

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300407

Dato: 22-03-2024

Høring: NOU 2023:29 Abort i Norge - Ny lov og bedre tjenester

Legeforeningen takker for muligheten til å gi innspill til abortutvalgets utredning «NOU 2023:29. Abort i Norge – ny lov og bedre tjenester». Vi deler utvalgets vurderinger i at det er behov for en oppdatert lov som er tilpasset dagens samfunn og tar innover seg de endringer som har skjedd siden 1975.

Legeforeningen vil berømme utvalget for et grundig arbeid med gjennomgang av abortloven, fra etiske perspektiver til praktiske forhold. Vi vil særlig trekke frem viktigheten av kartleggingen av kvinners opplevelser i nemnd gjennom forskningsoppdraget «Kvinnens erfaringer med abortnemnder». Videre mener Legeforeningen at NOUen i all hovedsak gir godt begrunnede forslag til fremtidig organisering av omsorg til kvinner som søker om svangerskapsavbrudd. Anbefaling om enklere tilgang, mulighet for organisering av abortomsorg utenfor sykehus og enhetlig smertebehandling er sentrale tiltak som vil harmonisere abortloven med etablert praksis og utvikling innenfor medisin.

Legeforeningen støtter abortutvalget i at kvinners selvbestemmelse og autonomi skal veie tyngst for alle involverte parter i spørsmålet om abort frem til grensen for selvbestemmelse. Tiltak som kan gi støtte og trygge kvinnen i egne vurderinger og beslutninger er viktig å jobbe videre med for å sikre minst mulig belastning for den gravide kvinnen, samtidig som selvbestemmelsen ligger til grunn. I tillegg er det nødvendig med et større arbeid for å styrke holdninger i samfunnet der man, uavhengig av eget standpunkt, respekterer kvinners rett til selvbestemmelse over egen kropp og eget liv. Dette påpeker også utvalget at er en utfordring i dag. Legeforeningen støtter derfor utvalgets vurdering om behov for tilgjengelig informasjon, veiledning og oppfølging for kvinner både før og etter en eventuell abort. Videre ønsker vi å påpeke at det trolig også vil være behov for ytterligere tiltak for samlet sett å sikre at kvinners selvbestemmelse knyttet til abort, og også fosterantallsreduksjon, er ivaretatt.

Legeforeningen vil videre trekke frem noen av utvalgets forslag og kommentere på dem.

Abortlovens formål

Legeforeningen støtter utvalgets forslag til ny formålsbestemmelse i abortloven, som i større grad er i samsvar med lovens virkeområde og bestemmelser. I forslaget understrekes det at loven skal sikre gravide likeverdig rett til abort og tilgang til trygge aborter, ivaretagelse og støtte. Likeverdighet og tilgjengelighet er grunnleggende prinsipper i helsetjenesten, og bør også ligge til grunn i en lov som omhandler abort. Respekten for den individuelle vurderingen og råderetten knyttet til egen helse og

egget liv, men også respekten for det ufødte liv, er Legeforeningen enig i at står helt sentralt. Tydeliggjøringen av dette i forslaget til ny formålsbestemmelse ivaretar dette på en god måte.

Økt selvbestemmelse

Legeforeningen velger ikke å ta stilling til forslaget om utvidet selvbestemmelse ved abort. Det finnes ingen tungtveiende medisinske faglige argumenter verken for eller mot en utvidelse av selvbestemmelsen til uke 18, som er forslaget til abortutvalgets flertall. Dette er, slik Legeforeningen ser det, først og fremst et etisk og moralsk spørsmål der vi som forening ikke er samlet om ett svar.

Ved tidlig ultralyd mellom uke 11 og 14 er usikkerheten i terminfastsettelse +/- sju dager. Hvis man endrer grensen for selvbestemt abort, anbefaler Legeforeningen at man tar høyde for denne usikkerheten når man fastsetter hvilke biometriske mål som skal utgjøre grenseverdiene.

