Holte, professor/assisterende direktør: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Anne Kaasen, førsteamanuensis/jordmor: Høgskolen i Oslo og Akershus

Hanne Knudsen, fagsjef/jurist: Statens helsetilsyn

Kari Nedrebø, avdelingsjordmor: Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus

Reidar Pedersen, forsker/lege/filosof: Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Hallvard Reigstad, seksjonsoverlege: Barneklubben, Haukeland universitetssykehus

Heidi Wyller, seniorrådgiver/jurist: Likestillings- og diskrimineringsombudet

Fra Helsedirektoratet:

Janne Kozar Jalving: førstekonsulent

Arne-Birger Knapskog: seniorrådgiver

Arild Johan Myrberg: seniorrådgiver

Eva Sommerseth: seniorrådgiver / gruppens sekretær

1.3 Ekspertgruppens tolkning av mandatet

På gruppens første møte (24.10.2012) ble mandatet fra HOD gjennomgått og gitt følgende fokusområder og avgrensninger:

- Innholdet i begrepene svangerskapsuke, varighet av svangerskapet og termin må presiseres.
- Begrepene *levedyktighet* / *levende født* og *livstegn* må defineres og problematiseres.
- Gjennomgang av primærnemndenes saksbehandling, organisering og logistikk.
- Sentral klagenemnd – gjennomgang av deres saksbehandling og erfaringer.
- Nåværende abortlov, behov for presiseringer omkring abort etter svangerskapsuke 17+6.
- Begrepet ”særlig tungtveiende grunner” må defineres og drøftes.

1.4 Metode og arbeidsform

Ekspertgruppen har hatt 7 møter. De første møtene ble brukt til å diskutere viktige perspektiver for å danne et felles kunnskapsgrunnlag. Dette var viktig for å kunne komme med vurderinger og tilrådinger.

I drøftingen og avgrensningen av mandatet ble følgende temaer berørt:

- Lov om svangerskapsavbrudd
- begrepet «særlig tungtveiende grunner»
- begrepet *levedyktighet*
- begrepet *levende født*
- svangerskapets varighet, terminbestemmelse, gestasjonsalder
- grunnlaget for skjønn

Ekspertgruppen hadde i tillegg et eget møte med den sentrale klagenemnda for å danne seg et inntrykk av hva slags type saker de behandlet, saksbehandlingsrutiner og generelle erfaringer de hadde fra nemndarbeidet.

For å få en oversikt over saksbehandlingen og arbeidet i landets primærnemnder ble det bestemt å be om opplysninger fra samtlige helseforetak. Ekspertgruppen har brukt denne dokumentasjonen for å skaffe seg et bilde av saksbehandlingen i primærnemndene.

2 Gjeldende regler om svangerskapsavbrudd etter svangerskapsuke 17+6

I dette kapittelet gjøres det rede for de gjeldende reglene for svangerskapsavbrudd etter svangerskapsuke 17+6. Etter gjeldende rett er det inntil utgangen av svangerskapsuke 11+6 kvinnen selv som tar den endelige avgjørelsen om svangerskapsavbrudd. Etter svangerskapsuke 11+6 kan svangerskapsavbrudd kun skje på nærmere vilkår, som vurderes og avgjøres av en nemnd.

Abortlovens § 2 tredje ledd inneholder de lovbestemte vilkårene (i abortlovens medisinske terminologi: indikasjonene) for legale inngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke⁵. Disse omtales gjerne som medisinske vilkår (§ 2 tredje ledd bokstav a), sosiale vilkår (§ 2 tredje ledd bokstav b), stor fare for alvorlig sykdom hos fosteret (§ 2 tredje ledd bokstav c), forhold som rammes av straffeloven (§ 2 tredje ledd bokstav d) og alvorlig sinnslidelse hos kvinnen (§ 2 tredje ledd bokstav e).

Abortlovens § 2 fjerde ledd inneholder viktige retningslinjer for abortnemndas skjønnsmessige bedømming av om svangerskapsavbrudd skal kunne foretas. Det understrekes at vesentlig vekt skal legges på kvinnens egen vurdering av situasjonen, jf. abortlovens § 7 annet ledd som omhandler et krav om at abortnemnda skal fatte avgjørelsen ”etter samråd” med kvinnen. Den abortsøkende kvinnen har rett, men ikke plikt til å møte i abortnemnda. Se nærmere om nemndas skjønnsutøvelse under punkt 2.1.

⁵ Merk at ekspertgruppen foreslår en alternativ måte å angi svangerskapets varighet

Abortlovens § 2 femte ledd inneholder den viktige retningslinjen som tilsier at abortnemndene skal tillegge fosterets rettsvern økende vekt utover i svangerskapet; dette kalles i forarbeidene for prinsippet om fosterets ”graderte rettsvern”.

Etter utgangen av svangerskapsuke 17+6 kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det, noe som innebærer en videreføring av retningslinjen om ”fosterets graderte rettsvern” i § 2 femte ledd. Utløpet av den 18. svangerskapsuken representerer således ikke noen klar grense for legale abortinngrep⁶[13]. Se nærmere om dette under punkt 2.2.

Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan det ikke gis tillatelse til svangerskapsavbrudd. Abortlovens § 2 sjette ledd, annet punktum fastslår dermed tidspunktet for når abortinngrep ikke lenger lovlig kan utføres⁷. I abortforskriften § 18 er det presisert at et foster ”skal antas” å være levedyktig dersom det ville vært i stand til å overleve utenfor mors liv, og det skal tas hensyn til eksisterende muligheter for behandling etter forløsningen. Etter kommentaren til forskriften (I-1031 B) og rundskriv nr. I-40/2001 skal grensen normalt trekkes ved utgangen av svangerskapsuke 21+6.

Abortforbudet i § 2 sjette ledd må vike for nødrettsbestemmelsen i abortlovens § 10. Ved begjæring om svangerskapsavbrudd etter svangerskapsuke 11+6 fatter en primærnemnd som er sammensatt av to leger, vedtak om abortinngrep kan foretas. Dersom begjæringen avslås, skal nemnda underrette kvinnen, eller den som handler på hennes vegne, om at vedtaket vil bli prøvd av en sentral klagenemnd, med mindre hun trekker begjæringen tilbake. Nemnda skal straks sende sakens dokumenter til den sentrale klagenemnda for fornyet behandling. Den sentrale klagenemnda skal behandle saken snarest mulig. Avgjørelser treffes med enkelt flertall.

Nærmere regler om oppnevning av nemndene og saksbehandling er fastsatt i abortforskriften. Forskriften inneholder for det meste administrative bestemmelser (f.eks. om oppnevning av abortnemnder) samt prosessuelle bestemmelser som ofte er gjentakelser av lovtekst. Men den inneholder også enkelte bestemmelser av materiell karakter. På mange måter representerer abortforskriften en videreføring av tidligere regler og retningslinjer, men det er foretatt enkelte presiseringer av lovens uttrykk der praksisen har vært usikker.

Nemndsystemet skal sikre både kvinnens rettsikkerhet og fosterets graderte rettsvern. På dette feltet er det derfor gitt en rekke veiledninger som skal sikre en ensartet praksis ved landets abortnemnder. Samtidig finnes det få andre rettskilder som nemndene benytter i samme grad når selve lovteksten synes uklar. Abortnemndas vedtak har i liten grad vært prøvd for domstolene. På bakgrunn av dette argumenterer f.eks. Syse⁸ for at dette tilsier at denne veiledningen tillegges en rettskildemessig betydning utover å være en kommentar til lovens bestemmelser.

Sosial- og helsedepartementet utga i 2001 en publikasjon (I-1031 B) kalt *Retningslinjer – Lov om svangerskapsavbrudd*, som inneholder lovtekst, forskriften med merknader til denne samt fire rundskriv: I-40/2001 Indikasjoner for innvilgelse av svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke, I-41/2001 Grensen mellom indusert fødsel og svangerskapsavbrudd,

⁶ Se nærmere i abortloven, Syse s. 152–154.

⁷ Jf. drøftingen av begrepet ”levedyktig” hos Syse s. 149–152.

⁸ Abortloven s. 40 pkt. 1.6.5

I-42/2001 Selektiv fosterreduksjon og I-43/2001 Svangerskapsavbrudd etter abortloven § 10 (overhengende fare for kvinnens liv eller helse). Videre er rundskrivet IK-9/2001 Retningslinjer for håndtering av aborterte fostre utgitt. I 2006 utga departementet rundskriv I-4/2006, som presiserte bestemmelser i lov og forskrift vedrørende abortnemndenes sammensetning og saksbehandling m.m. Helsedirektoratet samlet i mars 2008 alt dette til *Håndbok for abortnemndarbeid* (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handbok-for-abortnemndarbeid-/Sider/default.aspx>). Håndboken skal være et hjelpemiddel til arbeidet i abortnemndene og er særlig beregnet på nye medlemmer av nemndene. Håndboken ligger på Helsedirektoratets hjemmesider.

2.1 Svangerskapsavbruddnemndenes skjønnsutøvelse

Mens abortloven regulerer mulighetene for svangerskapsavbrudd med klare regler frem til og med svangerskapsuke 11+6, endrer situasjonen seg etter dette, slik at loven i stedet gir retningslinjer for abortnemndenes skjønnsutøvelse. Dette synliggjøres gjennom lovens vage formuleringer knyttet til hva som anses for å være kvalifiserende indikasjoner ”urimelig belastning”, ”stor fare for”. Nemndas egen vurdering av opplysningene som foreligger om kvinnens situasjon, veies og får betydning for konklusjonen på begjæringen om svangerskapsavbrudd.

For begjæring om svangerskapsavbrudd på medisinsk (abortloven § 2a) og sosial indikasjon (abortloven § 2b) står nemnda friest rettslig sett. På bakgrunn av opplysningene som kvinnen gir, og andre opplysninger som innhentes, vurderer nemnda om begjæringen om svangerskapsavbrudd skal innvilges. Nemndas skjønnsutøvelse sammenliknes iblant med en ”normal” lege/pasient relasjon, der legen til slutt må ta den endelige beslutningen om indikasjonen er oppfylt. Selv om nemndas skjønn kan variere avhengig av hvordan opplysningene forstås og vektlegges, står imidlertid ikke nemnda fritt dersom den kommer frem til at indikasjonen på svangerskapsavbrudd er oppfylt. Da har kvinnen et rettslig krav på svangerskapsavbrudd.

For begjæring om svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2c (eugeniske), § 2d (strafferettslige forhold ved befruktning) eller § 2e (kvinnens alvorlige mentale avvik) er imidlertid nemndas skjønnsmessige frihet mer begrenset. ”Stor fare for at fosteret kan få alvorlig sykdom” etter abortloven § 2c er et grunnvilkår for innvilgelse og innebærer en reell risikovurdering fra nemndas side. Det kreves at faren skyldes arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet⁹. Også her skal kvinnens personlige ressurser og mestringsevne tillegges vesentlig vekt.

For begjæring av svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2d som gjelder strafferettslige forhold ved befruktningen,¹⁰ skal nemnda ikke vurdere kvinnens samlede situasjon, men bare vurdere om situasjonen kvinnen ble gravid under, omfattes av de aktuelle bestemmelsene i straffeloven. Kvinnen skal likevel kunne sannsynliggjøre ovenfor nemnda at graviditeten kan ha kommet i stand under de forholdene som er nevnt i straffeloven. Foreligger de forholdene som bestemmelsen omfatter, har abortnemnda plikt til å innvilge begjæringen om svangerskapsavbrudd.

⁹ Se Håndbok for abortnemndsarbeid pkt. 6.1.3

¹⁰ Se Håndbok for abortnemndsarbeid pkt. 6.1.4

Begjæring av svangerskapsavbrudd etter abortloven § 2e forutsetter ”alvorlig sinnslidende¹¹ eller psykisk utviklingshemming i betydelig grad¹²”. IQ-test er ikke avgjørende og må suppleres med en bedømming av hele personligheten og situasjonen for øvrig. Her vil også kvinnens rettslige handleevne være nedsatt, noe som medfører at spesielle prosessuelle regler (innhenting av uttalelse fra verge mv.) kommer til anvendelse.

Indikasjonene kan vurderes enkeltvis eller samlet (kumulerte vilkår), der det åpnes for en totalvurdering av kvinnens samlede situasjon basert på hennes egen bedømming. Terskelen for oppfyllelse av indikasjonene øker med svangerskapets lengde, men etter utgangen av svangerskapsuke 17+6 kan avbrudd kun innvilges når det foreligger ”særlig tungtveiende grunner”. Begjæring av svangerskapsavbrudd av levedyktige fostre kan ikke innvilges, med mindre det er overhengende fare for kvinnens liv eller helse, jf. abortloven § 10 (nødrettsbestemmelsen).

Nemndene skal i sin skjønnsutøvelse avveie *relevante* momenter som taler for svangerskapsavbrudd, mot *relevante* momenter som taler mot svangerskapsavbrudd. I spørsmålet om det foreligger en faktisk situasjon som loven beskriver, skal nemnda ifølge loven legge vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon. Nemnda må uansett holde seg innenfor den faktiske situasjonen som loven omtaler, og ikke ta utenforliggende hensyn. Det vil f.eks. være et utenforliggende hensyn dersom nemnda oppgir som avslagsgrunn at kvinnen selv sier hun vil dra omsorg for barnet om hun får avslag på svangerskapsavbrudd, dersom befruktningen skjedde som en følge av en voldtekt. Heller ikke andre forhold, f.eks. forsinkelser og feil i fastlegens eller nemndenes saksbehandling av begjæringen om svangerskapsavbrudd eller annet som kan ha påvirket svangerskapets varighet, omfattes av de indikasjonene som svangerskapsavbruddloven angir som relevante indikasjoner for svangerskapsavbrudd.

2.2 Om ”særlig tungtveiende grunner”

Nemndas skjønsmessige vurdering av begjæringer om svangerskapsavbrudd etter utgangen av svangerskapsuke 17+6 omtales ofte som et uttrykk for fosterets graderte rettsvern. Det foreligger ikke noe plutselig sprang i alvorlighetsgraden på indikasjonen for svangerskapsavbrudd ved svangerskapsuke 17+6, og kravene er heller ikke konstante frem til det lovbestemte abortforbudet inntre¹³. Bestemmelsen må imidlertid ses som et krav om at fosterets rettsvern skal tydeligere inn og veie tyngre i spørsmålet om indikasjonene for svangerskapsavbrudd er oppfylt.

Hensynet til fosterets økende rettsvern innebærer f.eks. at kravet til sosial eller medisinsk problematikk øker gradvis og skal avvike betydelig etter svangerskapsuke 17+6 fra det som må anses for å være tilstrekkelig etter svangerskapsuke 11+6. Vilkåret om ”særlige tungtveiende grunner” angir dermed strenge kvalitative krav for å innvilge abortinngrep etter utgangen svangerskapsuke 17+6.

¹¹ Jf. psykisk helsevernloven § 3-3: ”alvorlig sinnslidelse”, klare, aktive psykoser samt visse svært manifesterede avvikstilstander av ikke-psykotisk karakter der funksjonssvikten er like stor som den man ser ved psykoser. I tillegg innbefattes personer med en kronisk psykosesykdom, også i symptomfrie perioder, når symptomfriheten settes i sammenheng med antipsykotisk medikasjon

¹² IQ>55, se Håndbok for abortnemndsarbeid pkt. 6.1.5

¹³ Se Syse, Abortloven s. 153

Hensynet til fosterets økende rettsvern gjør seg imidlertid ikke like gjeldende på alle indikasjoner etter abortloven § 2 som det gjør etter de sosiale og medisinske indikasjonene, alternativt etter en samlet vurdering av disse. I situasjoner der fosteret er unnfanget som en følge av straffbare forhold, vil ikke fosterets økende rettsvern tillegges den samme vekten. Heller ikke i saker som gjelder alvorlige misdannelser hos fosteret eller indikasjon om alvorlig sinnslidelse hos mor, vil hensynet til fosterets økende rettsvern få det samme gjennomslaget. Nemndene må likevel vurdere skjønsmessig på bakgrunn av praksis hva som til enhver tid anses for å være alvorlig nok, både med hensyn til misdannelser og med hensyn til kvinnens psykiske helse. Mindre alvorlige tilstander må vurderes i tråd med de andre indikasjonene og med kvalifiserende hensyntaken til fosterets rettsvern frem til fosteret anses for å være levedyktig.

2.3 Fosterets levedyktighet

Abortloven inneholder to klare avgrensninger: grensen for selvbestemt svangerskapsavbrudd og grensen for abortforbud. Fosteret får full rettslig beskyttelse når det er grunn til å anta at det er levedyktig, jf. abortloven § 2 sjette ledd annet punktum. Abortforskriften § 18 utdyper levedyktighetsbegrepet til "...[at] det vil være i stand til å overleve utenfor mors liv på det tidspunkt et eventuelt avbrudd ville vært utført. Ved vurderingen skal det tas hensyn til eksisterende muligheter for behandling og forløsning." Slik knyttes levedyktighetsbegrepet opp mot antatt levedyktighet utenfor livmoren, noe som har bydd på betydelige utfordringer for nemndene. Det vises f.eks. til den sentrale klagenemndas anførsler da de ble bedt om å redegjøre for hvordan de tolket loven. Det er det konkrete fosterets levedyktighet som skal vurderes. Vurderingstemaet er om fosteret ville vært i stand til å overleve utenfor mors liv på det tidspunktet inngrepet vurderes utført. I denne vurderingen skal det legges vekt på hvilke muligheter det til enhver tid er for behandling etter forløsningen. Dersom fosteret ville vært i stand til å overleve med intensiv behandling, er det å anse som levedyktig.

Dersom fosteret har tilstander som er uforenlig med liv, slik at det aldri vil bli i stand til å overleve utenfor livmoren, tolkes loven i dag slik at det er adgang til å avbryte svangerskapet uavhengig av svangerskapets varighet. I rundskriv 1-40/2001 *Indikasjon for innvilgelse av svangerskapsavbrudd etter utgangen av 12. svangerskapsuke – retningslinjer for abortnemndenes skjønnsutøvelse* fremgår følgende: "I noen tilfeller vil fosteret ha en tilstand som er uforenelig med liv utenfor livmoren uansett tidspunkt for forløsning. Vedkommende tilstand vil kunne være forenelig med overlevelse i minutter, timer, dager eller uker. Tilstanden kan her likevel være «uforenelig med liv» dersom erfaringer klart tilsier at overlevelsesmulighetene er tilnærmet ikke-eksisterende utover en slik tidsperiode."

Slike saker må også nemndbehandles. Tilstander som faller inn under denne kategorien, er f.eks. akrani (manglende hodeskalle), anencephali (manglende hjerne) samt noen kromosomanomalier og skader i andre organer enn sentralnervesystemet som kan medføre tilstander som er uforenelig med liv. Etter kommentaren til forskriften (I-1031 B) og rundskriv nr. I-40/2001 skal grensen normalt trekkes ved utgangen av svangerskapsuke 21+6. Når fosteret anses for å være levedyktig, kan svangerskapsavbrudd kun tillates dersom svangerskapet anses for å være en fare for kvinnens liv eller helse, jf. abortloven § 10.

2.4 Nødrett – fare for kvinnens liv og helse

Dersom svangerskapet medfører overhengende fare for kvinnens liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i abortloven, jf. lovens §10. Dette er en lovfesting av

den generelle nødrettsregelen, jf. straffeloven § 47. I faresituasjoner kan det også foreligge handleplikt etter helsepersonelloven § 7.

Vilkåret for svangerskapsavbrudd etter denne bestemmelsen er at svangerskapet medfører overhengende fare for kvinnens liv eller fysiske og/eller psykiske helse. Dersom dette er tilfellet, kan svangerskapet avbrytes uten hensyn til de øvrige bestemmelsene i abortloven. Det er utarbeidet et eget rundskriv om dette, I-43/2001 *Svangerskapsavbrudd på vital indikasjon*. Dette innebærer at kvinnen ikke trenger å begjære svangerskapsavbrudd, og spørsmålet om svangerskapsavbrudd etter utgangen av tolvte svangerskapsuke skal heller ikke nemndbehandles.

I vurderingen av om det foreligger en ”overhengende fare for kvinnens liv eller helse”, må det særlig vurderes hvilken type risiko som kan oppstå ved å ikke foreta inngrepet, og sannsynligheten for at risikoen vil realisere seg. Er det en reell fare for kvinnens liv, stilles det ikke særlig strenge krav til sannsynligheten. Er det imidlertid ingen livstruende fare, stilles det langt mer kvalifiserte krav til sannsynligheten for at risikoen vil realisere seg. Det vil måtte stilles betydelige krav til sannsynligheten dersom det kan antas at fosteret er blitt levedyktig.

2.5 Behovet for flere presiserende tolkninger av regelverket

Formuleringen om å vurdere ”flere presiserende tolkninger av regelverket” i ekspertgruppens mandat kan forstås på flere måter. Ekspertgruppen har i gjennomgangen av mandatet valgt å tolke bestillingen som ”Nåværende abortlov, behov for presiseringer omkring svangerskapsavbrudd etter 18. svangerskapsuke”.

Ekspertgruppen har avdekket flere områder som det knytter seg usikkerhet eller feiltolkninger til, og vil gjennomgå disse punktvis sammen med gruppens vurdering og tilrådinger.

2.5.1. Svangerskapets varighet på vedtakstidspunktet i nemnda

Tidsfaktoren er viktig for abortlovens saksbehandlingsregler. Dersom primærnemnda avslår en søknad om svangerskapsavbrudd, skal nemnda *straks* sende vedtaket og sakens dokumenter til klagenemnda. Klagenemnda skal behandle saken ”snarest” i henhold til abortforskriften § 8. I forarbeidene til loven legger departementet til grunn at klagenemnda skal ta sikte på å behandle en klagesak senest innen syv virkedager etter at den er mottatt. Den sentrale klagenemnda opplyste til ekspertgruppen at møteavviklingen for klagenemnda kan påvirke hvor lang tid som går fra saken er avslått i primærnemnda, til klagenemnda er satt og kan behandle den. Til tross for at klagenemnda har to faste møtetidspunkter per uke, kan det særlig i forbindelse med ferieavvikling og høytidsdager i enkelte tilfeller gå opp mot en uke før nemnda får saken til behandling. Tidsbruken kan derfor bli tett opp til det som er ansett for å være forsvarlig i forarbeidene til abortloven. Det er per i dag ingen rutiner for innkalling til hastemøter for den sentrale klagenemnda. Dersom svangerskapets varighet ved behandling i primærnemnda nærmer seg grensen for abortforbud, kan en eventuell innvilgelse stå og falle på saksbehandlingstiden før klagesaksbehandlingen.

Det er svangerskapets varighet på det tidspunktet *vedtaket fattes* som avgjør hvilke materielle krav som må være oppfylt for at abortsøknaden kan innvilges. I saker der svangerskapsavbrudd avslås og går til klagenemnda, gjelder det samme. Abortlovens ordlyd ser ut til å tale mot en slik forståelse. Her fremgår det at den tidsmessige grensen for selvbestemt svangerskapsavbrudd og for vurderingen av ”særlig tungtveiende grunner” er

tidspunktet for gjennomføringen av svangerskapsavbruddet. F.eks. ”Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes ...” Det er likevel svangerskapets reelle varighet på vedtakstidspunktet som skal legges til grunn. Det samme gjelder for klagevedtaket¹⁴.

Ekspertgruppens vurdering og tilrådinger

Det knytter seg likevel noe usikkerhet til hva som er korrekt tidsangivelse for svangerskapets varighet når det gjelder klagenemndas vurdering. Det har vært argumentert for at svangerskapets varighet på vedtakstidspunktet i primærnemnda skal gjelde, og ikke svangerskapets reelle varighet ved behandling i klagenemnda. Det har blitt vist til at noe annet kan gjøre klageadgangen illusorisk og at sen saksbehandling kan uthule den retten til svangerskapsavbrudd som loven tilsikter å gi kvinnen. Det har også blitt hevdet at forvaltningsrettslige betraktninger tilsier at tidsangivelsen i primærnemndas avslagsvedtak for svangerskapets varighet må danne den saklige rammen for den sentrale klagenemndas vurdering.

Det er behov for å klargjøre dette i regelverket. Ekspertgruppen anbefaler derfor en presisering av hvordan abortlovens ordlyd skal forstås på dette punktet. En slik presisering bør skje i form av en forskriftsendring.

2.5.2. Skjønnsutøvelsen og utenforliggende hensyn

Nemnda skal i sin skjønnsutøvelse avveie relevante hensyn for og mot innvilgelse av begjæring om svangerskapsavbrudd. I praksis knytter det seg betydelig utsikkerhet til avveiningen, og også til spørsmålet om hva som må anses for å være relevante hensyn som skal vektlegges. Skal f.eks. nemnda ta hensyn til såkalt ”doctor’s delay”, forsinkelser i søknadsprosessen og annet som kvinnen ikke kan lastes for, i vurderingen?

Ekspertgruppens vurdering og tilrådinger

Den juridiske rammen for nemndas skjønn fremgår av abortloven § 2 og de såkalte indikasjonene. Relevante hensyn for innvilgelse vil derfor være knyttet til kvinnens fysiske og psykiske helse og/eller livssituasjon, alvorlige misdannelser hos fosteret eller forhold ved unnfangelsen som rammes av straffeloven.

Spørsmålet om hva som ikke anses for å være relevant eller dekkende å vektlegge, er ikke kommentert nærmere i veiledningen. En nærmere presisering og eksemplifisering av hva som menes med *utenforliggende hensyn* i abortlovens forstand, bør derfor være på sin plass i en revidert versjon av Håndbok for abortnemndsarbeid.

2.5.3. Abortlovens § 2 sjette ledd annet punktum – Saker der fosteret har en tilstand som er uforenelig med liv

Ved alvorlige misdannelser hos fosteret som er uforenelig med liv, kreves det nemndbehandling med begjæring av svangerskapsavbrudd. Svangerskapets varighet er ikke relevant å vurdere for nemnda, all den tid fosteret uansett ikke anses for å være levedyktig. I slike saker vurderer nemnda utelukkende om indikasjonen på tilstander uforenelig med liv, er

¹⁴ Se Syse, Abortloven, pkt. 6.5 på s. 221

oppfylt, basert på den fremlagte dokumentasjonen. Det innhentes ikke dokumentasjon på andre forhold ved kvinnens situasjon i slike saker, f.eks. sosialrapport.

Ekspertgruppens vurdering og tilrådinger

Ekspertgruppen har drøftet om disse sakene har en karakter som tilsier en annen håndtering enn nemndbehandling, gitt at de kvalifiserende vurderingene allerede foreligger fra annen medisinsk ekspertise. Det har også vært pekt på at nemndbehandlingen utgjør en uforholdsmessig tilleggsbelastning for de berørte.