Nye vilkår for abort

Det er positivt at sosialt vilkår for abort er videreført som del av § 5 c-vilkåret, og Legeforeningen støtter utvalget i at adgangen til abort på bakgrunn av den gravides livssituasjon bør være vid. Samtidig blir det da ekstra viktig å sikre at man unngår for mye variasjon i håndteringen av vilkåret. Utvalgets forslag om å legge en objektiv standard til grunn for vurderingen av om økonomiske forhold oppfyller vilkårene, er et skritt på veien, men presiseringen av vilkåret for andre sosiale forhold er vag og åpner for stor variasjon i hvordan vilkåret kan forstås.

Fosterantallsreduksjon

Legeforeningen ser ingen medisinskfaglige grunner til at fosterantallsreduksjon skal behandles annerledes enn abort av ett foster, og mener flertallet i abortutvalget legger til rette for en fortsatt forskjellsbehandling av kvinner som er gravid med to eller flere foster sammenliknet med kvinner som er gravid med ett foster. Flertallet i abortutvalget begrunner dette med risiko for gjenværende foster, og at kvinnen trenger individuell veiledning og god informasjon før inngrepet. Legeforeningen er helt enig i at kvinner som skal gjennomgå fosterantallsreduksjon må få grundig informasjon om inngrepet og om hvilke risikoer dette medfører. Her er det imidlertid viktig å skille behovet for informasjon og veiledning fra kvinnens rett til selvbestemmelse, slik abortutvalget selv vektlegger i utredningen for øvrig.

Abortutvalget legger i sin utredning stor vekt på den risiko en fosterantallsreduksjon medfører for de gjenværende fostrene. Legeforeningen mener abortutvalgets flertall tar for lite hensyn til medisinsk utvikling og nyere studier om risiko i sin begrunnelse. Det finnes en viss risiko for spontanabort av de gjenværende fostrene ved fosterantallsreduksjon, men denne risikoen er langt fra så stor som man kan få inntrykk av i rapporten¹. I tillegg er det også en risiko forbundet med å være gravid med flere fostre, både for fostrene og for kvinnen selv. Det er heller ikke mulig å identifisere risikofaktorer på forhånd som indikerer at fosterantallsreduksjon ikke kan gjennomføres. Det er ingen gravide kvinner i Norge som har fått avslag på tvillingreduksjon i nemnd fordi prosessen ble ansett som for risikabel for mor eller for det gjenværende fosteret. Ved fosterantallsreduksjon der begge fostre er friske, terminerer man den tvillingen som ligger lettest til for prosedyren. Det er ikke mulig for kvinnen å påvirke denne avgjørelsen, for eksempel på bakgrunn av kjønn.

¹ [Risks and pregnancy outcome after fetal reduction in dichorionic twin pregnancies: a Danish national retrospective cohort study - PubMed \(nih.gov\)](#)

I forslaget til nye abortnemnder, som hele utvalget stiller seg bak, ligger det at informasjon og veiledning skal gis før kvinnen møter i nemnd. Abortutvalget er tydelig på at de nye nemndenes rolle ikke skal være informasjon og veiledning, kun å behandle begjæringer om svangerskapsavbrudd og sørge for at lovens krav er oppfylt. Legeforeningen mener derfor det er en logisk brist i at abortutvalgets flertall samtidig legger opp til at kvinner som begjærer fosterantallsreduksjon uansett skal møte i nemnd på det grunnlag at de selv ikke er i stand til å vurdere den medisinske risikoen ved inngrepet. Kvinner som ønsker fosterantallsreduksjon får i dag informasjon og individuell veiledning av helsetjenesten, og ikke en abortnemnd.