En mulig endring av praksis vil imidlertid forutsette at abortloven endres. I ekspertgruppen ble flere alternative løsninger diskutert. Det var likevel enighet om at nemndbehandling bidro til en fornuftig grad av kontroll med hvorvidt en tilstand faktisk var uforenelig med liv, og at dette var ønskelig og i tråd med abortlovens system.

Når det gjelder spørsmålet om presiseringer i saksbehandlingen, vises det til det som fremgår i kapittel 4.6 om presisering i saksbehandlingsrutiner.

2.5.4. En endelig tidsgrense for legale svangerskapsavbrudd

Situasjonen rundt behandlingen av senaborter og diskusjonen som oppsto på OUS / Rikshospitalet, og den politiske debatten i etterkant, illustrerer det etiske konfliktstoffet som ligger latent knyttet til å gjennomføre sene svangerskapsavbrudd. Selv om dette totalt gjelder svært få svangerskapsavbrudd i Norge årlig, er det ikke vanskelig å se at det kan virke utfordrende både på helsepersonell og allmennheten om uroen og usikkerheten rundt håndteringen av levedyktighetsbegrepet fortsetter.

Ekspertgruppen ser at regelverket, før Helsedirektoratets tolkningspresisering, har vært uklart og vanskelig å anvende for nemndene. Noen uklarheter vil avhjelpes gjennom de presiseringene som er foreslått her. Det gjelder f.eks. spørsmålet om hva som bør være det medisinske grunnlaget for å fastslå svangerskapets varighet. Når det gjelder spørsmålet om den individuelle vurderingen av fosterets levedyktighet og om det er medisinsk mulig å foreta en individuell vurdering av levedyktighet for det enkelte foster, stiller saken seg annerledes. Uklarheten og problemene er ikke av ny dato. Aslak Syse tok opp spørsmålet allerede i 1993 på bakgrunn av en konkret debatt, svært lik den vi har i dag. Poenget i diskusjonen er at nemndene rent faktisk ikke er i stand til å anvende det skjønnet de er tillagt. Det tilsier at det er behov for å revurdere den veiledningen som forelå før Helsedirektoratets intervensjon og tolkningspresisering.

Syses forslag til løsning var en endring av abortloven som fjerner levedyktighetsbegrepet og erstatter det med en lengstetid for svangerskapsavbrudd ved utgangen av 22.

svangerskapsuke, som med dagens nomenklatur er lik svangerskapsuke 21+6.¹⁵

Ekspertgruppen har likevel ikke konkludert med å anbefale at levedyktighetsbegrepet i abortloven fjernes helt, slik Syse gikk inn for i sitt forslag, ettersom vi ser at det kan være gode grunner for å synliggjøre fosterets rettsvern gjennom å knytte abortforbudet opp mot fosterets levedyktighet, slik det er i dag i abortloven § 2 sjette ledd. Abortforskriften § 18

¹⁵ Syse, Abortloven s. 323: Utkast til endring i abortloven § 2 sjette ledd annet punktum (endringsforslag i kursiv): Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan svangerskapet ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det. *Etter utgangen av tjuende svangerskapsuke kan tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis med mindre nemnda finner det klart at fosteret har en tilstand som er uforenelig med liv.*

annet punkt revideres slik at det fremgår tydelig av forskriften at et foster vanligvis anses som levedyktig etter svangerskapsuke 21+6, og at svangerskapsavbrudd følgelig ikke kan utføres etter dette tidspunktet.

Ekspertgruppen foreslår på bakgrunn av dette å tydeliggjøre i abortforskriften at tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke kan gis dersom det er grunn til å anta at fosteret er levedyktig, jf. abortloven § 2 sjette ledd. Et foster vil vanligvis anses som levedyktig etter uke 21+6 og svangerskapsavbrudd kan følgelig ikke utføres etter dette tidspunktet, med mindre fosteret har tilstander som er uforenelig med liv, eller det foreligger en nødrettslignende situasjon. Med en slik eksakt grense for innvilgelse av svangerskapsavbrudd, er det viktig at saksbehandlingstiden i klagenemnda ikke blir avgjørende for utfallet av nemndsbehandlingen. Ekspertgruppen foreslår derfor at klagenemnda må ha rutiner for ekstraordinære møter slik at de kan tre sammen på kort varsel ved behov.

Forslag fra et enkeltmedlem i gruppen (Reidar Pedersen)

Nødrettsbestemmelsen i abortloven (§ 10) bør presiseres utover det som er gjort per i dag (både konkretisere hva som skal til for å kunne avbryte svangerskapet etter denne bestemmelsen og krav til rapportering/dokumentasjon ved svangerskapsavbrudd i slike situasjoner), for å sikre kvinnens og fosterets rettigheter.

3 Svangerskapets varighet

3.1 Svangerskapets varighet

I dette kapitlet tar ekspertgruppen opp tema om hvordan man skal vurdere svangerskapets varighet. Det gjøres et kort historisk tilbakeblikk for å sette dette inn i en sammenheng. Den tyske professor ved universitetet i Heidelberg, Carl Fritz Nägele (1778–1851, publiserte i 1812 en algoritme, som har blitt stående i over to hundre år siden den ble presentert i ”Lehrbuch der Geburtshülfe für Hebammen”. Nägeles regel sier at fødselsterminen bestemmes ved at en teller tre måneder tilbake fra kvinnens siste menstruasjons første dag og deretter legger til 7 dager. Følgelig: siste menstruasjon den 8. mai 2012 gir beregnet nedkomst den 15. februar 2013. Det går fram av denne algoritmen at svangerskapet varer mellom 280–283 dager alt etter hvilken måned kvinnen har sin siste menstruasjon. Den dag i dag går denne algoritmen under navnet ”Nägeles regel” og er i bruk verden over. En vil senere komme inn på mer moderne metoder for å fastslå alder på foster og tid for nedkomst. Likevel er det grunn til å tro at ”Nägeles regel” vil bestå ”i overskuelig framtid” for raskt å kunne få et brukbart estimat på fosteralder og tid for nedkomst.

3.2 Hvordan beskrives fosterets alder

Det hersker betydelig forvirring i tale og skriftspråk om hvordan vi uttrykker hvor gammelt et foster eller svangerskap er. Et svangerskap som for eksempel er *elleve uker* gammelt kan også sies å være *i tolvte uke*. Dette kan skape usikkerhet for lovgivere, tolkere av lover og den debatt som måtte følge. Den gamle måten med å beskrive svangerskapets alder med *rekketall*, er forlatt. Følgelig skal en ikke bruke uttrykk som f.eks. ellevte, tolvte, trettende uke. Svangerskapets alder uttrykkes i *fullgatte uker og dager*. Med andre ord beskriver en svangerskapets alder med *heltall* (elleve, tolv, -- tjuen, tjueto -- trettien, trettito osv.) I Norge sier abortloven at kvinnen selv kan bestemme om hun vil avbryte svangerskapet ”innen utgangen av tolvte svangerskapsuke”. Det betyr at hun selv kan bestemme svangerskapsavbrudd ved fosteralder som er ”innen utgangen av tolvte uke” = 11 fullgatte uker og 6 fullgatte dager = svangerskapsuke 11+6 = 83 fullgatte dager. Denne problemstillingen ble forsøkt klargjort av Helse- og omsorgsdepartementet i forskrift om svangerskapsavbrudd (abortforskriften) i veiledning om hvordan svangerskapets varighet bør fastsettes. Der foreligger det også uklarheter. Fortolkningen er også problematisert i Tidsskrift for den Norske Legeforening så sent som i 2006 [1]. I artikkelen går det fram at loven blir tolket ulikt rundt omkring i landet og ofte i mer liberal retning. I visse tilfeller tolkes ”innen utgangen av tolvte uke” som ”innen utgangen av uke tolv” = 12 fullgatte uker og 6 fullgatte dager = 90 fullgatte dager, en liberaliserer da lovteksten med en hel uke = 7 dager.

3.3 Daglig tale og skriftspråk

I tale og skrift uttrykkes at ”fosteralder er fullgatt uke 18 + 3” (atten pluss tre). Det betyr 18 fullgatte uker pluss 3 fullgatte dager. Noen bruker skråstrek og skriver eller sier ”svangerskapet er fullgatt uke 18/3”. I tale sier en ofte ”fosteralder er atten-tre” = 18 fullgatte uker + 3 fullgatte dager. Dert er viktig å ha klart for seg at dag *en* i en fullgatt uke uttrykkes som f.eks. 18+0. Den *siste* dag i fullgatt uke 18, uttrykkes som 18+6. Dagen etter er svangerskapet fullgatt uke 19 + fullgatt dag 0. Dette har også skapt forvirring. Uttrykker en ukene som fullgatte uker, må en også uttrykke dagene som fullgatte dager. En bør heller ikke

f.eks. utrykke 21+7 om den siste dagen i uke 21. Det heter 21+6. Dagen etter, er svangerskapet 22+0. Benevnelse "Uketall+7" finnes ikke i denne nomenklatur.

3.4 Hvordan fastslår en fosterets alder og fødselstermin

Ved assistert befruktning ("prøverørsbehandling") vil man ha en sikrere dato for svangerskapets begynnelse og dermed varighet enn siste menstruasjon. For andre svangerskap kan en kalkulere fosteralder basert på første dag av kvinnens siste menstruasjon. Selv om den over 200 år gamle "Nägeles regel" er god, har forskning verden over vist at måling med ultralyd gir et bedre resultat dersom målingen blir utført i første halvdel av svangerskapet, i praksis før fullgått uke 22+6. Senere i svangerskapet er ultralydmetoden i økende grad usikker for å bestemme alder og termin og bør ikke brukes. Tidlig i svangerskapet kan en måle fosterets sittehøyde = Crown Rump Length = CRL (inntil fullgått uke 13+6). Presisjonen til denne metoden er best før fullgått uke 11. Etter fullgått uke 13, kan målingen med ultralyd inkludere bredden på eller omkretsen av fosterhodet (biparietal diameter eller hodeomkrets). En kan også bruke lengden på lårbenet. Alle disse mål er internasjonalt brukt og standardiserte.

For å kunne vurdere individuell sikkerhet for predikert fosteralder (*prediksjonsintervall*) måtte en kjenne sikker start på svangerskapet (den naturlige befruktningen). Det gjør vi ikke. Med moderne populasjonsbaserte prediksjonsmetoder uten prediksjons-bias, kan en likevel få sikker alder ved å kalkulere *konfidensintervallet* på medianen av prediksjonene, typisk rundt +/- 0,3 dager. Det er grunnen til at vår svangerskapsomsorg er basert på prosedyrer som følger relativt skarpe grenser gitt av et moderne dateringsverktøy, f. eks uke 11+6, uke 17+6, uke 23+0 osv. Kliniske prosedyrer er basert på slike grenser og kliniske konsekvenser (for eksempel overlevelse) er evaluert ut fra disse grensene. Vi har dermed det sikreste mulige system, med koherens mellom prediksjon og klinisk konsekvens. Metoden krever et prediksjonsverktøy uten bias og med snevert konfidensintervall.

I Norge er tilbud om en ultralydundersøkelse i fullgått uke 18 en del av svangerskapsomsorgen. Ultralydmetoden brukt systematisk for alder og termin er kvalitetssikret mot den siste menstruasjon som metode ("Nägeles regel") og funnet generelt bedre. I Norge ble ultralydmetoden "Snurra" [4] introdusert i 1984 og etter kort tid brukt over hele landet. Metoden innførte omtale av svangerskapet i heltall. I 2005 ble ultralydmetoden "Terminhjulet" publisert [9]. Den populasjonsbaserte metoden "eSnurra" kom i 2007 for å forbedre "Snurra" og "Terminhjulet" [6], "eSnurra" er siste år validert på 72000 graviditeter [16-18].

3.5 Svangerskapets varighet i tiden før eventuelt svangerskapsavbrudd

Det er viktig å ha presise dateringsmetoder i de siste ukene før den øvre grense for å kunne avbryte et svangerskap. Ikke sjelden foreligger det dårlig grunnlag for å datere fosteret i tidlig svangerskap hos kvinner som har kommet så langt før dateringsproblematikken blir åpenbar. I spesielle tilfeller med mangelfull datering av svangerskapet er det opp til nemnda å utøve samlet skjønn av fosteralder basert på de data som måtte foreligge. Svangerskapets varighet kan likevel predikeres best med ultralyd frem til fullgått uke 22 med større sikkerhet enn andre metoder som ikke bruker ultralyd [14].

3.6 Levedyktighet

I dette punktet tar ekspertgruppen opp tema om fosterets levedyktighet versus diskusjonen om at noen fostre kan vise "livstegn" i forbindelse med svangerskapsavbruddet. Det gjøres en kort oppsummering av den medisinske utviklingen som et tilsvarende på mandatets spørsmål, om grensen for levedyktighet bør settes lavere enn 22+0 fullgatte uker.

Et foster som aborteres, spontant eller provosert, vil kunne vise livstegn som hjerteaksjon, pustebevegelser og/eller muskelbevegelser helt ned mot 13–15 svangerskapsuker. Dette er reflekser som ikke er uttrykk for at fosteret har muligheter for å overleve.

I Medisinsk fødselsregisters statistikk blir fødsler før 22 fullgatte uker, i tråd med WHO's anbefalinger, ikke inkludert ved beregning av perinatal dødelighet. Før denne tidsgrensen vil et for tidlig født barn uten livstegn defineres som en spontanabort, mens det etter denne tidsgrensen kalles dødfødsel. Medisinsk fødselsregister har i perioden 1999–2011 registrert 197 fødsler før fullgått uke 22 som levendefødte (<http://www.fhi.no/helseregistre/medisinsk-fodselsregister>). Dette reflekterer at enkelte sykehus ved registrering av fødsler også før fullgått uke 22 har fulgt anbefaling i "Veiledning for utfylling av melding til Medisinsk fødselsregister, IK-1002" der det blir anført: "Levende født i relasjon til dette skjema er ethvert foster født etter 12. svangerskapsuke, og som etter at det er fullstendig adskilt fra moren viser tegn til liv, dvs. har hjerteslag, åndedrett eller muskelaktivitet". Dette er også i tråd med WHO's og ICD-10's definisjon av levendefødt. At et foster viser livstegn eller defineres som levendefødt ut fra definisjonene til MFR, WHO eller ICD-10 betyr altså *ikke* at fosteret er levedyktig. De fleste fødeavdelinger registrerer imidlertid et foster som levendefødt først når det har nådd en alder der fosteret kan være levedyktig, og på slike avdelinger vil levendefødt og levedyktig kunne være nærmest synonyme begrep. Ingen barn født før svangerskapsuke 25–26 svangerskapsuker vil overleve uten avansert intensivbehandling, og fortsatt vil risikoen for alvorlige følgetilstander være stor [8, 11, 15]. I de tilfeller der man ikke gir intensivbehandling vil levendefødte barn med svangerskapsalder mindre enn 24–25 svangerskapsuker kunne leve inntil noen timer, generelt kortere med lavere svangerskapsalder.

De siste år har det kommet rapporter fra utenlandske senter som i utvalgte tilfeller gir behandling også til fostre som blir forløst ved 22-23 svangerskapsuker. De sentrene som oppgir overlevelse og senskader for hver enkel svangerskapsuke [5], rapporterer både høy dødelighet og stor risiko for alvorlige nevrologiske sekveler [7].

Populasjonsbaserte studier rapporterer 2 % overlevelse ved 22 svangerskapsuker [3]. I et norsk materiale som inkluderte alle barn født i Norge i 1999 og 2000, overlevde ingen barn født før 23 svangerskapsuker [10].

En forutsetning for at det skal være mulig å behandle så umodne barn, er at de har nådd en viss vekt (vanligvis ca. 400 gram), og at de ikke har misdannelser ettersom de fleste, også ikke-dødelige misdannelser, gir redusert mulighet for overlevelse. Andre faktorer vil også kunne påvirke muligheten for overlevelse, spesielt om det foreligger langvarig fostervannsavgang eller tegn til infeksjon hos fosteret.

Et foster med en svangerskapsalder på mindre enn 24 uker vil ofte dø under en vanlig fødsel, og mange av de mest umodne barna må derfor forløses med keisersnitt dersom de skal ha muligheter for å overleve fødselen. En amerikansk undersøkelse [2] viser at holdningen til å behandle barn med lav fødselsvekt og lav svangerskapsalder er uendret de siste 20 år. Dette tyder på at det ikke vil skje noen vesentlig endring av behandlingsgrenser nedover før en eventuelt bruker helt ny, og i dag ukjent, behandling.

3.7 Ekspertgruppens vurderinger og tilrådinger

Svangerskapets varighet kan utregnes fra første dag av kvinnens siste menstruasjon, dersom denne datoen er kjent. Ultralydbaserte målinger av fosteret i første halvdel av svangerskapet gir et bedre estimat. I daglig tale og skrift kan beskrivelsen av svangerskapets varighet være forvirrende.

- Det skal anvendes en enhetlig omtale av svangerskapets varighet i fullgått uker og dager uttrykt med heltall, for eksempel fullgatte uker og dager omtales som 21+6. I det videre arbeidet må aktuelle forskrifter og veiledningsdokumenter harmoniseres til en enhetlig form.
- Det mest presise og forskningsbaserte verktøyet for vurdering av svangerskapets varighet og termin bør til enhver tid anvendes.
- Det må sikres at nemndene til enhver tid har kompetanse til å vurdere svangerskapets varighet.
- Ekspertgruppen anbefaler en øvre grense på 21+6 for nemndsbehandlet innvilgelse av svangerskapsavbrudd.
- Ved misdannelser eller sykdommer hos fosteret (tilstander uforenlig med liv) kan svangerskapsavbrudd innvilges uavhengig av svangerskapets varighet.
- Ekspertgruppen mener det er tilstrekkelig kunnskap om levedyktighet til å kunne anbefale at det ikke settes i gang en ytterligere utredning av dette.

Forslag fra et enkeltmedlem i gruppen (Reidar Pedersen)

- 21 fullgatte uker (20+6) bør være den veiledende tidsgrensen for når svangerskapsavbrudd ikke lenger kan innvilges (med unntak av tilstander uforenlig med liv) for å være rimelig sikker på at man ikke aborterer levedyktige fostre.

(Pedersens begrunnelse for forslaget finnes på side 43)

4 Vurdering av behovet for tiltak for å bedre praksis og saksbehandling i abortnemndene

4.1 Innledning

Ekspertgruppen har undersøkt praksis og saksbehandling i landets 34 primærnemnder og i den sentrale klagenemnda med ulike metoder. Dette er gjort av praktiske årsaker. Vi mener at tilnærmingen har vært tilstrekkelig til å kunne gjøre de vurderingene som ligger i mandatet. Primærnemndenes praksis og saksbehandling er vurdert etter gjennomgang av statistikker, 7 tilsynssaker og 20 protokoller fra de fire regionale helseforetakene (se senere).

Den sentrale klagenemnda sin praksis og saksbehandling er vurdert etter gjennomgang av statistikker, 5 protokoller (vedtak) og et møte med klagenemnda (se senere).

Alle protokoller var anonymisert.

I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) ble det utført 14 704 selvbestemte svangerskapsavbrudd og 639 nemndbehandlede svangerskapsavbrudd i Norge i 2011. Dette er 35 færre nemndbehandlede avbrudd enn i 2010.

Klagenemnda behandlet i alt 49 begjæringer i 2011. Alle disse har først vært behandlet i primærnemnd. 16 klager ble innvilget og 13 avslått. I 20 saker har kvinnen trukket begjæringen eller ikke møtt i nemnd. 16 kvinner som hadde fått behandlet sin sak i den sentrale klagenemnda fikk utført svangerskapsavbruddet.

Nemndbehandling av søknader om svangerskapsavbrudd er en viktig forvaltningsoppgave som sykehusene utfører for å ivareta abortlovens bestemmelser. Helsepersonell deltar både i saksbehandling og i den påfølgende utførelse av abortinngrep (helsetjeneste). I dette har de to helt ulike roller. Leger kan delta i begge rollene (forvalter og helsepersonell). Jordmødre deltar i rollen som helsepersonell. Dette krever bevissthet og forståelse hva de ulike rollene innebærer fra ledelsen og fra alle som deltar. Opplæring og kvalifisering av personellet i disse spesielle oppgavene er sentralt. Likeverd som grunnleggende verdi er særlig relevant for å forvalte samfunnsoppgaven.

4.2 Likeverdig organisering av nemndene og samhandling med kvinnen

Likeverd er en grunnleggende verdi både i organiseringen av nemndsarbeidet og i saksbehandlingen. Likeverdige tjenester er en forutsetning for at forskjell mellom kvinnene ikke skal få negativ betydning for kvaliteten på vurderingen som nemnda gjør i den enkelte sak.

Kvinnenes rett til medvirkning i behandlingen av begjæring om svangerskapsavbrudd, herunder nemndenes plikt til å sørge for medvirkning, legges som en avgjørende premiss for nemndas arbeid. Abortlovens § 2 fjerde ledd understreker at vesentlig vekt skal legges på kvinnens egen vurdering av situasjonen, jf. abortlovens § 7 annet ledd som omhandler et krav om at nemnda skal fatte avgjørelsen ”etter samråd” med kvinnen. Kravet er ytterligere presisert i Rundskriv I-40/2001¹⁶ der det fremgår at ”hun skal gis en reell mulighet til å influere på avgjørelsen i nemnda ved at det blir tatt hensyn til hennes synspunkter og vurderinger. Nemndas avgjørelser bør i størst mulig grad være et resultat av en drøfting av situasjonen mellom nemndsmedlemmene og kvinnen.”

¹⁶ Se Håndbok for abortnemndarbeid s. 31

Medvirkning forutsetter at det tas utgangspunkt i den enkelte kvinnens ståsted og at nemnda sørger for den tilrettelegging som er nødvendig for at medvirkning skal være reell. I diskrimineringslovgivningen er offentlige tjenester *pålagt* å jobbe aktivt, målrettet og planmessig for å fremme likestilling i all virksomhet. Det gjelder ikke minst som tjenesteyter. Selv om helseforetakene, som i dag har ansvaret for organiseringen av nemndene, har som formål for sin virksomhet at de skal yte gode og likeverdige helsetjenester til den som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisitet eller økonomi, jf. helseforetaksloven § 1, vet vi at kunnskapen og bevisstheten om hva som kreves for at tjenestene er utformet på en likeverdig måte, er varierende.

4.3 Når svangerskapet oppdages sent – sosial situasjon

Abortlovens § 2 tredje ledd b, tar for seg de sosiale vilkårene for å få innvilget svangerskapsavbrudd. Det vil si at svangerskapsavbrudd kan innvilges dersom svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon. Skjønnsutøvelsen i forhold til de sosiale vilkårene omtales i rundskriv 1-40/2001 hvor det fremgår at loven forutsetter at nemnda i sin vurdering skal ta hensyn til kvinnens sosiale forhold på lik linje med hennes psykiske og fysiske tilstand. Det har vist seg at sosiale og helsemessige forhold og indikasjoner ofte forekommer samtidig. Videre legges det i rundskrivet vekt på at det må foreligge en vanskelig livssituasjon av en viss varighet og at vanlige sosiale hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig for å hjelpe kvinnen på en tilfredsstillende måte. Det presiseres i rundskrivet at kvinners personlige ressurser og evne til å mestre ulike livssituasjoner er forskjellig.

Det er ulike årsaker til at kvinner begjærer svangerskapsavbrudd sent i svangerskapet. Noen har ikke oppdaget graviditeten tidligere, andre har ikke greid å ta innover seg at de er gravide og noen har fått endret sin situasjon dramatisk i løpet av svangerskapet. Andre har lenge vært i tvil om avgjørelsen før de begjærer svangerskapsavbrudd. Det å plutselig å oppdage en langt fremskredet og ikke planlagt graviditet kan komme som et sjokk og medføre krisereaksjoner (12).

Kvinner som får innvilget svangerskapsavbrudd etter 17+6 (gammel nomenklatur: utgangen av 18. svangerskapsuke) på grunn av sosiale indikasjoner, er ofte i en vanskelig situasjon. Mange opplever at de ikke mestrer graviditeten i den situasjonen de befinner seg i. Dette kan være kvinner i svært vanskelige sosiale situasjoner og med betydelig psykisk tilleggsbelastning.

Abortforskriftens § 2 omtaler tilbudet om veiledning til kvinnen. ”Dersom kvinnen ønsker veiledning, skal legen/nemnda sørge for at hun får det av sosionom, helsesøster, jordmor eller annen sakkyndig person. Kvinnen har etter abortlovens § 2 første ledd, krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valget”.

Sykehuset/nemnda bør ha et lett tilgjengelig og systematisk tilbud om veiledning/samtale til disse kvinnene. Det må være en fagperson med kompetanse på å møte mennesker i vanskelige situasjoner samt kunnskaper om hva samfunnet kan bidra med.

Mange større sykehus har en sosionomtjeneste, som kan benyttes i denne sammenheng. Noen få sykehus har allerede etablert et tilbud om samtale med sosionom til kvinner i en abortsituasjon. OUS Ullevål har en veletablert praksis hvor kvinner/par får tilbud om sosionomsamtale før nemndsmøte. De kan møte i nemnda med en sosialrapport utferdiget i samarbeid med sosionom, og nemnda kan forholde seg til en sak som er godt utredet på forhånd.

Ekspertgruppen fikk bekreftet fra den sentrale klagenemnda at enkelte kvinner ikke har snakket med andre før de møter der. Det er også noen kvinner som forteller en helt annen og mye tøffere historie når de kommer i klagenemnda enn den de har oppgitt tidligere. Klagenemndas leder mente det kunne være flere grunner til det. Det kan være en indikasjon på at primærnemndene ikke fungerer som forutsatt. Noen er skamfull over sin historie og har ikke våget å fortelle den før. I møtet med klagenemnda forstår de at det var deres siste mulighet, og da kommer den. Noen har ikke hatt rammer til å fortelle dette tidligere fordi ingen egentlig har snakket med dem, for eksempel ved at kvinnen hadde møtt en og en av legene i nemnda om gangen. Klagenemnda mener det ville vært av stor verdi for kvinnene som søker svangerskapsavbrudd etter 18 fullgatte uker, å ha en samtale med en sosionom og at det foreligger en sosialrapport før behandlingen i den sentrale klagenemnda. Dette må kunne la seg gjøre raskt slik at det ikke forsinker saksgangen.

4.4 Primærnemndene

Primærnemndene vurderer abortbegjæringer etter utgangen av svangerskapsuke (11+6) og skal innvilge eller avslå kvinnens søknad om å få utført svangerskapsavbrudd. Vedtak treffes etter samråd med kvinnen av en nemnd sammensatt av to leger, jf. lov om svangerskapsavbrudd § 7 annet ledd. Noen få nemnder benytter ved behov sosialrapporter som bidrag til å utrede saken.

4.4.1 Organisering

Av i alt 34 primærnemnder i Norge, er det 17 primærnemnder som behandler mindre enn 10 søknader og 9 som har 5 eller færre søknader. De fleste nemndsbehandlingene foregår ved landets universitetssykehus. Primærnemnda ved OUS Ullevål behandler flest søknader. I 2011 behandlet de tilsammen 124 saker.

Reglene for oppnevning og sammensetning av primærnemnd følger av abortforskriften § 11. Nemnda består av to leger, hvor den ene skal være lege ved det sykehuset som svangerskapsavbruddet finner sted. Dette medlemmet oppnevnes av sykehuset. Det andre medlemmet oppnevnes av fylkesmannen og har en funksjonstid på fire år. Minst ett av medlemmene skal være kvinne. Det skal også oppnevnes varamedlemmer med tilsvarende kvalifikasjoner. Sykehus med et stort antall saker tilrådes evt. å ha to nemnder. For å sikre kvalitet, kontinuitet og ensartet etterlevelse av regelverket har HOD i Rundskriv 1-4/2006 presisert at antallet varamedlemmer bør begrenses. (Funksjonstiden er satt til 4 år).

I Rundskriv 1-4/2006 presiserer HOD at medlemmene må ha tilstrekkelig innføring i nemndsarbeidet. De oppfordres i den sammenheng til å delta på de regelmessige, nasjonale fagkonferansene for abortnemndene, som arrangeres i regi av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har fått hovedansvaret med å følge opp abortloven. De skal gi råd og veiledning, være lovfortolker og de skal følge med hvordan loven virker og praktiseres.

Fylkesmennene er regionale representanter og skal bidra med disse oppgavene. I tillegg er oppgaver direkte tillagt fylkesmennene. De skal oppnevne det ene medlemmet i primærnemnda og ha en ajourført liste over medlemmer og varamedlemmer i den enkelte primærnemnd. Sykehuset oppnevner som nevnt det andre medlemmet, og skal organisere nemnda og dens arbeid. Helseforetak/sykehus skal melde fra til fylkesmannen ved oppnevning av nye medlemmer/varamedlemmer ved sykehuset. Sykehuset har en plikt til å følge med på hvordan nemnda arbeider, og spesielt følge opp dersom det kommer klager eller det på annen måte kan være grunn til å tro at ”noe er galt”.

Helsedirektoratet har fått klager på primærnemnd fra den sentrale klagenemnda. Dette løses noen ganger ved at man tar direkte kontakt med sykehuset som blir bedt om en redegjørelse. Som oftest blir den aktuelle fylkesmann tilskrevet og anmodet om å undersøke saken. Slike klager blir oftest løst ved å starte en formell tilsynssak og undersøke forholdet nærmere. Ved flere anledninger har det blitt påvist brudd på lov eller forskrift. Fylkesmennene er tilsynsmyndighet for all helsetjeneste i fylket. Søknaden og henvisningen til svangerskapsavbrudd og selve abortinngrepet er helsetjenester, mens arbeidet som foregår i primærnemndene er prinsipielt ikke helsetjenester, det er en forvaltningsoppgave. Det kan likevel hevdes at den delen av en abortprosess som foregår i nemnda, er en så integrert del av tjenestetilbudet at det er å anse som en helsetjeneste.

4.4.2 Saksbehandling og praksis

En sak starter når sykehuset mottar begjæringen om svangerskapsavbrudd og svangerskapet er kommet lenger enn til uke 12+0. Kvinnen kan velge ved hvilket sykehus saken skal behandles, jf. pasientrettighetsloven § 2-4 "Rett til valg av sykehus". Den samme rettigheten gjelder ved en eventuell innvilgelse av klagen. Dette er i praksis likevel ikke alltid gjennomførbart på grunn av tidsknapphet. Ekspertgruppen har ikke fått fram at dette representerer et problem.

Når sykehuset mottar en sak, settes primærnemnda. Nemnda kan ifølge lov om svangerskapsavbrudd § 11 "*uten hinder av lovbestemt taushetsplikt innhente opplysninger om kvinnens helse-, sosial- og trygdeforhold, forutsatt at kvinnen har samtykket i det*".

Saken skal behandles så hurtig som mulig og være så godt opplyst som mulig. Kravet til hurtig behandling innebærer at nemndsbehandlingen ikke kan utsettes av hensyn til legenes øvrige oppgaver. Kvinnen skal gis anledning til å uttale seg til nemnda skriftlig eller muntlig. Hun har også rett til å møte nemnda med fullmektig eller annen person. Det skal legges betydelig vekt på at samtalen foregår på en måte som gjør at kvinnen finner det meningsfullt. Hun må oppleve å bli lyttet til og møtt på en respektfull måte som oppleves trygt. Rammene og ansvaret for dette må ligge i organiseringen og ikke være den enkelte nemnd sitt ansvar, jf. kapittel 4.2. Vedtak krever enstemmighet og skal begrunnes skriftlig i protokoll. Det skal vise til den regel som vedtaket bygger på og til de faktiske forholdene. Det skal også angi hvilke hovedhensyn det er lagt avgjørende vekt på under skjønnsutøvelsen i nemnda. Begrunnelsen ved avslag skal følge de samme formkrav. Kvinnen skal underrettes skriftlig om vedtaket så snart vedtaket foreligger. Dersom kvinnen får avslag i primærnemnd går saken automatisk til klagenemnd.

I sammenheng med at ekspertgruppen ønsket en oversikt over saksbehandling i primærnemndene, ble det innhentet vedtak om svangerskapsavbrudd fra de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet ba om 20 avgjørelser etter § 2a og 2b eventuelt §2d i et tilfeldig utvalg. Bestillingen ble besvart ulikt, men dokumentasjonen ga mye informasjon og var tilstrekkelig til å kunne foreta flere vurderinger.

I tillegg ble de tilsynssakene innhentet som var behandlet de siste to årene, innhentet. Disse sakene var startet opp på bakgrunn av at den sentrale klagenemnda gjennom behandling av enkeltsaker hadde avdekket forhold som ga inntrykk av ulike typer svikt i helsetjenestene. Fylkesmannen har ført tilsyn med de fleste av disse hendelsene. Avgjørelsene i tilsynssakene ble gjennomgått av ekspertgruppen.

Fra to universitetsklinikker fikk vi oversikt over antallet nemnder og hvilke leger som hadde møtt i disse i en toårsperiode.

Tilsammen har dette gitt ekspertgruppen et grunnlag for å vurdere flere sider av primærnemndene sitt arbeid.

På bakgrunn av dette kan vi oppsummere følgende om saksbehandlingen i primærnemndene:

- Antallet saker behandlet i hver av nemndene varierer mye.
- Det er ikke lagt godt nok til rette for kommunikasjon mellom kvinnen og nemnda.
- Alle sykehusene har ikke formelt oppnevnt medlemmer og varamedlem (sykehusets representant).
- Det er omfattende bruk av vararepresentanter. Det brukes vararepresentanter i mer enn halvparten av primærnemndene ved flere sykehus, jf. punktet over.
- Det er store variasjoner i saksbehandlingen i primærnemndene.
- Det vises ikke alltid til hvilken paragraf inngrepet innvilges etter.
- Begrunnelse for vedtak var svært varierende fra oftest å være fraværende til akseptabel.
- Sosialrapporter brukes ved svært få sykehus. Der disse foreligger, gis det et mye bedre inntrykk av kvinnens situasjon og bakgrunn for vedtaket. Hvilke forhold som nemnda har vektlagt, fremgår likevel ikke alltid i begrunnelsen for vedtaket.
- Det er eksempler på at ikke alle kvinner får møte primærnemnda samlet når søknader behandles. Det innebærer at noen kvinner snakker med en lege om gangen. Hun snakker først med den ene legen og blir deretter sendt til den andre legen. Til slutt snakker legene sammen. Kvinnen får deretter avgjørelsen meddelt. Underveis kan hun ha fått motstridende svar fra de to legene.
- Det er eksempel på at tolk ikke benyttes. Dette kan ha ført til at kvinnens rettigheter etter abortloven ikke ble ivaretatt.

4.5 Den sentrale klagenemnda – saksbehandling og praksis

Siden 1. februar 2010 har vi hatt en sentral klagenemnd i Norge. Medlemmene er utnevnt av Kongen i statsråd og består av 5 medlemmer: to leger, jurist, psykolog og sosionom. For hvert medlem er det oppnevnt to varamedlemmer. Den praktiske organiseringen av klagenemndas arbeid er administrert av Oslo Universitetssykehus. Denne endringen og sentraliseringen av oppgaven ble gjort for å sikre enhetlig praksis i samsvar med lovgivingen.

Det er ingen som fører tilsyn eller kontroll med klagenemnda, men Helsedirektoratet har ”ansvar for å følge med”.

Klagenemnda består av personer med solid fagkompetanse og erfaring innenfor de ulike fagområdene. Den behandler saker der kvinnen har fått avslag på begjæringen om svangerskapsavbrudd i primærnemnd, jf. abortforskriften § 3 fjerde ledd. Klagenemnda møtes når det foreligger sak(er) til behandling og har to faste møtetidspunkter hver uke. Når begjæringen innvilges, velger kvinnene som oftest å gjennomføre svangerskapsavbruddet ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Av de 49 begjæringene klagenemnda behandlet i 2011, fikk 16 kvinner utført svangerskapsavbruddet.¹⁷

¹⁷ Rapport om svangerskapsavbrudd for 2011 – Folkehelseinstituttet.

Ekspertgruppen ønsket en dypere innsikt i arbeidet i den sentrale klagenemnda. Den ble derfor invitert til et møte med ekspertgruppen. Fire medlemmer fra klagenemnda møtte. Klagenemnda hadde på forhånd fått tilsendt en rekke spørsmål fra ekspertgruppen. Disse ble grundig besvart i møtet. I tillegg hadde klagenemnda en rekke forhold de ønsket å formidle. Fra dette møtet vil vi oppsummere følgende:

- Den sentrale klagenemnda bekrefter at det er store ulikheter i primærnemndene sin saksbehandling.
- Saksopplysninger og begrunnelse for primærnemndenes vedtak er svært varierende når sakene kommer til den sentrale klagenemnda. Det foreligger ikke alltid begrunnelse.
- De fleste av kvinnene som får behandlet søknaden etter fullgått svangerskapsuke17+6, er i en svært vanskelig livssituasjon. Mange har ikke oppdaget svangerskapet før de nærmer seg den øvre grensen for svangerskapsavbrudd.
- Sosialrapportene noen få primærnemnder sender med vedtaket, er viktige for den vurderingen klagenemnda skal gjøre.
- Ikke alle kvinner har snakket ordentlig med noen om sin situasjon før de kommer i den sentrale klagenemnda. De har således egentlig ikke fått lagt fram saken sin tidligere.
- Historiene kvinnene forteller i klagenemnda, er ofte en annen enn den som har vært fortalt i primærnemnd. Den er ofte verre for kvinnen enn det som er kommet fram tidligere.
- Klagenemnda har behov for å kunne rådføre seg med flere personer med spesiell kompetanse under behandling av noen enkeltsaker for å kunne gjøre en best mulig vurdering før vedtak fattes (psykiater, pediater, fosterdiagnostikker)
- Klagenemnda har behov for å kunne tilkalle personell med særskilt kompetanse til å følge opp kvinnen når hun får avslag. Det gjelder i noen tilfeller der situasjonen for kvinnen blir særlig problematisk.
- Rapporteringen fra den sentrale klagenemnda er sparsom. Vi vet derfor lite om klagerne og deres situasjon.
- Klagenemnda har faste møtedager to ganger hver uke. Ved langhelger faller noen dager bort. For noen kvinner der svangerskapets varighet nærmer seg øvre grense, kan dette representere en ventetid som er avgjørende for utfallet av søknaden.

4.6 Ekspertgruppens vurderinger og tilrådinger

Ekspertgruppen har identifisert betydelige forskjeller i praksis i primærnemndene, herunder betydelige forskjeller i tilretteleggingen for samspill med kvinnen. I tillegg har ekspertgruppen avdekket flere organisatoriske utfordringer, særlig for nemndene med gjennomsnittlig få saker årlig. Den enkeltes kvinnes individualitet kan forsterke forskjellsbehandling. Tilsynssaker har f.eks. vist at kommunikasjonshindringer har påvirket samhandlingen mellom kvinner og nemndene negativt.

Likeverdige tjenester tar hensyn til at folk er forskjellige, og tilrettelegger systemene sine etter menneskene de er til for¹⁸. Ekspertgruppens funn underbygger bekymringen for om kvinnene behandles på en likeverdig måte i nemndene. Bekymringen forsterkes av at plikten til å sikre likeverdet i nemndsarbeidet ikke synliggjøres, verken i lov, forskrift eller annen veiledning. Det kan dermed bli tilfeldig hvorvidt den enkelte nemnd faktisk er i stand til å sette kvinnen i sentrum for arbeidet, slik abortloven forutsetter. Den faglige vurderingen må i større grad være basert på faglig fyldig og dekkende informasjon der kvinnens perspektiv tydelig kommer til uttrykk.

Gjennomgangen av primærnemndenes og klagenemndas praksis og saksbehandling må ses i sammenheng. Praksis er på flere områder ikke i samsvar med lovgivingen. Det virker ikke som om arbeidet i primærnemndene har den prioritet som forutsatt. Årsakene til dette antar vi er sammensatte. Etter ekspertgruppens vurdering beror dette både på organisatoriske forhold med et stort antall primærnemnder og på at ledelsen ved sykehusene som har primærnemnder ikke har lagt forholdene godt nok til rette.

Formålet med oppnevning av primærnemnder er at disse er tillagt en særlig myndighet og skal forvalte og fortolke abortlovens bestemmelser. Personene i nemnda må ha opplæring og forståelse for den oppgaven de skal ivareta. Det gjelder både i forhold til abortlovens formål og regler, saksbehandling og i forhold til prinsippene om likeverd for kvinner i ulike situasjoner.

Oppgaven innebærer som beskrevet en annen og uvant rolle for de fleste leger. Når oppgaven og myndigheten av ulike grunner blir spredd på mange personer, blir det vanskelig å ivareta disse hensyn. Dette gjelder både i nemnder med et lavt antall saker og nemnder med mange saker, men som har en omfattende bruk av vikarer. Kompleksiteten i oppgaven med å behandle kvinner i krise, krever dessuten særskilte kommunikasjonsferdigheter.

Ekspertgruppen har derfor forslag til organisatoriske endringer for å bidra til at formålet med abortloven blir bedre ivaretatt enn det dagens praksis viser at den gjør.

Når det gjelder den mangelfulle saksbehandlingen som er påvist, mener ekspertgruppen at det delvis er et resultat av dagens organisering. Men den avdekker trolig også mangel på rolleforståelse og kunnskap om krav til god saksbehandling. Dette krever egne tiltak.

Det er viktig med åpenhet rundt nemndenes arbeid. Så langt har det ikke vært enkelt å få innsyn i arbeidet. Dette kan bidra til usikkerhet om oppgaven ivaretas på den måten lovgiver har bestemt. Det bør stilles tydeligere krav til årlige oppsummeringer over antall begjæringer, begrunnelser og hvilke hjemler som er brukt for å innvilge svangerskapsavbrudd. Det er ingen krav eller forventninger om dette i dag. Dette kan i seg selv også bidra til at man fortløpende kan avdekke svikt i saksbehandlingen og fortløpende kan forbedre den. Sykehusene har hovedansvaret for dette.

Tilsyn, kontroll og "ansvar for å følge med" primærnemndene og den sentrale klagenemnd går ikke klart fram av abortlovgivingen. Oppfatningen av dette er uklart og ulikt oppfattet. Helsedirektoratets fortolking av dette er fornuftig og bør klargjøres i eget brev til fylkesmennene.

Ekspertgruppen har også vurdert om begjæringene kunne saksbehandles kun skriftlig i den sentrale klagenemnda. Vi har ikke funnet grunn til å tilråde en slik endring, da vi mener at dette ikke vil ivareta krav til likeverdig behandling av kvinner i ulike situasjoner.

Selv om vårt mandat har vært knyttet til begjæring av svangerskapsavbrudd etter 18 fullgåtte uker, vil de fleste forholdene også gjøre seg gjeldende for alle søknader som skal behandles i nemnd.

¹⁸ LDO Håndbok for tjenesteytere – Likeverdige tjenester for alle s. 13

Ekspertgruppens tilrådninger

- Antall primærnemnder bør reduseres. Det endelige antallet bør være mindre enn halvparten av de 34 en har i dag. I fastsettelsen av antallet primærnemnder bør det tas hensyn både til antall saker som hver nemnd behandler og geografisk spredning. Antallet saker for en nemnd bør ikke være for lavt.
- Oppnevning av primærnemndene må presiseres og reglene om å konsentrere arbeidet på færre må innskjerpes.
- Sykehusene må legge bedre til rette for at arbeidet kan gjennomføres som forutsatt. Det innebærer prioritering av arbeidet (nemndsbehandlingen kan ikke utsettes av hensyn til legenes øvrige oppgaver) og bedre opplæring (rolle og saksbehandling). Helsedirektoratet bør bidra til dette sammen med sykehusenes ledelse.
- Ekspertgruppen ber om at Helsedirektoratets fortolking av tilsyn, kontroll og ”ansvar for å følge med” for primærnemndene og for den sentrale klagenemnd blir klargjort i eget brev til fylkesmennene.
- Ekspertgruppen anbefaler at det i en gjennomgang og omorganisering av primærnemndene igangsettes et målrettet og systematisk arbeid for å avdekke andre nødvendige tiltak, som kan bidra til en mer likeverdig saksbehandling og samhandling med kvinnen. Et eksempel er plikten til bruk av profesjonelle tolker i nemndssaker. Praksis viser at det i dag benyttes ikke-profesjonelle tolker, som f.eks. pårørende og bekjente av kvinnen.
- Ekspertgruppen anbefaler at regelverket gjennomgås og utvikles slik at plikten til likeverdige tjenester fremgår på en klar og tydelig måte. En styrking av regelverket vil f.eks. kunne gjøres ved et tillegg i abortlovens § 14 om regionale helseforetaks plikt til å organisere helsetjenesten slik at kvinnen får utført svangerskapsavbrudd. Kravet om likeverdige tjenester kan også presiseres i abortforskriften under kapittel 2 Saksbehandlingsregler for primær- og klagenemnd.
- Håndbok for abortnemndarbeid revideres og skal inkludere veiledning om hva likeverdige tjenester innebærer med illustrerende og konkrete eksempler. Et eksempel her kan f.eks. være kommunikasjonsutfordringer, som i dag er omtalt under kommunikasjonskapittelet pkt. 8.3 andre kulepunkt. Nemndsmedlemmene oppfordres nå til å registrere kroppsspråk og mimikk, men informeres ikke om at all kommunikasjon, ikke minst kroppsspråk og mimikk er kulturelt betinget og vil derfor kunne misforstås på samme måte som ved rent språklige barrierer for kommunikasjonen.
- Det bør vurderes særskilt opplæring for nemndsmedlemmene med tanke på å kommunisere med kvinnen (jf. opplæring av de som foretar dommeravhør med barn).
- Det bør vurderes å systematisk gi alle kvinner som søker svangerskapsavbrudd etter 18 fullgatte uker, tilbud om samtale med sosionom i forbindelse med behandling i primærnemnd.

- Med dagens ordning kan det gå opp mot en uke fra vedtaket i primærnemnd til klagenemndas konklusjon fordi det ikke finnes noen rutiner for ekstraordinære møter dersom ferie og høytid forskyver møtehyppigheten for den sentrale klagenemnda. Med forslaget om en absolutt øvre grense for svangerskapsavbrudd, jf. kapittel 2.5.4, blir det enda viktigere at den sentrale klagenemnda kan tre sammen på så kort varsel at ikke sein saksbehandling blir avgjørende for utfallet av nemndsbehandlingen. Dette bør løses gjennom en egen formulering for saksbehandling i klagenemnda.
- Når fosteret har en tilstand som er uforenelig med liv (jf. kap. 2.5.3), kan dette oppleves svært traumatisk. I slike tilfeller kreves det en fremgangsmåte og saksbehandlingsrutiner som sikrer et godt og hensynsfullt samspill med de medisinske sakkyndige, de berørte og nemndene slik at nemndsbehandlingen blir så skånsom som mulig. Dette bør innarbeides i rutiner for saksbehandling.
- Nemndene bør ha navngitte personer innenfor pediatri, fostermedisin/obstetikk og psykiatri/klinisk psykologi som kan tilkalles og møte på kort varsel når nemnda mener at det er behov for det.
- Klagenemnda må kunne tilkalle kvalifisert bistand til kvinner som umiddelbart har behov for oppfølging i forbindelse med avslag i klagenemnda.
- Det bør innføres rapporteringskrav både for primærnemnder og klagenemnda for å sikre åpenhet om hvordan oppgaven blir ivaretatt.

Forslag fra et enkeltmedlem i gruppen (Reidar Pedersen)

- En bør utvikle felles rutiner for tilbakemeldinger fra de som utfører svangerskapsavbruddene til nemndene der det er behov for dette, jfr. saken med senaborter ved OUS.
- Nemndenes undersøkelsesplikt til å opplyse saken før vedtak bør klargjøres (for eksempel hva bør kvinnen spørres om og hvor mye skal undersøkes av saksopplysninger av nemnden selv utover det nemnda eventuelt får av informasjon fra kvinnen (for eksempel gestasjonsalder, helseopplysninger, informasjon fra NAV, informasjon om sosiale forhold av betydning m.m.).

5 Kunnskapsgrunnlaget – en vurdering

Ekspertgruppen har bygget på dokumentasjon som er tilgjengelig nasjonalt og internasjonalt. Dette kunnskapsgrunnlaget har klare begrensninger. Grunnlaget for gruppens vurderinger ville vært styrket hvis det hadde foreligget mer systematisk innsamlede data og analyser av hvordan primærnemndene fungerer kvantitativt og kvalitativt. Særlig ville det vært nyttig å ha analyser av hvordan dialogen i primærnemndene foregår, hvordan beslutninger begrunnes og hvilke mekanismer som ligger bak forskjeller innen og mellom primærnemndene.

Lovverket krever at vesentlig vekt skal legges på kvinnens egen vurdering av situasjonen, jf. abortlovens § 7 annet ledd som omhandler krav om at abortnemnda skal fatte avgjørelsen ”etter samråd” med kvinnen. Likevel finnes det ingen systematisk kunnskap av hvordan kvinnene selv opplever møtet med nemndene. Kunnskapen om manglende samsvar mellom kvinnens saksfremstilling i primærnemnd og sentral ankenemnd gir inntrykk av at dialogen i primærnemnd ikke alltid er god, men denne kunnskapen er kun anekdotisk. Statistiske data fra sentral ankenemnd er begrenset. Mer systematiske data og grundige analyser av alle disse forholdene vil kunne bidra til å styrke kvaliteten i de beslutninger som fattes og sikre fosterets og kvinnens rettigheter.

5.1 Ekspertgruppens vurderinger og tilrådinger

Medisinsk fødselsregister må gjøre bedre bruk av allerede innsamlede data fra nemndsbehandlinger og lage et system for at nemndas begrunnelser inngår i analysegrunnlaget i de årlige abortstatistikkene.

Forslag fra et enkeltmedlem i gruppen (Reidar Pedersen)

- En bør utvikle felles nasjonale rutiner for å rapportere vekt, livstegn og varighet på livstegn ved senaborter. Dette er spesielt viktig om dagens tidsgrense på 22 fullgatte uker beholdes. På denne måten vil en kunne justere tidsgrensen for levedyktighet dersom en over noe tid observerer at de aborterte fostrene er større og livstegn avviker fra det estimatene skulle tilsi.
- På grunn av variasjonene i rapportering til medisinsk fødselsregister for levendefødt/livstegn ved spontant for tidlig fødte barn, spesielt før fullgatte 22 uker (jfr. kap. 3.6), bør det også utvikles mer enhetlige praksis i tråd med nasjonale føringer (jfr. ”Veiledning for utfylling av melding til Medisinsk fødselsregister, IK-1002”) for å få mer pålitelig kunnskap om livstegn før 22 fullgatte uker.
- En bør utrede behovet for og mulighetene for at de som utfører abortene får informasjon om den abortsøkende kvinnen, inklusiv begrunnelse for vedtak (fra utførernes og de abortsøkendes perspektiv).

6 Litteratur

- 1) Beiske MJ, Næss L, Bergsjø P. Selvbestemt abort – ulik fortolkning av “12 fullgatte uker” Tidskr Nor Lægeforen 2006;126:1738-9.
- 2) Condie J, Caldarelli L, Tarr L, Gray C, Rodriquez T, Lantos J, Meadow W. Have the boundaries of the 'grey zone' of perinatal resuscitation changed for extremely preterm infants over 20 years? Acta Paediatr. 2013;102(3):258-62
- 3) Dani C, Poggi C, Romagnoli C, Bertini G. Survival and major disability rate in infant born at 22-25 weeks of gestation. J Perinat Med. 2009; 37(6):599-608.)
- 4) Eik-Nes SH and Grøttum P. Graviditetskalenderen Snurra. Scan-Med A/S, Drammen, Norway,1983.
- 5) Fischer N, Steurer MA, Adams M, Berger TM; Swiss Neonatal Network. Survival rates of extremely preterm infants (gestational age <26 weeks) in Switzerland: impact of the Swiss guidelines for the care of infants born at the limit of viability. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2009;94(6):F407-13., Iowa
- 6) Gjessing HK, Grøttum P and Eik-Nes SH. A direct method for ultrasound prediction of day of delivery: a new, population-based approach. Ultrasound Obstet Gynecol 2007; 30: 19-27
- 7) Herber-Jonat S, Schulze A, Kribs A, Roth B, Lindner W, Pohlandt F. Survival and major neonatal complications in infants born between 22 0/7 and 24 6/7 weeks of gestation (1999-2003). Am J Obstet Gynecol. 2006; 195(1):16-22. Epub 2006
- 8) Kyser KL, Morriss FH Jr, Bell EF, Klein JM, Dagle JM. Improving survival of extremely preterm infants born between 22 and 25 weeks of gestation. Obstet Gynecol. 2012;119(4):795-800)
- 9) Lian Johnsen S, Rasmussen S, Sollien R, Kiserud T. Fetal age assessment based on ultrasound head biometry and the effect of maternal and fetal factors. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83:716-723.
- 10) Markestad T, Kaarensen PI, Rønnestad A et al. Early death, morbidity and need of treatment among extremely premature infants. Pediatrics 2005;115(6):1289-98
- 11) Riley K, Roth S, Sellwood M, Wyatt JS. Survival and neurodevelopmental morbidity at 1 year of age following extremely preterm delivery over a 20-year period: a single centre cohort study. Acta Paediatr. 2008;97(2):159-65.
- 12) Sommerseth, E., Uventet diagnostisk informasjon etter ultralyd i et ønsket svangerskap. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2010
- 13) Syse, A., Abortloven: juss og verdier, Ad notam, Gyldendal, 1993
- 14) Tunón K, Eik-Nes SH, Grøttum P. A comparison between ultrasound and a reliable last menstrual period as predictors of the day of delivery in 15.000 examinations. Ultrasound Obstet Gynecol 1996; 8:178-185.
- 15) Zlatohlávková B, Kytarová J, Kuběna A, Fleischnerová A, Dokoupilová M, Plavka R. Five-year survival without major disability of extremely preterm infants born at 22-27 weeks' gestation admitted to a NICU. Acta Paediatr. 2010; 99(11): 1618-23.