I Norge er fosterantallsreduksjon sentralisert til Nasjonal behandlingstjeneste for avansert invasiv fostermedisin ved St. Olavs hospital i Trondheim. Før inngrepet blir kvinnen undersøkt med ultralyd, og får informasjon om hvordan inngrepet blir utført og risiko knyttet til det. Kvinner som kommer fra andre steder i Norge, har videosamtale med lege en ukes tid før planlagt inngrep i Trondheim. Det er med andre ord ikke slik at en kvinne kan få gjennomført en fosterantallsreduksjon uten på forhånd å ha en grundig samtale med en erfaren lege. Kvinnens autonomi står dermed ikke i veien for å sikre at hun mottar god informasjon om risiko ved inngrepet, og begrunnelsen for nemndbehandling ved fosterantallsreduksjon er derfor svak. Legeforeningen vil understreke at autonomi bør ansees som helt sentralt i avgjørelser som kvinnen skal leve med, og at hun bør være godt rustet til å ta avgjørelsen når tilstrekkelig informasjon om inngrepets art, risiko og mulige komplikasjoner er gjort rede for. Legeforeningen støtter derfor utvalgets mindretall i at kvinners selvbestemmelse også skal gjelde ved fosterantallsreduksjon.

Dersom man likevel kommer frem til at kvinner som ønsker fosterantallsreduksjon uansett skal i nemnd, mener Legeforeningen at det er mest hensiktsmessig å ha nemndene på sykehus som gjennomfører disse inngrepene. Her finnes kompetanse til å gi informasjon om inngrepet, og man kan gjøre undersøkelser som kan gi mest mulig nøyaktige estimater for risiko for gjenværende foster og for mor.

Nye abortnemnder

De nye nemdene er foreslått organisert gjennom de regionale helseforetakene, redusert i antall og i hovedsak lagt til universitetssykehusene med avdelinger for fostermedisin. Videre legges det til grunn at det meste av saksbehandlingen skal foregå skriftlig, og at hovedregelen ved behov for møter med abortsøker vil være digitale møter. Legeforeningen ser behovet for å samle kompetanse i slike saker, og at nemndsarbeidet derfor sentraliseres. Samtidig må antallet nemnder og plassering av nemndene tilpasses omfanget av saker, som igjen avhenger av ukegrense for selvbestemmelse. Tilgjengelighet er helt sentralt for at kvinner i alle deler av landet skal ha lik tilgang og rettigheter. Ved reduksjon av antall nemnder er det derfor viktig at man samtidig sørger for et godt og likeverdig tilbud til alle kvinner i Norge uavhengig av bosted. Våre medlemmer har erfart at det til tider har vært vanskelig å få samlet de to aktuelle fagfolkene som sitter i nemnd. Bedring av digitale tjenester åpner for flere løsninger på geografiske utfordringer.

Samtidig som at forslaget om en mer digitalisert søknadsprosess og nemndbehandling kan bidra til å løse noen av dagens utfordringer, åpner det også opp for nye utfordringer. Digital kommunikasjon om helseopplysninger krever sikkerhetsnivå 4, herunder BankID, Buypass eller Commfides. Legeforeningen er bekymret for at dette medfører en redusert tilgjengelighet for sårbare grupper, blant annet de uten sikker ID-tilgang. Det må derfor sikres, gjennom merknader til loven og veiledning om svangerskapsavbrudd, at gode prosedyrer ivaretar alle abortsøkende.

Sammensetningen av de nye nemndene er foreslått til tre medlemmer: en sykehuslege (fortrinnsvis spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer), en jurist og et medlem med medisinsk eller helsefaglig kompetanse. En utvidelse av nemndene fra to til tre medlemmer kan gi en økt opplevelse av ubalanse og formynderi for den gravide ved at hun havner i et mer uttalt mindretall enn før. Legeforeningen ser behovet for å styrke rettssikkerheten til kvinner som begjærer svangerskapsavbrudd. Vi er imidlertid bekymret for at en jurist i nemndene kan medføre en økt rettsliggjøring og byråkratisering av nemdprosessen på bekostning av rask behandling og en mest mulig skånsom prosess for kvinnen. Her kan det vurderes hvorvidt rettssikkerheten kan ivaretas på andre måter, gjennom en løsere juridisk tilknytning til nemndene. Hvis man likevel ender opp med å utvide nemndene med en jurist, bør det klargjøres hvilken rolle juristen skal ha i abortnemnd. I tillegg støtter Legeforeningen spesifiseringen av at ett av de øvrige nemndsmedlemmene skal være spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Vi forstår det slik at med medlem med medisinsk eller helsefaglig kompetanse så vises det til at det skal være mulig å inkludere eks. jordmor i nemnden. Legeforeningen støtter dette, og vil fremheve viktigheten av relevant kompetanse for nemndenes medlemmer. Dette kan gjerne presiseres knyttet til det tredje medlemmet som per nå fremstår som for vidt definert. Utvalget peker i tillegg på behovet for bedre opplæring av nemndsmedlemmene. Legeforeningen er enig i dette, men etterlyser konkrete forslag til hvordan man tenker seg denne opplæringen.

Utvalget foreslår å rendyrke nemndenes rolle i å behandle søknader om abort etter grensen for selvbestemmelse, og ikke i tillegg være ansvarlig for informasjon til den gravide. Legeforeningen støtter denne vurderingen så lenge ansvaret for både veiledning og informasjon tydelig ivaretas utenfor nemndene der kvinnen har behov for det.

Bedre informasjon, veiledning og oppfølging

Utvalgets forslag om lovfesting av retten til veiledning og oppfølging før og etter abort svarer på senere års erfaringsgrunnlag som viser at kvinner opplever denne delen av omsorgen som mangelfull. Legeforeningen støtter derfor det nye lovforslagets tydeliggjøring av den gravides rett på informasjon og veiledning i forkant av avgjørelsen og oppfølging i etterkant av abort, og av helsevesenets plikt til å gi dette tilbudet. Dette fordrer imidlertid styrket opplæring av helsepersonell, og god kunnskap om, og tid til, kommunikasjon i alle ledd. Dette er opplæring som derfor også må inngå i grunnutdanningen for leger. Det er også positivt at det i merknadene så tydelig fremkommer at informasjon og veiledning ikke bare skal romme medisinske forhold, men også aktuelle sosiale og økonomiske tjenester og tiltak.

Legeforeningen er glad for at abortutvalget flere ganger viser til fastlegens sentrale rolle i oppfølgingen av kvinner både før, under og etter svangerskap. Fastlegen er sentral i svangerskapsomsorgen og i oppfølging av kvinner etter fødsel og abort, både på kort sikt og i et livsløpsperspektiv. Legeforeningen mener derfor at det faglig sett kan være riktig å legge ansvaret for oppfølgingssamtaler etter en abort til fastlegene, og anerkjenner at dette kan være viktig for tilgjengeligheten av helsehjelp for kvinner. Et svangerskapsavbrudd kan være en vanskelig prosess for den det gjelder, og fastlegen kan være en viktig støttespiller. Samtidig står vi fortsatt i en fastlegekrise og fastlegjetjenesten kan ikke pålegges flere oppgaver uten at kapasiteten økes. En slik oppgave krever også kompetansehevende tiltak for fastlegene. Dersom økonomi, kapasitet og kompetanse bedres er det imidlertid både naturlig og hensiktsmessig at fastlegene tar et større ansvar for oppfølging etter abort. Fastlegene kjenner ofte kvinnen godt, og skal følge henne over lang tid.

Det må fortsatt være slik at den enkelte kvinne selv bestiller time hos fastlegen for oppfølging, eller får bistand av sykehuset der aborten gjennomføres til å bestille time for oppfølging. Det er et grunnleggende prinsipp at personer som ønsker hjelp hos fastlege selv bestiller time. Time hos fastlege skal skje etter eget ønske, og den enkelte får da også mulighet til å bestille time når det passer for en selv. Oppfølgingssamtalene bør være unntatt egenandelsplikten, på samme måte som svangerskapskontrollene. Slik vi ser det skal det heller ikke i dag betales egenandel ved første konsultasjon etter abort, da det dekkes av samme bestemmelse som for andre gravide: én samtale postpartum skal være fritatt for egenandel. Dersom dette er uklart må det presiseres.