- 16) Økland I, Gjessing HK, Grøttum P, Eik-Nes SH. Biases of traditional term prediction models: results from different sample-based models evaluated on 41 343 ultrasound examinations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 36: 728–734.
- 17) Økland I, Gjessing HK, Grøttum P, Eggebø TM, Eik-Nes SH. A new population-based term prediction model vs. two traditional sample-based models: validation on 9046 ultrasound examinations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37: 207–213.
- 18) Økland I, Nakling J, Gjessing HK, Grøttum P, Eik-Nes SH. Advantages of the population-based approach to pregnancy dating demonstrated with results from 23,020 ultrasound examinations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;39:563-8.
- 19) Dani C, Poggi C, Romagnoli C, Bertini G. Survival and major disability rate in infant born at 22-25 weeks of gestation. *J Perinat Med.* 2009; 37(6):599-608 (see for eksempel Zayek et al., *The Limit of Viability – A Single Regional Unit’s Experience*, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011; 165(2); 126-133, (Siguirra et al., *Neurodevelopmental Outcomes at 18 Months’ Corrected Age of Infants Born at 22 Weeks of Gestation*, 2011; 100. 228-232, Kaneko et al, *Mortality rates for extremely low-birthweight infants: A regional, population-based study in Japan during 2005–2009* 2012; 38(9); 1145-1151, Kyser et al. *Improving survival of extremely preterm infants born between 22 and 25 weeks of gestation.* *Obstet Gynecol.* 2012;119(4):795-800).

7 Vedlegg

7.1 Lov om svangerskapsavbrudd

Jf. strl. 1902 § 245. – Jf. tidligere lov 11 nov 1960 nr. 2.

§ 1. Samfunnet skal så langt råd er sikre alle barn betingelser for en trygg oppvekst. Som et ledd i dette arbeidet skal samfunnet sørge for at alle får etisk veiledning, seksualopplysning, kunnskaper om samlivsspørsmål og tilbud om familieplanlegging, for derved å skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmål slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig.

Endret ved lov 16 juni 1978 nr. 66.

§ 2. Fører et svangerskap til alvorlige vansker for en kvinne, skal hun tilbys informasjon og veiledning om den bistand som samfunnet kan tilby henne. Kvinnen har krav på råd for selv å kunne treffe det endelige valg.

Finner kvinnen, etter at hun har fått tilbud om informasjon m.v. som nevnt og veiledning etter § 5 annet ledd første punktum, at hun likevel ikke kan gjennomføre svangerskapet, tar hun selv den endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det.

Etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan svangerskapsavbrudd skje når

- a) svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan føre til urimelig belastning for kvinnens fysiske eller psykiske helse. Det skal tas hensyn til om hun har disposisjon for sykdom;
- b) svangerskapet, fødselen eller omsorgen for barnet kan sette kvinnen i en vanskelig livssituasjon;
- c) det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet;
- d) hun ble gravid under forhold som nevnt i straffeloven §§ 197-199, eller svangerskapet er et resultat av omstendigheter som omtalt i straffeloven §§ 192-196 og § 199; eller
- e) hun er alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad.

Ved vurderingen av begjæring om avbrudd begrunnet i forhold som nevnt foran i tredje ledd bokstav a, b og c skal det tas hensyn til kvinnens samlede situasjon, herunder hennes muligheter til å dra tilfredsstillende omsorg for barnet. Det skal legges vesentlig vekt på hvordan kvinnen selv bedømmer sin situasjon.

Kravene til grunn for innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal øke med svangerskapets lengde.

Etter utgangen av attende svangerskapsuke kan et svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det. Er det grunn til å anta at fosteret er levedyktig, kan tillatelse til svangerskapsavbrudd ikke gis.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 11 aug 2000 nr. 76. Endres ved lov 20 mai 2005 nr. 28 (ikr. fra den tid som fastsettes ved lov) som endret ved lov 19 juni 2009 nr. 74.

§ 3. Inngrep etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan bare utføres i sykehus. Inngrep som utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke, kan også utføres i annen institusjon som fylkesmannen har godkjent.

Svangerskapsavbrudd kan bare utføres av lege.

Endret ved lover 16 juni 1989 nr. 86, 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092).

§ 4. Begjæringen om svangerskapsavbrudd skal fremsettes av kvinnen selv. Er hun under 16 år, skal den eller de som har foreldreansvaret eller vergen gis anledning til å uttale seg, med mindre særlige grunner taler mot det. Er kvinnen psykisk utviklingshemmet, skal hennes verge på tilsvarende måte gis anledning til å uttale seg.

Er kvinnen alvorlig sinnslidende eller psykisk utviklingshemmet i betydelig grad, kan begjæringen settes fram av vergen. Kvinnens samtykke skal innhentes såfremt det kan antas at hun har evne til å forstå betydningen av inngrepet.

Er kvinnen uten verge i tilfelle som nevnt i første ledd, tredje punktum eller annet ledd, skal tingretten etter begjæring fra hennes lege eller nemnda (jfr. § 7) oppnevne hjelpeverge til å utføre vergens oppgaver etter loven her.

Endret ved lover 8 apr 1981 nr. 7, 30 aug 2002 nr. 67 (ikr. 1 jan 2003 iflg. res. 30 aug 2002 nr. 938).

§ 5. Begjæring om svangerskapsavbrudd skal fremsettes overfor en lege. Begjæring om avbrudd etter utgangen av tolvte svangerskapsuke kan også fremsettes overfor en nemnd (jfr. § 7).

Kvinne som har begjært svangerskapsavbrudd, eller den som har begjært svangerskapsavbrudd etter § 4 annet ledd, skal av legen (eller nemnda) gis opplysning om inngrepets art og medisinske virkninger. Legen skal også gi informasjon og veiledning om bistand som nevnt i § 2 første ledd, dersom kvinnen ber om det.

Endret ved lov 16 juni 1978 nr. 66.

§ 6. Dersom inngrepet kan foretas før utgangen av tolvte svangerskapsuke skal legen, når kvinnen har mottatt opplysninger, informasjon m.v. som nevnt i § 5 annet ledd, første punktum, straks sende begjæringen sammen med en skriftlig henvisning, til den avdeling eller annen institusjon hvor inngrepet skal utføres.

Avslår overlegen eller dennes stedfortreder å utføre inngrepet fordi tungtveiende medisinske grunner taler mot det, skal saken straks sendes fylkesmannen med en skriftlig begrunnelse. Fylkesmannen skal henvise kvinnen til et annet sykehus eller godkjent institusjon hvor inngrepet eventuelt kan bli utført.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 16 juni 1989 nr. 86, 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092).

§ 7. Kan inngrepet ikke foretas før utgangen av tolvte svangerskapsuke, skal legen, når kvinnen har mottatt opplysninger, informasjon m.v. som nevnt i § 5 annet ledd, straks sende begjæringen sammen med en skriftlig utredning om de grunner kvinnen anfører og de observasjoner som er gjort til nemnd som omtalt i annet ledd. Er begjæringen satt frem direkte overfor nemnda skal den ta saken opp til avgjørd straks den er ferdig forberedt. Viser undersøkelsen at inngrepet likevel kan utføres før utgangen av tolvte svangerskapsuke, skal nemnda straks henvise kvinnen til en avdeling eller annen institusjon hvor inngrepet kan utføres.

Vedtak om svangerskapsavbrudd treffes etter samråd med kvinnen av en nemnd sammensatt av to leger.

Endret ved lov 16 juni 1978 nr. 66.

§ 8. Nemndas vedtak om å tillate eller nekte svangerskapsavbrudd skal være skriftlig grunnlagt. Kvinnen, eller den som handler på hennes vegne, skal underrettes om grunnen for vedtaket. Melding om vedtak om å nekte avbrudd og om grunnene for det kan i særlige tilfelle gis muntlig.

Dersom begjæringen avslås, skal nemnda underrette kvinnen, eller den som handler på hennes vegne, om at vedtaket vil bli prøvet av en sentral klagenemnd, med mindre hun trekker begjæringen tilbake. Nemnda skal straks sende sakens dokumenter til den sentrale klagenemnda til fornyet behandling. Klagenemnda skal behandle saken snarest mulig. Klagenemndas avgjørelser treffes med enkelt flertall.

Den sentrale klagenemnda oppnevnes av Kongen og skal bestå av fem medlemmer, hvorav minst to medlemmer skal være leger og ett medlem skal være jurist. For hvert medlem kan det oppnevnes inntil to varamedlemmer. Medlemmer og varamedlemmer oppnevnes for fire år av gangen med mulighet for gjenoppnevning inntil to ganger.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 16 juni 1989 nr. 86, 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 8 mai 2009 nr. 25 (ikr. 15 feb 2010 iflg. res. 29 jan 2010 nr. 73).

§ 9. Avbrytelse av svangerskap kan bare foretas med samtykke av fylkesmannen

- a) når kvinnen er under 16 år, og den eller de som har foreldreansvaret eller vergen har uttalt seg mot at svangerskapet blir avbrutt,
- b) når kvinnen er psykisk utviklingshemmet og vergen har uttalt seg mot at svangerskapet blir avbrutt, eller
- c) når kvinnens samtykke ikke er innhentet etter § 4 annet ledd annet punktum.

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.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 8 apr 1981 nr. 7, 16 juni 1989 nr. 86, 29 aug 2003 nr. 87 (ikr. 1 sep 2003 iflg. res. 29 aug 2003 nr. 1092), 30 juni 2006 nr. 44 (ikr. 1 sep 2006 iflg. res. 30 juni 2006 nr. 772).

§ 10. Medfører svangerskapet overhengende fare for kvinnens liv eller helse, kan det avbrytes uten hensyn til bestemmelsene i denne lov.

§ 11. Nemndene (jf. §§ 7 og 8) kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt innhente opplysninger om kvinnens helse-, sosial- og trygdeforhold, forutsatt at kvinnen har samtykket i det.

Enhver som deltar i behandlingen av saker etter denne lov, plikter å bevare taushet om det vedkommende har fått kjennskap til.

Endret ved lov 8 mai 2009 nr. 25 (ikr. 15 feb 2010 iflg. res. 29 jan 2010 nr. 73).

§ 12. Kongen kan gi nærmere forskrifter til gjennomføringen av denne lov, herunder om sammensetningen av nemndene (Jfr. §§ 7 og 8).

§ 13. Den som forsettlig avbryter svangerskap eller medvirker til det i strid med denne lov eller forskrifter gitt i medhold av loven, straffes med bøter eller fengsel inntil 3 måneder for så vidt forholdet ikke rammes av strengere straffebud.

På samme måte straffes den som forsettlig muntlig eller skriftlig gir uriktige opplysninger i begjæring om svangerskapsavbrudd eller til bruk ved avgjørelsen av begjæringen, eller som rettsstridig bryter taushetsplikt etter § 11. Den som bevirker eller medvirker til slik overtredelse, straffes tilsvarende.

Bestemmelsene om straff i første ledd gjelder ikke for kvinne som selv avbryter sitt svangerskap eller som medvirker til det.

Endres ved lov 20 mai 2005 nr. 28 (ikr. fra den tid som fastsettes ved lov) som endret ved lov 19 juni 2009 nr. 74.

§ 14. Regionale helseforetak skal organisere sykehustjenesten slik at kvinnen innen helseregionen til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a. Ved organiseringen skal det tas hensyn til helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike inngrep.

Endret ved lover 16 juni 1978 nr. 66, 2 juli 1999 nr. 61 (ikr. 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1196), 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417).

§ 14a. Kvinne som har fått utført inngrep etter loven her, skal når hun anmoder om det sikres veiledning om svangerskapsforebyggende tiltak.

Tilføyd ved lov 16 juni 1978 nr. 66.

§ 15.

1. Denne lov trer i kraft fra den tid Kongen fastsetter.¹Kongen kan bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for Svalbard.

2. Fra samme tidspunkt oppheves – – –

¹ Fra 1 jan 1976 iflg. res. 28 nov 1975, endringsloven av 16 juni 1978 nr. 66 fra 1 jan 1979 iflg. res. 1 des 1978.

[Første](#) [Forrige](#)

Databasen sist oppdatert 16. mars 2013

7.2 Abortforskriften

FOR-2001-06-15-635

DEPARTEMENT: HOD (Helse- og omsorgsdepartementet)

AVD/DIR: Helserettsavdelingen

PUBLISERT: I 2001 hefte 8 (Merknader)

IKRAFTTREDELSE: 2001-09-01

SIST-ENDRET: FOR-2013-01-17-61

ENDRER: FOR-1978-12-01-2

GJELDER FOR: Norge

HJEMMEL: LOV-1975-06-13-50-§12

KUNNGJORT: 2001-06-19

RETTET:

KORTTITTEL: Abortforskriften

For å lenke til dette dokumentet bruk: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20010615-0635.html>

§5. Saksforberedelsen i primær- og klagenemnd

Saken skal behandles hurtigst mulig.

Nemnda skal sørge for at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Dersom det er av betydning for avgjørelsen, kan det innhentes rapport om kvinnens livsforhold. Opplysninger om kvinnens helse-, sosial- og trygdeforhold vil i regelen være underlagt taushetsplikt, og kan bare innhentes dersom kvinnen samtykker til det, jf. abortloven § 11 første ledd. Kvinnen må i tilfelle gjøres kjent med sin rett til å nekte innhenting av opplysninger.

Kvinnen skal gis anledning til å uttale seg til nemnda skriftlig eller muntlig. Hun har rett til å møte i nemnda med fullmektig eller annen person.

Mener nemnda at kvinnens uttalelse er nødvendig for å få saken tilstrekkelig opplyst, skal saken som regel utsettes dersom de foreliggende opplysninger tilsier at begjæringen må avslås. Tilsier de foreliggende opplysninger at begjæringen vil bli innvilget, må nemnda ved sin vurdering veie hensynet til en rask avgjørelse mot hensynet til at avgjørelsen blir truffet på et mest mulig fullstendig grunnlag.

Er kvinnen under 16 år eller psykisk utviklingshemmet, skal den eller de som har foreldreansvar eller vergen gis anledning til å uttale seg med mindre særlige grunner taler mot det.

§ 6. Vedtak og begrunnelse i primær- og klagenemnd

Vedtak skal treffes snarest mulig etter at saken er ferdig forberedt.

For at primærnemnd skal kunne treffe vedtak om å innvilge svangerskapsavbrudd, må det foreligge enstemmighet.

Vedtak i klagenemnd treffes med enkelt flertall.

Vedtak skal være skriftlig og begrunnes samtidig med at det treffes.

Ved innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal begrunnelsen gis ved henvisning til abortloven § 2 tredje ledd bokstav a), b), c), d) og/eller e).

Ved avslag skal begrunnelsen kort gjengi de faktiske forhold som har vært bestemmende for vedtaket. I den utstrekning det er nødvendig for å sette kvinnen i stand til å forstå vedtaket, skal begrunnelsen gjengi innholdet av de lovregler og den problemstilling vedtaket bygger på. Det skal opplyses om vedtaket var enstemmig. I tilfelle av dissens skal dissenterende begrunnelse gjengis.

§ 7. Underretning om vedtaket

Nemnda skal straks gi kvinnen eller den som handler på hennes vegne skriftlig underretning om vedtaket og begrunnelsen for vedtaket.

Hvis begjæringen avslås i primærnemnda, kan underretningen i særlige tilfeller gis muntlig, jf. abortloven § 8 første ledd. Kvinnen skal da gis etterfølgende skriftlig underretning.

Ved avslag i primærnemnd skal underretningen også opplyse om reglene om automatisk klage etter abortloven § 8, jf. forskriften § 8.

I underretningen skal det videre opplyses om retten til å se sakens dokumenter etter forvaltningsloven § 18 til § 20, og at kvinnen kan gi ytterligere opplysninger om hun ønsker det.

Ved innvilgelse av svangerskapsavbrudd skal underretningen opplyse om innleggingssted og dato.

0 Endret ved forskrift 17 okt 2008 nr. 1119 (i kraft 1 jan 2009).

§ 8. Automatisk klageordning

Dersom primærnemnda avslår søknaden om svangerskapsavbrudd, skal nemnda straks sende vedtaket og sakens dokumenter til en sentral klagenemnd, jf. abortloven § 8 andre ledd. Hvis kvinnen ikke har trukket begjæringen tilbake, skal klagenemnda behandle saken snarest.

0 Endret ved forskrifter 29 aug 2003 nr. 1093 (i kraft 1 sep 2003), 12 feb 2010 nr. 160 (i kraft 15 feb 2010).

§ 9. (Opphevet 15 feb 2010 ved forskrift 12 feb 2010 nr. 160.)

§ 10. Fornytt behandling etter avslag i klagenemnd

Dersom kvinnen har fått avslag i klagenemnd, kan fylkesmannen etter anmodning fra kvinnen bestemme at saken skal behandles på nytt i primærnemnd dersom det foreligger nye opplysninger.

0 Endret ved forskrift 29 aug 2003 nr. 1093 (i kraft 1 sep 2003).

Kapittel 3. Oppnevning av primær- og klagenemnd m.m.

§ 11. Oppnevning og sammensetning av primærnemnd

Ved sykehus der nemndbehandlede svangerskapsavbrudd foretas, skal det være minst én primærnemnd.

Nemnda skal bestå av to leger. Det ene medlem skal være lege ved den avdeling hvor svangerskapsavbrudd foretas. Det andre medlemmet oppnevnes av fylkesmannen og må ikke være tilsatt ved den avdeling hvor svangerskapsavbrudd foretas. Det skal oppnevnes varamedlemmer med tilsvarende kvalifikasjoner.

Hvis det ikke er mulig å oppnevne medlem eller varamedlem med de kvalifikasjoner som nevnt i andre ledd, skal fylkesmannen for et tidsrom av inntil ett år om gangen oppnevne annen lege.

Leger som av samvittighetsgrunner er fritatt fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd etter § 15, kan ikke sitte i nemnda.

0 Endret ved forskrifter 29 aug 2003 nr. 1093 (i kraft 1 sep 2003), 12 feb 2010 nr. 160 (i kraft 15 feb 2010).

§ 12. Oppnevning av en sentral klagenemnd

Kongen oppnevner en sentral klagenemnd i samsvar med reglene i abortloven § 8 andre og tredje ledd, som skal behandle klager over vedtak på begjæringer om svangerskapsavbrudd.

Medlemmene i klagenemnda må ikke ha behandlet begjæringen i primærnemnd.

Helsepersonell som av samvittighetsgrunner er fritatt fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd etter § 15, kan ikke sitte i klagenemnda.

0 Endret ved forskrifter 29 aug 2003 nr. 1093 (i kraft 1 sep 2003), 12 feb 2010 nr. 160 (i kraft 15 feb 2010).

§ 13. Primærnemndsmedlemmenes funksjonstid mv.

Fylkesmannens oppnevning av primærnemndsmedlemmer skjer for 4 år om gangen. Fylkesmannen kan etter søknad frita et oppnevnt medlem fra vervet i løpet av perioden og oppnevne nytt medlem den resterende tid.

Oppnevnt medlem av nemnda fratrer senest ved fylte 70 år.

0 Endret ved forskrifter 29 aug 2003 nr. 1093 (i kraft 1 sep 2003), 12 feb 2010 nr. 160 (i kraft 15 feb 2010).

§ 14. Godtgjørelse til nemndsmedlemmer

Medlemmer av nemnda har rett til slik godtgjørelse som departementet fastsetter.

Nemndsmedlem har rett til dekning av reiseutgifter etter statens regulativ i den utstrekning disse ikke er dekket på annen måte.

[Første](#) [Forrige](#) [Neste](#)

Kapittel 4. Fritak av samvittighetsgrunner m.m.

§ 15. Fritak av samvittighetsgrunner

Helsepersonell som av samvittighetsgrunner ønsker det, skal fritas fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd. Retten til fritak gjelder ikke for helsepersonell som gir kvinnen stell og pleie før, under og etter svangerskapsavbruddet. Fritaket må gjøres generelt og gjelde for alle former for svangerskapsavbrudd. Ved medikamentell abort gjelder retten til fritak for helsepersonell som assisterer ved eller utfører avbruddet, herunder forskriver eller administrerer medikamenter i forbindelse med svangerskapsavbruddet. Dette gjelder selv om kvinnen selv inntar medikamentene.

§ 16. Melding om antall personer som har fritak

Sykehus og institusjoner som er godkjent for å utføre svangerskapsavbrudd skal hvert år underrette eier av institusjonen om det antall personer innen hver gruppe av helsepersonell som er gitt fritak av samvittighetsgrunner. Underretningen skal videre angi antall personer innen hver gruppe som til enhver tid står til rådighet ved utførelsen av svangerskapsavbrudd, samt antall ubesatte stillinger innen hver gruppe.

§ 17. Stillingsutlysning og opplysning om reservasjonsrett

For å sikre sykehuseiers plikter etter abortloven § 14, kan det ved utlysning av stillinger for helsepersonell fastsettes i ansettelsesvilkårene at de som ansettes må være villige til å påta seg de plikter og oppgaver som påhviler avdelingen/institusjonen, herunder svangerskapsavbrudd. Helsepersonell som søker stilling ved sykehus eller annen institusjon hvor svangerskapsavbrudd vil kunne bli utført, skal på anmodning oppgi om de ønsker seg fritatt fra å utføre eller assistere ved svangerskapsavbrudd.

§ 18. Fosterets levedyktighet

Tillatelse til svangerskapsavbrudd kan ikke gis dersom det er grunn til å anta at fosteret er levedyktig, jf. abortloven § 2 sjettede ledd i.f. Et foster skal antas å være levedyktig dersom det ville vært i stand til å overleve utenfor mors liv på det tidspunkt et eventuelt avbrudd ville vært utført. Ved vurderingen skal det tas hensyn til eksisterende muligheter for behandling etter forløsning.

Kapittel 5. Protokollførsel og meldinger

§ 19. Journal og nemndsprotokoll

Sykehus eller institusjoner hvor svangerskapsavbrudd foretas, skal føre særskilt nemndsprotokollpasientjournal. Nemndsprotokollen føres på elektronisk skjema utarbeidet av Nasjonalt folkehelseinstituttet om kvinnen, svangerskapet, tidligere svangerskap og fødsler, begjæringen om svangerskapsavbrudd og prevensjon.

Ved nemndsbehandling skal vedtaket med begrunnelse innføres i nemndsprotokollen med dato og underskrift. Kopi av journalopplysningene skal sendes den lege som har henvist kvinnen. Nemndsprotokollen og dokumentene i saken skal oppbevares nedlåst i vedkommende sykehus.

§ 20. (Opphevet 1 jan 2008 ved forskrift 14 des 2007 nr. 1418.)

Kapittel 6. Forholdet til annen lovgivning

§ 21. *Forholdet til forvaltningsloven*

Forvaltningslovens regler gjelder for behandling og avgjørelse av saker om å tillate eller avsl ikke er uttømmende regulert i lov om svangerskapsavbrudd eller i denne forskrift.

§ 22. *Forholdet til pasientrettighetsloven*

Pasient- og brukerrettighetslovens regler gjelder for behandling og avgjørelse av saker om å t vidt forholdet ikke er uttømmende regulert i lov om svangerskapsavbrudd eller i denne forskrift.

Kapittel 7. Endringsbestemmelse, ikrafttredelse, overgangsregler m.m.

§ 23. Endringsbestemmelse

Departementet kan foreta mindre vesentlige endringer i denne forskrift.

§ 24. Virkeområde

Denne forskriften skal også gjelde for Svalbard.

§ 25. Overgangsbestemmelse

Saker hvor begjæring om svangerskapsavbrudd er fremsatt før 1. september 2001, men hvor endelig avgjørelse ikke vil foreligge før etter denne tid, skal behandles etter bestemmelsene som gjaldt før 1. september 2001.

§ 26. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. september 2001. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift av 1. desember 1978 nr. 2 til gjennomføring av lov av 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd med endringer i lov av 16. juni 1978 nr. 66 jf. lovens § 12.

Vedlegg:

Medlemmet Reidar Pedersens begrunnelse for særforslag til punkt 3.6 – levedyktighet:

- Usikkerhet knyttet til estimat for gestasjonsalder (GA): Fostre som estimeres til å være 21+6 kan i realiteten være mer enn 23 fullgåtte uker eller en del yngre enn estimatet.
- Bedre overlevelse for ekstremt for tidlig fødte i uke 22 (22+0 – 22+6) etter år 2000 enn i perioden før år 2001 (da man vedtok dagens veiledende tidsgrense). Overlevelseshastighetene varierer mye og dette skyldes trolig delvis ulik praksis knyttet til behandling av de ekstremt premature før 23 fullgåtte uker. Siste 5-8 år er det flere studier som har vist overlevelse på over 30 %[19].
- Høyeste rapporterte overlevelseshastighet i uke 22 er 86 % (100 % av de som ble intensivbehandlet overlevde) (Siguira et al 2011, se over).
- Lovgiver har ikke angitt noen sannsynlighetsgrense for overlevelse og heller ikke gitt føringer for at en skal vektlegge livskvalitet ved vurdering av levedyktighet i abortloven.
- Å ta utgangspunkt i 23 fullgåtte uker som i dag praktiseres ved norske nyfødmedisinske avdelinger – og så trekke fra ca. en uke som buffer eller pga usikkerhet i estimat for gestasjonsalder – og benytte 22 fullgåtte uker som en tidsgrense for levedyktighet innebærer trolig at man i realiteten tar inn en livskvalitetsvurdering i levedyktighetsbegrepet. At man i Norge ikke har rapportert om overlevelse før 23 fullgåtte uker, er trolig fordi man har vært tilbakeholdne med å redde så unge fostre (bl.a. pga. alvorlig senskader/reduert livskvalitet for flere av de som overlever kombinert med høyere risiko for død enn etter 23 fullgåtte uker, og langvarig/krevende behandling. Dette kan være gode grunner for ikke å behandle, men ikke nødvendigvis det som skal være definerende for levedyktighet i abortloven).
- Usikkerheten i GA-estimatet gjør at det ikke er mulig å si sikkert at fosteret er under 22 eller 23 fullgåtte uker når det blir estimert til 21+6. Dette – kombinert med høyere overlevelse i uke 22 - betyr at det med dagens veiledende tidsgrense (21+6 eller 22 fullgåtte uker), så er det en viss risiko for å innvilge svangerskapsavbrudd på fostre som egentlig er i stand til å overleve med avansert medisinsk behandling. Vi vet imidlertid ikke hvor stor denne risikoen er.