Utvalget peker på at praktiseringen av taushetspliktsbestemmelsen i abortloven medfører at informasjon om abort ikke rutinemessig sendes fra sykehus til fastlege. Fastlegene kan likevel oppleve at kvinnen tror at slik informasjon sendes, slik det gjøres når man har fått annen type behandling på sykehus. Erfaringene er at kvinner som har gjennomført et svangerskapsavbrudd ofte blir overrasket over at fastlegen ikke har fått tilsendt epikrise, noe som indikerer at sykehuset ikke har forespurt dem om det er ønskelig at disse opplysningene oversendes. En organisering av tilbud om oppfølgingssamtaler hos fastlege fordrer en endring i sykehusenes praksis og rutiner, slik at epikrise sendes til fastlege etter gjennomført abort dersom kvinnen selv ønsker dette.

Enklere abortforløp i helsetjenesten

En anbefaling fra utvalget er at det utarbeides en nasjonal faglig retningslinje med standardiserte pasientforløp for abort. Legeforeningen støtter dette og mener samtidig at relevante fagmiljøer både i primær- og i spesialisthelsetjenesten må inkluderes gjennom hele utviklingen av en slik retningslinje.

Utvalget foreslår en utprøving, med påfølgende evaluering, av sykepleierstyrte abortklinikker på sykehusene. Legeforeningen viser til erfaring blant fastleger om at overgang til sykepleierstyrte poliklinikker ved sykehusene ofte fører til at pasienter kommer til fastlegen med spørsmål som de tidligere fikk avklart på sykehusets poliklinikk. Dersom polikliniske aborttjenester skal bli sykepleierstyrte, så er det viktig at pasientenes informasjonsbehov dekkes like godt som tidligere, og at poliklinikken yter alle former for nødvendig helsehjelp, eks. rekvirering av oppfølgende undersøkelser, sykemelding og utskrivning av resept på nødvendige medikamenter.

Legeforeningen vurderer det for øvrig som unødvendig at man hos fastlegen må fylle ut begjæring om abort når den gravide har mulighet til å ta kontakt direkte med sykehus for abort innenfor grensen for selvbestemmelse.

Abort utenfor sykehus før tiende svangerskapsuke

Det vises til abortutvalgets forslag om å utrede ordninger der flere aborter før tiende svangerskapsuke kan organiseres utenfor sykehus. Legeforeningen vil ikke støtte en situasjon der sørge-for-ansvaret ligger i spesialisthelsetjenesten og oppfyllelse av rettigheten ligger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den som har ansvaret for tilbudet, må også gi tilbudet. Spesialisthelsetjenesten har ingen styringsrett eller instruksjonsmyndighet over den kommunale helsetjenesten, og skal heller ikke ha det. Dersom det skal inngås avtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helsetjeneste om utførelse av abort så øker risikoen for ulikt tilbud i ulike deler av landet, og dermed ikke likeverdige tjenester, avhengig av avtalene som inngås.

Betaling

Legeforeningen er enig med utvalget i at betalingsevne ikke skal være avgjørende i kvinners beslutningsprosesser knyttet til abort, og støtter derfor lovforslaget om at helsehjelp i forbindelse med abort og fosterantallsreduksjon skal være gratis.

Økonomiske konsekvenser

Legeforeningen støtter forslaget om kvinners rett til rask behandling i nemnd, med hovedregel at søknad skal behandles neste virkedag etter mottatt søknad. Vi ønsker imidlertid å understreke at en lovfestet tidsfrist kan innebære en økning i ressursbruken, og forutsetter derfor at det i så fall vil bli tilført friske midler til dette formålet.

I den grad endringene i abortloven medfører økte kostnader for landets kvinneklinikker, forutsetter vi at dette blir tilført gjennom statsbudsjettet, slik at det ikke medfører en reduksjon i eksisterende helsetilbud for norske kvinner.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Marit Randsborg
avdelingsdirektør

Oda Sjøvoll
Seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk