



En
abortpolitikk
for
framtiden

Kvinnebevegelsens
abortutvalg

En abortpolitikk for framtiden

Utgitt av Kvinnebevegelsens abortutvalg

Reaksjon: Johanne Sommerschild Sundby, Tone Brekke, Ane Stø, Eli Aaby

Redaksjonen avsluttet 25. januar 2024

Heftet er gratis og kan bestilles fra:

Norges Kvinnelobby, Menneskerettighetshuset,

Maribos gate 13, 0183 Oslo

E-post: post@kvinnelobby.no

Illustrasjon: Helene Brox

Design og layout: Mona Persdatter Bekkevad

Trykk: Aksell AS



UTGITT MED STØTTE FRA
NORGES KVINNELOBBY

INNHOOLD

- 2 Innledning
| Av Ane Stø, Eli Aaby og Tone Brekke
- 7 Kvinnebevegelsens abortutvalg
- 8 Kvinnebevegelsens abortutvalg – bakgrunn
- 9 Kvinnebevegelsens abortutvalgs prinsipper for en ny abortlovgivning

DEL 1: KVINNEBEVEGELSEN OM ABORTRETTIGHETER

- 12 Mytar og fakta i ordskiftet om abort
| Av Mette Løkeland-Stai og Eli Aaby
- 16 Vi trenger en ny abortlov: Abort skal være trygt og faglig forsvarlig
| Av Norske Kvinners Sanitetsforening
- 18 Hva skal vi med en abortlov?
| Av Berit Austveg og Gunhild Maria Hugdal
- 21 Ennå ikke myndig
| Av Asta B. Håland
- 23 Passe progressivt
| Av Cathrine Linn Kristiansen

DEL 2: MENNESKERETTIGHETER OG SELVBESTEMMELSE

- 26 Abortvalgets etikk
| Av Gunhild Maria Hugdal
- 31 Abort og menneskerettigheter
| Av Berit Austveg og Johanne Sommerschild Sundby
- 35 Lytt til Verdens helseorganisasjon
| Av Berit Austveg, Mette Løkeland-Stai og Johanne Sommerschild Sundby
- 38 Er «levedyktighet» egnet som beskrivelse av grensen for seinabort?
| Av Karin Bruzelius og Johanne Sommerschild Sundby
- 40 Levedyktighet bør ikke være tema i abortpolitikk
| Av Berit Austveg og Mette Løkeland-Stai

DEL 3: ERFARINGER OG ULIKE PRAKSISER

- 44 Fortsatt abortnemnd?
| Av Johanne Sommerschild Sundby og Karin Bruzelius
- 46 Abort i Noreg – metodar og statistikk frå 70-talet til i dag
| Av Mette Løkeland-Stai
- 52 Abortsituasjonen i verden
| Av Berit Austveg
- 57 Kvinners fortellinger om abort
| Av Vilde Bratland Hansen og June Holm
- 62 Abort må gjøres tilgjengelig også utenfor sykehus
| Av Anneli Rønnes

- 64 Anbefalt lesning

INNLEDNING

Kommentarer til NOU 2023:29, Abort i Norge: Ny lov og bedre tjenester

Av Ane Stø, Eli Aaby og Tone Brekke

Da regjeringen nedsatte Abortutvalget i 2022 var det med et begrenset mandat og utvalget manglet kvinnebevegelsens erfaringer og perspektiv, i tillegg til sentrale fagfolk. Kvinnebevegelsen satte derfor ned vårt eget utvalg, som skal bidra til at diskusjonene om ny abortlovgivning også forankres i kvinnebevegelsens perspektiver. I tillegg til å produsere egne tekster med argumentasjon, har vi lest NOUen grundig, og har flere reaksjoner på rapporten.

Selvbestemmelse, autonomi og menneskerettigheter

Utredningen *Abort i Norge: Ny lov og bedre tjenester* (NOU 2023:29) gir en gjennomgang av menneskerettighetenes betydning for kvinners selvbestemmelse i kapittelet «Menneskerettigheter og abort». Vi mener det er et viktig bidrag, som utgjør et grunnleggende premiss og omdreiningspunkt for utredningen som helhet (kap. 7, s. 54–65). Lovregulering av abort reiser grunnleggende spørsmål ved kvinners autonomi og råderett over egen kropp, helse og liv. Som utvalget selv påpeker: «Et helt sentralt spørsmål er: Er det fortsatt grunnlag for å gripe inn i gravides be-

slutninger om abort i dag, og hvis ja, hva er begrunnelsen?» (s. 13). Dagens helseetikk og pasientbehandling vektlegger, i tillegg til faglige begrunnelser, nettopp pasientens autonomi og medbestemmelse, og dette er prinsipper som selvsagt også skal gjelde den gravide kvinnens helsetilbud.

Vår hovedinnvending er at det meste av utredningens prinsipielle refleksjoner og kunnskapsgrunnlag ikke følges opp i forslaget til ny abortlov. Dette gjelder spesielt argumentasjonen for begrensning av kvinners selvbestemmelse. I dagens abortlov er utgangspunktet at kvinner mangler samvittighet. I forslaget til ny abortlov er den underliggende antakelsen at kvinnen er det annet kjønn med grunnleggende intellektuelle og etiske mangler. Et slikt utdatert tankegodt hører ikke hjemme under den tittelen utvalget selv har gitt sitt forslag: «abort i fremtiden» (s. 193).

Kunnskapshull

Gjennomgangen av årsakene til at kvinner tar abort og hvordan dette erfarer utgjør et viktig og underkommunisert kunnskapsgrunnlag. Utredningen etterlater seg likevel et stort kunnskapshull. Vi savner

De fleste kommer kanskje ikke til å lese hele utredningen, men noen kapitler kan vi spesielt anbefale. Dette betyr ikke at vi er enige i alle konklusjonene, men NOUen inneholder kunnskap og argumenter som er gode bidrag inn i en kunnskapsbasert diskusjon.

Kap. 7 «Menneskerettigheter og abort»

Kap. 9 «Kvinnens valg og beslutningsprosess»

Kap. 5 «Etiske perspektiver på abort»

Kap. 11 «Abortnemndene – organisering og praksis»

Kap. 36: Utvalgets forslag til ny abortlov

Undersøkelsen om kvinners erfaringer anbefaler vi også:

Vedlegg 1) Kvinners erfaringer med abortnemnder: <https://www.regjeringen.no/contentassets/a61baf6ed624062a-b7ab20b16114249/no/sved/01vedlegg1.pdf>

Vi anbefaler å lese:

Kap. 40 Dissens fra utvalgsmedlem

Elham Baghestan. I dissensen begrunner Baghestan «at ettersom abort er tillatt inntil utgangen av 22. svangerskapsuke i Norge av både medisinske, helsemessige og sosiale grunner, er det kvinnene selv, som med god støtte og veiledning, bør ha det siste ordet i en slik avgjørelse.»

Kap. 41 Dissens fra utvalgsmedlemmene

Astrid Grydeland Ersvik, Berge Solberg, Elham Baghestan, Kari Sønnerland, Nina Lem Samuelsen og Tilde Broch Østborg. «Om selvbestemmelse ved fosterantallsreduksjon»



kunnskap om den gruppen av kvinner (anslagsvis ca 60–70 årlig) som har fått avslag på abort eller som ikke møtte i nemnda. Hva skjedde med dem? Hvor mange dro til utlandet og fikk gjennomført abort der? I hvilken grad var ressurser og økonomi avgjørende for dem? Hva var motivasjonen til kvinnene som hadde fått innvilget abort, men som likevel ikke møtte? Var de utsatt for press? Hvor mange var voldsutsatte? Hvordan gikk det med kvinnene som fikk avslag på abort? Og hvordan gikk det med barna som ble født av de som hadde søkt abort men fått avslag? Hva slags liv har de fått?

Med en slik kunnskap kunne vi hatt et bedre grunnlag for å vurdere de konkrete konsekvensene abortnemndenes avgjørelser har hatt for livene til de kvinnene som ble fratatt sin selvbestemmelse i den mest avgjørende livshendelsen i kvinners liv: graviditet og fødsel.

Menneskerettigheter, grunnloven og abort: hvem har rettigheter?

Abortspørsmålet framstilles ofte som en rettighetskollisjon mellom den gravide kvinnen og fosterets antatte rettigheter. Utredningens grundige gjennomgang av forholdet mellom kvinners menneskerettigheter og abort, og hvorvidt et foster kan ha menneskerettigheter, må tillegges stor vekt i utformingen av en ny abortlov.

Enkelte av menneskerettighetene, som ligger i tillegget til Grunnloven, er som utvalget påpeker, «særlig relevante for utforming av lov og tjenester om abort» (kap.7.4, s. 56). Forarbeidene til de nye grunnlovsbestemmelsene definerer hvem

som kan inneha menneskerettigheter: «det menneskelige liv har krav på beskyttelse og at alle liv har det samme menneskeverdet fra fødsel til død ... Det må derfor legges til grunn at med «menneske» menes fødte mennesker» (s. 56). Et foster har ikke menneskerettigheter og regnes ikke som en person i «menneskerettslig forstand». Utvalget viser til at det er «bred konsensus om» denne forståelsen og at den også ligger «til grunn ved tolkningen av FNs konvensjoner og EMK» (kap. 7.6.I, s. 58). Abort er rettslig sett derfor ikke et spørsmål om en avveining av kolliderende rettigheter mellom kvinnen og fosteret (s. 58–9).

En statlig regulering av abort griper inn i kvinners menneskerettigheter, særlig de fire rettighetene: «retten til liv og helse, forbudet mot tortur, retten til privatliv og retten til likestilling (s. 59). Dersom en stat skal regulere abort, skal begrensningene «ikke krenke kvinners menneskerettigheter ved å sette kvinnens liv i fare, utsette kvinner for fysisk eller psykisk smerte i strid mot forbudet mot tortur, diskriminere kvinner eller utgjøre vilkårlige inngrep i privatlivet hennes» (s. 59).

Etikk og moralske spørsmål

I den offentlige debatten fremstilles abort som et særegent og spesielt utfordrende moralsk problem. Underteksten er at det offentlige eller staten derfor må ta et spesielt ansvar, noe som igjen hviler på en antakelse om at den gravide kvinnen alene ikke evner å ta godt funderte etiske valg. Denne fordømmen avkles grundig i utredningen.

Gjennomgangen av forskning på kvinners beslutninger og erfaringer viser tvert

«Argumentasjonen for nemndene har vært at de kan fungere som et sted for støtte og veiledning, og bidra til etisk refleksjon, men studien viser at dette ikke er tilfellet.»

i mot at abortsøkende kvinner gjør etiske og eksistensielle vurderinger. Det er derfor ikke holdepunkter i faktisk kunnskap for å hevde at kvinners beslutninger om abort ikke er etiske eller moralske (kap 9.5. s. 76–77).

Erfaringer med abort og abortnemnder

Utvalget har foretatt en kunnskapsinnhentning om kvinners erfaringer med abort. De påpeker flere alvorlige mangler ved beslutningsprosessene i abortnemndene. Forskningsrapporten: Kvinners erfaringer med abortnemnder (Haaland et. al. 2023) forsterker eksisterende kunnskap om at nemndene oppleves som fornedrende og umyndiggjørende (kap. 11, s. 92). De favoriserer ressurssterke kvinner og kan bidra til å ytterligere marginalisere sårbare kvinner. Nemndene fungerer ikke for det store flertallet som et sted for dialog, støtte, veiledning og refleksjon, men heller det motsatte – de vanskeliggjør beslutningsprosessen (s. 118).

Utvalget fant også en rekke alvorlige mangler ved organiseringen av nemndene: det er manglende systematikk i opplæring av nemndsmedlemmene, manglende kompetanseutvikling underveis, manglende bruk av rettskilder, manglende erfaringsdeling, manglende skriftlig-

gjøring av tidligere avgjørelser og praksis (s. 115).

Nye nemnder i gammel forkledning

På tross av svært graverende funn ved nemndssystemet og kvinners erfaring, anbefaler altså utvalget at nemndene videreføres. Argumentasjonen for nemndene har vært at de kan fungere som et sted for støtte og veiledning, og bidra til etisk refleksjon, men studien viser at dette ikke er tilfellet. Manglene er så alvorlige at de utgjør en trussel mot kvinners rettssikkerhet, rett til forutsigbar informasjon, rett til forsvarlig helsehjelp, etisk behandling, reell autonomi og selvbestemmelse.

Utvalget foreslår å bedre rettssikkerheten ved å stramme opp saksbehandlingen og gjøre prosessen mer rettslig transparent. Men den nye nemnda forblir en rettslig og dømmende instans. Det er på ingen måte framlagt noe belegg for at de nye nemndene vil kunne motvirke de alvorlige overtrampene og manglende som utvalgets egen gjennomgang av kvinners erfaring med nemnda viser.

Hvorfor nemnd etter uke 18?

Utvalgets flertall anbefaler at grensen for selvbestemt abort flyttes til utgangen av 18. svangerskapsuke (kap 23.2.1).

Argumentasjonen her er interessant lesning, utvalget beskriver ukegrensen i dagens lov som av «symbolsk betydning» (s. 197) Gjennom den diagnostikken som gravide tilbys i dag vil de fleste få medisinsk informasjon om fosteret før utgangen av uke 18, slik at de fleste i praksis dermed sikres selvbestemmelse.

Begrunnelsen for at grensen for selvbestemmelse settes til uke 18, er problematisk. Utvalget innrømmer at denne grensen innebærer betydelig inngripen i kvinners selvbestemmelse og menneskerettigheter. Begrunnelsen utvalget kommer med er ikke basert på medisinsk kunnskap, men «statens interesse i å sikre respekt for det ufødte liv» og «fosterets verdi og moralske status» (s. 199).

Det overlates med andre ord til ca 150 kvinner årlig å bære bevisbyrden for at staten sikrer respekten for det ufødte liv. Det er antallet kvinner som må tåle traumene og umyndiggjøringen ved å få livsutsiktene vurdert og avgjort av fremmede mennesker i en nemnd hvert år. Basert på erfaringer vil mer enn 98 prosent av dem få medhold fra nemnda, de skal m.a.o. gjennom et «rituale» for å sikre statens «ære».

Vårt råd til regjeringen og Stortinget er å slå fast at det ikke er behov for å beholde abortnemndene. De representerer et gammeldags og patriarkalsk kvinnesyn, som ikke hører hjemme i en moderne lov. Det er solid kunnskapsgrunnlag i abortstatistikken for at nemndene er enige i kvinnes vurderinger i mer enn 98 prosent av de cirka 500 abortbegjæringene de behandler hvert år. Vi vet at kvinner tar veloverveide avgjørelser om de selvbestem-

te abortene, og kvinners gode vurderinger slutter ikke ved uke 18 i svangerskapet.

Kvinnebevegelsen er pådriver for abortrettigheter

Kvinnebevegelsens kompetanse og engasjement har spilt en viktig rolle i samfunnsutviklingen i Norge. Vi har stått i bresjen for allmenn stemmerett og politisk representasjon, vi har stått på for kvinners rettigheter i arbeidslivet og utvikling av velferdsstaten og vi har tatt opp vanskelige temaer som menns vold mot kvinner og seksuelle overgrep.

Uten press og aksjoner fra kvinnebevegelsen hadde ikke Norge fått selvbestemt abort fram til uke tolv i 1978. I alle årene siden har vi forsvart retten til selvbestemt abort hver gang den har vært under angrep. Uten vår mobilisering kunne begge regjeringene til Erna Solberg ha lagt nye hindringer for kvinners adgang til abort. Vi stanset dem i 2013, og lyktes delvis i å stanse dem i 2019. Vi klarte å beholde sykdom og skade hos fosteret som grunnlag for aborter etter tolvte uke, men de fikk innført at fosterantallsreduksjon som var bestemt før tolvte uke skal behandles i nemnd.

Målet med dette heftet fra Kvinnebevegelsens abortutvalg er å være til inspirasjon for alle som vil arbeide iherdig for en ny og bedre abortlovgiving og at argumentene vi har samlet her kommer til nytte. Vi presenterer tekster som behandler abortspørsmålet fra ulike vinkler. Målet vårt er å bidra til en åpen diskusjon, uten skyttergraver og steile fronter og på den måten bidra til aktivitet, entusiasme og oppslutning om en bedre abortlovgiving.

KVINNEBEVEGELSENS ABORTUTVALG

Kvinnebevegelsens abortutvalg er bredt sammensatt av representanter fra kvinnebevegelsen og fagfolk innen medisin, jus og etikk.

Cathrine Linn Kristiansen, leder Kvinnefronten

Ane Stø, leder Kvinnegruppa Ottar

Tone Brække, Norsk Kvinnesaksforening, første-
lektor Senter for tverrfaglig kjønnsforskning

Elisabeth T. Swärd, Norske Kvinners Sanitets-
forening, styremedlem Sex og Samfunn, jobbet
mye med srhr, spesialrådgiver kvinnehelse.
Medlem i Kvinnehelseutvalget 2023

Berit Austveg, Sex og Politikk, lege/samfunns-
medisiner, har jobbet i en årrekke innen FN
og med frivillige organisasjoner med utrygge
aborter som globalt kvinnehelseproblem.

Mette Løkeland-Stai, gynekolog med erfaring
frå abortnemnd og forskning på medikamentell
abort, overlege Abortregisteret, FHI

Karin Bruzelius, tidligere leder Norsk Kvinne-
saksforening og Høyesterettsdommer

Hildegunn Åslaug Bomnes, Sitter i Ankenemda
for abort (i 9 år), direktør for Amatheia
(2005–2019) medlem av styret for Sex og
Politikk, medlem av det første regjeringssopp-
nevnte Kvinnehelseutvalget (nou 13-1999),
mangeårig leder i psykisk helsevern for barn,
ungdom og voksne.

Anneli Rønnes, Fagpolitisk rådgiver Sex og samfunn

Hanne Beth Borge, jurist. Tidligere ansatt ved
Krisesenteret i Bergen. Nå seniorrådgiver
politisk enhet i Forbrukerrådet, Oslo

Gunhild Maria Hugdøl, teolog og empirisk
etiker, førsteamanuensis i etikk, har forsket på
kvinners valg mellom abort/ikke abort.

Johanne Sommerschild Sundby, gynekolog,
professor em. i samfunnsmedisin. Ledet NOU
om kvinners helse, forsket om kvinners repro-
duktive helse i Norge og globalt. inkludert
abort. Sittet i nemnd og ankenemnd for abort-
søknader, og forsket omkring seinabort-nemnd.

Eli Aaby, sjukepleier og jordmor, tidligere daglig
leder Klinikk for seksuell opplysning, lang
erfaring fra gynekologiske sengeposter og
fødeavdeling, aktiv i Kvinnefrontens arbeid
med reproduktive rettigheter fra 1974.

Solveig Hagen Strand, Kvinnegruppa Ottar,
student

Mina Rafiq, Kvinnegruppa Ottar, menneskerettig-
hetsaktivist, leder A.I.P (Against Illiteracy and
Poverty), assisterende butikksjef

Selma Flo Munch, Kvinnefronten, organisasjons-
medarbeider

Kjersti Augland, Sex og Politikk, ass.daglig leder

KVINNEBEVEGELSENS ABORTUTVALG – BAKGRUNN

Formålet med Kvinnebevegelsens abortutvalg er å bidra til en åpen og balansert diskusjon om ny abortlov i Norge med utgangspunkt i kvinnebevegelsen og kvinners erfaringer med dagens abortlov og praksis. I mars 2022 kom Verdens Helseorganisasjon (WHO) med oppdatert veileder om hvordan abort bør utføres, og abortpolitikk utformes, basert på oppdatert kunnskap. På helt sentrale punkter avviker den norske abortloven fra det som Verdens helseorganisasjon anbefaler, og langt fra bare på spørsmål om lengden på selvbestemmelse. Disse retningslinjene vil være sentrale som kunnskapsgrunnlag for utvalgets arbeid.

Bakgrunn

17.06.2022 ble medlemmer av regjeringens abortutvalg kunngjort, med et mandat som ble offentliggjort før nominasjonsrunden. For mange fagfolk og for kvinnebevegelsen manglet det viktige perspektiver i mandatet og blant medlemmene som var oppnevnt i utvalget.

Regjeringens abortutvalg har fått et svært kortfattet mandat, som i stor grad begrenser seg til hvorvidt en skal utvide tiden for den gravides selvbestemmelse fra dagens 12 uker, oppfølging av kvinner som tar abort, og alternativer til

dagens abortnemnder. Av internasjonale perspektiver, nevner mandatet kun erfaring fra andre nordiske land.

Regjeringens abortutvalg er ikke bedt om å ta stilling til den medisinske, samfunnsmessige eller juridiske utviklingen som har skjedd i de snart 50 årene siden loven ble vedtatt, med tanke på blant annet pasient- og brukerrettighetsloven. Videre savner vi en vurdering av konsekvensene i utviklingen innen medisinsk teknologi, styrking av pasientrettigheter generelt og utvikling av et feministisk, etisk rammeverk for en moderne abortlov. En ny abortlov bør kunne stå seg i flere tiår.

Blant medlemmene i regjeringens abortutvalg savnes helt sentrale fagfolk og forskere. Dessuten savnes representanter for kvinnebevegelsen. Dette er et demokratisk problem da kvinnebevegelsen kjempet frem den abortloven vi har i dag. Den organiserte kvinnebevegelsen sitter på en enorm kompetanse både historisk og faglig som utvalget nå mangler.

Kvinnefronten har derfor tatt initiativ til Kvinnebevegelsens abortutvalg. Organisasjonene som er representert i utvalget sammen med andre fagfolk er Kvinnefronten, Kvinnegruppa Ottar, Norsk Kvinnesaksforening, Norske Kvinners Sanitetsforening, Sex og samfunn og Sex og Politikk.



SEXOPOLITIKK



Sex og samfunn



NORSK
KVINNESAKSFORENING



Kvinnebevegelsens abortutvalgs prinsipper for en ny abortlovgivning:

1. Formålet med lovgivningen må være å sikre kvinners reproduktive helse og rett til abort

Lovteksten må ikke øke stigmatisering av abort. Formålet i dagens lov er færrest mulig aborter. Dette bidrar til stigmatisering og er et eksempel på hva som ikke bør med i ny lovgiving.

Vi mener at dagens abortlov er foreldet. Dette inkluderer samvittighetsspørsmål, som bør håndteres av den enkelte gravide, slik at hun kan utvise sitt etiske skjønn, om hun ønsker det i samråd med helsearbeider. Generell helselovgivning regulerer allerede mye av det som står i gjeldende abortlov. Det er ikke lenger behov for å lovfeste at abort bare kan skje på sykehus. Straffebestemmelsen i abortloven er arkaisk.

Abortlovgivningen må bygge på den beste tilgjengelige kunnskapen.

2. Rettighet og tilgjengelighet bør lovfestes

Lovgivningen må sikre at abort er en rettighet, og at aborttjenester er gratis og lett tilgjengelige i hele landet for alle gravide. At helsetjenestene ved abort skal være forsvarlige og omsorgsfulle er allerede dekket i dagens helselovgivning. I prinsippet er også tilgjengelighet dekket, som del av nødvendige helsetjenester, men fordi abort fortsatt er kontroversielt bør retten til og tilgjengelighet til abort sikres spesifikt i lovverket. Alle kommuner og helseforetak må sørge for at det til enhver tid er fagfolk med kompetanse og vilje til å yte aborttjenester.

3. Bestemmelsen om at abort bare kan skje på sykehus og bare unntaksvis på bestemte andre steder er foreldet

Denne bestemmelsen var kanskje rasjonell da dagens abortlov ble vedtatt på 1970-tallet, men er utdatert, i og med dagens vanligste metode for abort. De fleste aborter fullføres i dag utenfor sykehus, men pga. lovteksten må kvinnen først møte på sykehus. Dette er ikke medisinsk nødvendig. Som for andre medisinske behandlinger, er det en faglig vurdering av hvor og av hvem abort skal utføres. Slike faglige vurderinger hører ikke hjemme i lovgivning. Dagens lovbestemmelse av hvor abort skal utføres gir også inntrykk av at det medisinsk sett er mye mer komplisert enn faktisk er tilfellet, og virker stigmatiserende.

4. Straffebestemmelsen må ut av abortlovgivningen

Paragraf 13 i dagens lov angir straff med bøter eller fengsel inntil to år for den som utfører abort på andre i strid med gjeldende lov. Paragrafen framstår som foreldet, særlig fordi det ikke lenger er grunn til å begrense aborttjenester til sykehus. Dersom helsepersonell opptreer forsvarlig og omsorgsfullt, kan det ikke være forbundet med straff å hjelpe gravide til å ta abort.



SEX OG POLITIKK



Sex og samfunn



NORSK
KVINNESAKSFORENING



Deler av utvalget: Kvinnefronten, Kvinnegruppa Ottar, Norsk Kvinnesaksforening, Sex og Politikk, Sex og samfunn, samt erfarne og dedikerte fagfolk, mener også:

5. Abortlovgivningen må bygge på Verdens helseorganisasjon sine retningslinjer

I mars 2022 oppsummerte Verdens helseorganisasjon den globale medisinske kunnskapen om hvordan aborttjenester best bør reguleres, i samsvar med etiske prinsipper og menneskerettighetene. De kom til at det beste resultatet for folkehelsen oppnås ved at lovgivningen sikrer rett til abort og tilgang til tjenestene og ved å fjerne politisk bestemte barrierer og restriksjoner. Det betyr ingen obligatorisk rådgiving eller venteperioder, ingen abortnemnder eller ukegrenser.

→ *Levedyktighet skal ikke være et tema i lovgivningen*

Lovgivning er godt egnet i tilfeller der det kan gis entydige svar. Spørsmål om levedyktighet er meget komplisert. Om og når et foster er levedyktig kan bare vurderes i konkrete tilfeller; også da kan det være vanskelige vurderinger. Om et foster er levedyktig er avhengig av sykdom, genetisk disposisjon og ikke minst sosiale forhold. Det handler ikke bare om hvorvidt fosteret kan overleve med intensiv medisinsk behandling ved fødselstidspunkt, men også om framtidsutsiktene. Et uketall for levedyktighet, slik det står i dagens abortforskrift er meningsløst, og hører ikke hjemme i en kunnskapsbasert lovgiving.

→ *Full selvbestemmelse*

WHO anbefaler at det bare er den gravide som skal ta avgjørelsen om å avbryte en graviditet. Det betyr at hverken nemnder eller andre kan ha siste ordet når det gjelder abort, herunder fosterantallsreduksjon. Erfaringen med nemnder i Norge viser at de fungerer som et forsinkende og kompliserende ledd, og øker stigma og belastning. Abortnemnder umyndiggjør ellers myndige og samtykkekompetente kvinner.

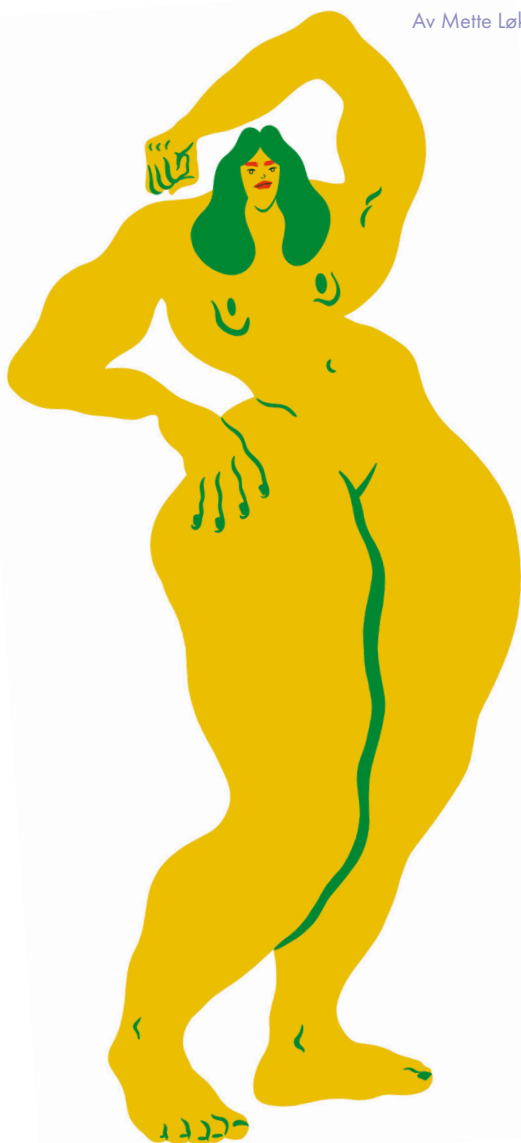
DEL 1

Kvinnebevegelsen
om abortrettigheter

MYTAR OG FAKTA I ORDSKIFTET OM ABORT

Abort er truleg det mest omdiskuterte, politiske brennbare og myteomspunne medisinske inngrepet som finst. Vi vil her kommentere nokre argument som brukes i abortdebatten.

Av Mette Løkeland-Stai og Eli Aaby



Etter 50 år med lovleg abort i mange land har vi no eit stort kunnskapsgrunnlag gjennom forskning og statistikk. På denne bakgrunnen har Verdas helseorganisasjon (WHO) konkludert at lover ikkje kan regulere kor mange abortar som vert gjort. Abortlover kan ikkje berge foster, men dei er viktige for å berge kvinner frå farlege og illegale abortar. Det er berre tilgang til trygg og sikker prevensjon og kunnskap om seksualitet og fertilitet som påverker aborttala i vesentleg grad.

Så lenge sex er ein naturleg del av livet så vil uønska svangerskap og abort også vera det. Til alle tider har kvinner tatt abort når det har vore nødvendig, den eldste dokumentasjonen på korleis ein kan utføre abort er 5000 år gamal frå Kina. Det einaste som skil notid frå fortid er at abort i dag er trygt dersom kvinner har lovleg tilgang til det. Det som påverkar kor mange uplanlagte svangerskap som oppstår er kor fertil du er, kor mange samleier du har og kor sikker prevensjonen du bruker er.

«Abortnemndene umyndiggjer den gravide og kan tvinge ho til å føde eit barn ho ikkje ser seg i stand til å ivareta.»

Det finst ingen prevensjon som er hundre prosent sikker. Eit uplanlagt svangerskap treng ikkje å vera uønska. I våre dagar er ca halvparten av uplanlagde svangerskap uønska og ender i ein provosert abort.

Skuld og skam

Språket kring seksualitet, fertilitet og abort er ofte knytta til moral og skikkelighet. Orda som brukes er lada og bidrar til påføring av skuld og skam. Vi ser det mellom anna i §1 i gjeldane abortlov, som understrekar at abort ikkje er ønskeleg: «... skape en ansvarsbevisst holdning til disse spørsmål slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig.» Påstanden om at det er ein interessekonflikt mellom kvinna og fosteret, og når ein påstår at abort alltid er eit vanskeleg val, har samme funksjon. Opplevingar etter abort er påverka av samfunnet sine forventningar om reaksjonar etter abort. Det er ikkje moralsk betre å kjenna på vanskelege kjensler og ha behov for oppfølging enn å vera glad, letta og syns at abort er heilt uproblematisk. Språk og aksjonsmetoder frå mange av dei som er mot abort er ekstreme virkemidler for å straffe kvinner som tar abort og kvinner som arbeider for betre abortrettar.

Kva er abort?

Vi bruker ordet abort om svangerskapsavbrot. Spontanabort er eit uventa og ofte uønska slutt på svangerskapet som skjer av di graviditeten ikkje utvikler seg normalt og der kroppen/naturen avsluttar svangerskapet av seg sjølv. Det er ingen lover som styrer og kontrollerer spontanabort. Abortlover og den ofte polariserte debatten om abort handlar om induserte abortar, der ein gjer eit medisinsk inngrep for å avslutte svangerskapet. Abort er eit ganske lite og medisinsk sett enkelt inngrep, med få bivirkningar.

Nesten alle abortar, både spontanabortar og provoserte abortar, skjer i løpet av dei første 12 vekene av svangerskapet. Dette blir kalla første trimester. 92 prosent av alle slike avbrot skjer før veke 10 i svangerskapet og 95 prosent før veke 12. Etter veke 12 kallar vi det seinabort, eller andretrimester abort. 1–3 prosent av alle abortar skjer etter veke 18. Denne fordelinga ser vi over heile verda, uavhengig av lovgivinga i landa. Det finst difor ikkje grunnlag i kunnskap for å frykte at talet på seinabortar går opp dersom kvinner får rett til å bestemme sjølve. Den «frykten» brukes for å skremme oss.

«Det er berre den gravide som kan avgjera sine egne gode grunnar for at abort er nødvendig.»

Abortnemndene representerer samfunnets vern av fostre

Abortnemndene umyndiggjer den gravide og kan tvinge ho til å føde eit barn ho ikkje ser seg i stand til å ivareta. I praksis viser det seg at nemndene er einig i den gravidens avgjerd i meir enn 98 prosent av tilfellene, og ingen har oversikt over kor mange av dei få som får avslag som føder levende barn. Abortnemndene representerer samfunnets mistenkeliggjering og mistillit til kvinner.

Sjuehusa tener på å gjera medikamentell abort i staden for kirurgisk

Slik er det ikkje. Avdelingane får pengar etter kostnadene ved ei behandling. Dei får meir pengar for å gjere kirurgiske abortar enn medikamentelle. Det avdelinga derimot «tener på» er at ein får meir operasjonsplass til andre typar operasjonar. Operasjonskapasitet er ein knappheit på alle avdelingar. Når det er færre kirurgiske abortar så er det meir kapasitet til å gjera operasjonar for urinlekkasje, endometriose, skjedeframfall etc. Det tener også kvinner på.

Kvifor tar kvinner abort?

Årsaka til kvifor ein treng abort er like mangslungen som det finst kvinner. Det er sosiale, økonomiske, psykiske, helsemessige og andre grunnar. Det er berre den

gravide som kan avgjera sine egne gode grunnar for at abort er nødvendig. At lova har formuleringar om kva som er gode grunnar og at dei skal vere meir og meir tungtveiane, bidrar til å skape inntrykk av kva som ikkje er godt nok, og opprettheld forestillinger om at abort kan vere ei tvilsam handling.

Ønsket og behovet for oppfølging, informasjon og medisinsk hjelp i samband med ein abort vil vera ulik frå kvinne til kvinne og frå abort til abort. Kvinna si generelle helse, livssituasjon og årsaken til aborten vil påverke dette. Nokre treng hjelp ut over den generelle hjelpa som er tilrådd. Dette er ikkje særskild for abort, men gjeld for alle medisinske behandlingar og livshendingar.

Abort er så komplisert at det må skje på sjukehus

I Pasient- og brukerrrettighetsloven er det ei målsetting at all helsehjelp skal individualiserast og persontilpassast. Det er difor ønskeleg at tilgang til tidleg abort forenklast og flyttast nærare den som treng abort. Rådet frå WHO er at ein opnar opp for abort i primærhelsetenesta (helse-sjuepleiar/jordmor/fastlege) og at kvinner kan få tilgang til behandling via telefon-/videokonsultasjon. Det finst mange studier som stadfester at dette både er fagleg trygt og ønska av kvinner. I Storbritan-

nia er dette no vidareført etter at det vart hovudmetoden under covid-pandemien. Ei slik utviding av tilbodet vil tilretteleggja for nærare oppfølging for dei som ønskjer og treng det.

Abort er alltid vanskeleg

Vi veit frå studier at det ikkje er opphopning av psykisk lidning etter abort. Dei som kan ha risiko for psykisk lidning, er dei som kjenner seg pressa av andre til å ta abort, dei som er veldig ambivalente og dei som har ei historie med psykisk lidning frå før. Kjensler etter abort spenner frå euforisk lukke og lettelse til sorg. Det viktige er at vi får respekt både for å synes at det å ta abort var heilt uproblematisk og greit, og for å ha behov for oppfølging. Tilbodet om oppfølging etter abort må difor tilpassast den einskilde og vera frivillig.

Vert abortlovgjevinga i verda innskrenka?

Det er mange påstandar om at abortlovgjevinga går i feil retning i så mange land. Det er ikkje tilfelle. (sjå artikkelen «Abort i verden») Det er konservative, nasjonalistiske og kvinneforaktende krefter på ytre høgre i politikken, i allianse med religiøse grupper, som t.d. den katolske kyrkja og evangelisk kristne, som arbeider for forbod mot abort og strenge lover. Det er kvinnerørsla og fagfolk som legar, helsearbeidarar og juristar som saman arbeider for betre kvinnerettar og kvinnehelse med lovlege og trygge abortar.

USA har større storpolitisk og symbolisk påverknad enn dei andre landa. Utviklinga i USA er samansett. Det er eit stort sprik i lovgjevinga mellom

statar i USA og trass i at retten til abort ikkje lenger er sikra under grunnlova, er det mange statar som har sikra rett til abort i federale lover. Dei demokratisk leidde statane, som Noreg i størst grad samanliknar seg med, har vedtatt meir liberale lover. Staten New York har sikra rett til fri abort opp til og med 24. veke. Mange land har liberalisert lovene sine og har gjort abort sjølvbestemt opp til 20–24 veke.

Er WHO sine retningslinjer berre for utviklingsland?

Det stemmer ikkje. WHO lagar retningslinjer for alle land uavhengig av økonomisk situasjon og utvikling av helsevesenet. Deira tilrådingar er å rekna for ein gullstandard. Land med god økonomi, godt utvikla helsevesen og som følger menneskerettane vil i større grad allereie oppfylle tilrådingane til WHO. For første gong i historia kan ikkje lenger Noreg oppfylle WHO sine retningslinjer for abortbehandling, grunna ei for restriktiv abortlov. Dette understreker behovet for ein ny lov.



Vi trenger en ny abortlov:

ABORT SKAL VÆRE TRYGT OG FAGLIG FORSVARLIG

Norske kvinners sanitetsforening mener vi trenger en ny abortlov i Norge. Vi mener at abort skal være en trygg og faglig forsvarlig helsetjeneste som er tilgjengelig for alle.

Av Norske Kvinners Sanitetsforening

Verdens Helseorganisasjons (WHO) nye retningslinjer fra mars 2022 anbefaler å fjerne politiske barrierer for trygg abort. Retningslinjene inkluderer anbefalinger om at kvinner skal få medikamentell abort også i primærhelsetjenesten. I Norge i dag kreves det at alle aborter utføres i spesialisthelsetjenesten. Dette selv om de aller fleste svangerskapsavbrudd skjer ved medikamentell abort. Totalt i 2022 var 9 av 10 aborter utført medikamentelt. Siden 2008 har de fleste selvbestemte svangerskapsavbrudd vært utført medikamentelt. Det har vært en gradvis økning siden metoden ble innført i 1998. I 2022 var altså 94,8 prosent av de selvbestemte avbruddene utført medikamentelt.

Medikamentell abort i primærhelsetjenesten

I perioden mars 2015 til mars 2017 ble det gjennomført et prøveprosjekt i Norge hvor medikamentell abort ble tilbudt

hos avtalespesialister. Tilbakemeldingene fra pasientene og helsepersonellet var positive. Pasientene følte seg trygge, og de ville anbefale svangerskapsavbrudd hos avtalespesialist til andre. I Canada kan preparatene for medikamentell abort fås direkte fra farmasøyt eller helsepersonell, og i Australia kan fastleger skrive ut preparatene.

En utvidelse av retten til selvbestemt abort og mer tilgjengelige hjelpetjenester i primærhelsetjenesten er også viktige tiltak for å bekjempe skam og stigma knyttet til abort. Abortloven i Norge er 50 år gammel og ble laget i en tid da vi bare hadde kirurgiske aborter.

I dag er det kun spesialisthelsetjenesten som kan gi medikamentell abort. Dette fører til at mange kvinner opplever en unødvendig byrde for å få behandling. I Norge er det lange avstander og kvinner må enkelte steder reise mange timer for å

«En utvidelse av retten til selvbestemt abort og mer tilgjengelige hjelpetjenester i primærhelsetjenesten er også viktige tiltak for å bekjempe skam og stigma knyttet til abort.»

komme til sykehus for å få utført en medikamentell abort.

Den medisinske utviklingen innenfor abort gjør at kvinnen kan få den behandlingen hun har behov for gjennom sin primærhelsetjeneste; fastlege og helsestasjon. Ved å sikre tilgang til medikamentell behandling lokalt, kan man både skrive ut preparatet og følge opp pasienten ved behov. Dette vil også være i tråd med anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon og vil kunne bidra til at flere kvinner får gjennomført abort tidligere i svangerskapet.

Ingen sammenheng mellom øvre grense på abort og antall aborter

Debatten i Norge har i stor grad handlet om senaborter og den øvre grensen for selvbestemt abort. Mange land har høyere grense for selvbestemt abort enn Norge, slik som Sverige (uke 18) og Nederland (uke 22). Når vi ser på internasjonale tall og land som har høyere grense for selvbestemt abort enn det vi har i Norge er konklusjonen klar: Det er ingen sammenheng mellom øvre grense på abort og antall aborter. Det er ingen grunn til å tro at ved å øke grensen for selvbestemt

abort, vil vi se en øking i antall aborter eller senaborter.

Abortnemndene bør avvikles frem til uke 18

Dette er også grunnlaget for at Sanitetskvinnene ønsker å avvikle abortnemndene frem til uke 18, og dermed øke kvinnens rett til selvbestemmelse. Det er ingenting som tilsier at det ikke er kvinnen selv som er best i stand til å fatte beslutning om svangerskapsavbrudd.

SANITETSKVINNENE MENER AT:

- Primærhelsetjenesten, i tillegg til spesialisthelsetjenesten, skal kunne tilby medisinsk (medikamentell) abort inntil uke 10 i svangerskapet.
- Abortnemndene bør avvikles frem til uke 18. Kvinner som har behov, skal få faglig støtte og veiledning.
- Kvinner må få gratis tilbud om oppfølging før, under og etter både selvbestemt abort og spontanabort.

HVA SKAL VI MED EN ABORTLOV?

Med NOU 2023:29 Abort i Norge åpnes det for nye abortdiskusjoner i landet vårt. Istedenfor å se på abort som et onde på samfunnsnivå, mener vi at forsvarlig abortomsorg er løsningen på problemet med uønsket graviditet

Av Berit Austveg og Gunhild Maria Hugdal

Mandatet for regjeringens abortutvalg var smalt, med utgangspunkt i dagen lov og med fokus på spørsmålet om hvor langt ute i graviditeten den gravides selvbestemmelse skal gjelde. Dette preger konklusjonene i utredningen. Allerede i første paragraf i dagens abortlov støter vi på en sterkt ladet formulering. Der står det at alle skal få god informasjon, for å skape en «ansvarsbevisst holdning [...] slik at antallet svangerskapsavbrudd blir lavest mulig».

Her insinueres det at ansvarsbevissthet fører til lave aborttall. Et underliggende premiss synes å være at det er mer ansvarsbevisst å fullføre et svangerskap enn å avbryte det. Dagens abortlov konstituerer dermed abort som et onde. Er det, i vår tid, riktig at samfunnet skal ta stilling i et slikt etisk og moralsk spørsmål? Det er lenge siden vi kvittet oss med religionstvang i lovgivningen, nå har vi samvittighets- og religionsfrihet.

Moderne og likestilt lovgiving

Pasient- og brukerrettighetsloven har en formålsparagraf som er som tatt fra et annet univers enn abortlovens første paragraf. Førstnevnte lov er fra 2001, og sier at den skal «ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd». Det impliserer at det er individene som skal bestemme i eksistensielle verdispørsmål. Samfunnets oppgave er å legge til rette for at individet kan realisere sine verdier.

All erfaring viser at det å fjerne begrensningene ikke fører til flere aborter, og heller ikke til flere senaborter.

Det er også andre ulogiskheter i den første paragrafen i dagens abortlov. Det er bred enighet om at uønskede graviditeter bør forebygges. Når vi ellers snakker om forebygging, sier vi ikke samtidig at hvis forebygging ikke fungerer, skal det gis så lite behandling som mulig. Hjerteinfarkt skal for eksempel forebygges på

«All erfaring viser at det å fjerne begrensningene ikke fører til flere aborter, og heller ikke til flere senaborter.»

ulike vis, men hvis hjerteinfarkt først er et faktum, skal de som trenger det, få behandling.

Vi anser det som en selvfølge at antallet behandlinger skal stå i forhold til behovet, og ikke være så lavt som mulig. Hvorfor denne forskjellen når det gjelder en uønsket graviditet, eller når en sent i graviditeten finner et sykt eller skadet foster? I stedet for å se på abort som et onde på samfunnsnivå, mener vi at forsvarlig og omsorgsfull abortomsorg er løsningen på problemet med uønsket graviditet. Det er ikke abort som er problemet; abort er derimot løsningen på det problemet en uønsket graviditet kan oppleves som.

Å henvise spørsmålet om fosterets verdi til individnivået, er etter vår mening ingen nedvurdering av dette spørsmålets betydning. Det handler om å plassere spørsmålet der det best kan finne sin løsning.

Ingen stengsler gir best kvinnehelse

Samfunnet, ved lovgiverne, har ansvar for at innbyggerne påføres



«Hvis vi imidlertid ikke hadde hatt kravet om at abort må skje på sykehus, kunne abortene skjedd tidligere, med mindre tidsbruk for den gravide, og til lavere kostnad for helsetjenesten.»

minst mulig skade og best mulig tilgang til helsetjenester. Verdens helseorganisasjon (WHO) oppsummerte i 2022 den mest solide, globale kunnskapen som fins om hvordan lovgivningen og tjenestene om abort bør være. Deres råd er ganske revolusjonerende.

WHO er tydelige på at det som fører til det beste resultatet for kvinners helse og for funksjonen til helsetjenesten, er at alle abortstengsler i lovverket fjernes: Ingen nemnder, lettest mulig tilgang til tjenestene, og heller ingen grenser for når i graviditeten abort kan utføres. All erfaring viser at det å fjerne begrensningene ikke fører til flere aborter, og heller ikke til flere senaborter.

Den norske abortloven sier ikke bare implisitt at abort er et onde. Den sier også at abort skal utføres på sykehus. Det er helt spesielt at en lov spesifiserer hvor en medisinsk prosedyre skal utføres. Lovgiver har ellers sagt at helsehjelp skal være forsvarlig og omsorgsfull, og det er opp til fagmiljøene og helsetjenesteadministratorene å avgjøre hvordan tjenestene skal utføres. LEON-prinsippet, laveste effektive omsorgsnivå, er ellers det vi ønsker at helsetjenesten skal organiseres etter.

Lovgiver skal ikke bestemme behandlingssted

Abort er vanligvis en enkel prosedyre rent medisinsk, og i mange tilfeller er det ingen faglig grunn til at det må skje på sykehus. Men det implisitte budskapet i loven er at det må være en barriere, det må ikke være for lett å ta abort. Hvis vi imidlertid ikke hadde hatt kravet om at abort må skje på sykehus, kunne abortene skjedd tidligere, med mindre tidsbruk for den gravide, og til lavere kostnad for helsetjenesten.

Vårt poeng er at lovgivere ikke bør bestemme hvor eller hvordan en bestemt medisinsk tjeneste skal utføres.

Trenger vi i det hele tatt en abortlov? Hvis den generelle helselovgivningen ikke tilstrekkelig sikrer retten til abort, trenger vi kanskje det. Men vi trenger ikke den loven vi har nå, som sier at abort er en rettighet, men en rettighet som helst ikke skal brukes. Og hvis den likevel brukes, skal det gjøres på en måte som er unødvendig komplisert.

En viktig konsekvens er etter vår mening at stigma knyttet til abort vedlikeholdes, og at både gravide og fagmiljøer fratras mulighet for utøvelse av etisk skjønn.

Redigert versjon av innlegg fra Dagsavisen 10.3.23

ENNÅ IKKE MYNDIG

Abortutvalgets anbefalinger trekker i riktig retning, men vil fortsatt videreføre gammelt overformynderi.

Av Asta B. Håland

Sist uke kom endelig abortutvalgets rapport, som inneholder en rekke anbefalinger og forslag til en helt ny lov. Utvalget mener at nemndsystemet innebærer en umyndiggjøring av kvinner og går inn for å styrke kvinners selvbestemmelse i abortavgjørelser. Utvalgets forslag til ny abortlov har et par dissenser, også kvinneorganisasjonenes syn er representert med en dissens, men flertallet i utvalget har tatt den gyldne middelvei og vil utvide grensen for selvbestemmelse fra 12 til 18 uker, men beholde nemndene for aborter som må tas etter uke 18 og for fosterantallsreduksjon. Til gjengjeld vil utvalget bedre tilgjengeligheten ved å gi adgang til å få abortpiller utenfor sykehus.

Forslagene har så langt blitt tatt godt imot, både av opinionen, media og fagpersoner. På Stortinget er mottakelsen som forventet ganske blandet. KrF er selv sagt ikke fornøyde. De har jo nettopp forsonet seg med selvbestemt abort til uke tolv, som ble vedtatt i 1978. Sp slår også ring om tolv uker og er beredt til å la regjeringspartner Ap, som har programfestet

18 uker, gå på et nederlag når saken skal stemmes over i Stortinget. Mens Rødt og sv i likhet med kvinnebevegelsen heller ikke er helt tilfreds. Vi vil ha full selvbestemmelse og at nemndene skal avskaffes.

Abortnemndene ble innført for at myndighetene skulle ha kontroll over kvinners reproduksjon. Nemndene uttrykker at samfunnet mener at kvinner ikke er helt voksne og ansvarlige nok selv. Den gamle abortloven er så åpenbart preget av et syn på kvinner som ikke helt til å stole på og avspeiler tonen i abortkampen den gang da. Jeg husker argumentene godt. Sodoma og Gomorra var bare fornavnene på den katastrofen som kom til å innrette dersom vi fikk bestemme selv. Antall aborter ville skyte i været, kvinner kom omtrent til å ta abort for moro skyld, bare fordi vi kunne, for å sitere en annen minister i denne regjeringen. «Ingen skal ta avgjørelsen på vegne av kvinnen»

Når abortutvalget langt på vei er enige i kvinnebevegelsens beskrivelse av kvinnesynet som ligger til grunn for nemndene, er det skuffende at de likevel velger å



«Folk har en tendens til å mene at kvinner er myndige og beslutningsdyktige.»

oppretholde nemndsystemet etter uke 18. Årsaken til at full selvbestemt abort er så kontroversielt, er en merkelig bekymring for at kvinner da vil vente til siste øyeblikk med å bestemme seg om abort eller ikke, og at det derfor vil bli flere senaborter. All statistikk viser det motsatte, godt over 90 prosent av alle aborter blir utført i de første åtte ukene av graviditeten her i landet. Det er ganske åpenbart for de fleste gravide hva som gjør at de selv trenger en abort. Når avgjørelsen er tatt, vil de gjerne få det gjort så fort som mulig.

I Norge i dag blir de veldig få abortene etter uke 18 utført etter legeanbefaling og nemndbehandling fram til uke 22, som er en juridisk bestemt grense for levedyktighet. Det er seint i svangerskapet, alle er enige om det, men nemndene representerer noe annet enn bekymring for menneskeverd. Nemndene er overformynderi. Vi mener at ingen skal ta avgjørelsen på vegne av kvinnen. Det er en vanskelig avgjørelse sies det, og det kan det sikkert være for noen, men den blir ikke lettere fordi noen andre enn deg selv settes som autoritet over deg. I seg selv er det krenkende å bli umyndiggjort, og det er en stor belastning å vite at nemnda i ytterste konsekvens kan tvinge deg til å fullføre et svangerskap du ikke ønsker.

Forhistorien til abortutvalget er jo kjent. Det var da Erna Solberg og Kjell Ingolf Ropstad skulle lage borgerlig flertallsregjering i 2019 at vår over førti år gamle abortlov kom under press. Kampen for loven hadde i sin tid vært så lang og hard at ingen fram til dette hadde sett for seg å starte en ny runde. Men etter at det åpenbarte seg et spill i kulissene i den borgerlige regjeringen, der Erna Solberg hestehandlet og sjonglerte med rettigheter og underparagrafer i abortloven, ble det åpenbart for oss at kunne *de*, så kan vi. Den nye kampen om full selvbestemt abort var i gang.

Verdens helseorganisasjon (WHO) påpeker i sine retningslinjer at restriksjoner på hvor, når og hvordan aborter kan utføres, ikke fører til færre aborter, men til senere aborter og økt fare for fysiske og psykiske skader. Selv om abortutvalget ikke turte å følge whos anbefalinger fullt ut, og fortsatt vil beholde nemndene, kan det skje mye når dette nå skal diskuteres i de breie lag av befolkningen. Folk har en tendens til å mene at kvinner er myndige og beslutningsdyktige, og mange politikere har tidligere brent seg på å undervurdere oppslutningen om selvbestemt abort.

Teksten har stått på trykk i Klassekampen 22.12.23

PASSE PROGRESSIVT

Det regjeringsoppnevnte abortutvalget leverte sin innstilling på tampen av 2023. Flertallet gikk inn for en grense på 18 uker for selvbestemt abort – en utvidelse fra dagens 12. Etter 18 uker foreslår utvalget et beslutnings-organ som skal avgjøre om kvinnen får ta abort eller ikke – et organ som virker veldig likt dagens abortnemnder.

Av Cathrine Linn Kristiansen

Abortnemndene begrenser ikke antall senaborter. Det viser forskning både i Norge og andre land. Det er også i strid med WHO sine retningslinjer. Hva skal vi så med dem?

Bare ett av abortutvalgets medlemmer, gynekolog og overlege Elham Baghestan, tok dissens og gikk inn for en abortgrense høyere enn 18 uker. Fire andre av medlemmene i utvalget har imidlertid en begrunnelse som er mer strategisk enn faglig for hvorfor de landet på en grense på 18 uker. De skriver:

Disse medlemmer ser argumentene for å utvide selvbestemmelseretten ytterligere, men mener at det i lys av nyere tids hendelser med innstramming i abortlovgivningen i flere land, er av avgjørende betydning å ha en abortlov med god bestandighet, stabilitet og bred oppslutning i befolkningen. Vi mener derfor at en lov som gir selvbestemt

abort til utgangen av 18. svangerskapsuke, er den samlet sett beste løsningen.

Disse er fagfolk oppnevnt i et utvalg, men vurderer her hva det beste kompromisset er, som om de var politikere. Det er problematisk.



«Utvalget tar for mye hensyn til små konservative miljøer»

Enda mer problematisk blir det når argumentene de bruker faktisk ikke stemmer med virkeligheten. Det stemmer at det har vært noen innstramminger i abortlovgivning internasjonalt, som USA er et grovt eksempel på. Den globale trenden peker imidlertid mot mer liberalisering. Det er Island, Argentina, Mexico, Colombia, Irland og Finland eksempler på. WHO går inn for å fjerne alle politiske barrierer for trygg abort. Det inkluderer kriminalisering, ventetider, krav om godkjenning fra andre og begrensninger for når i svangerskapet abort kan finne sted.

Abortutvalget bestilte en forskningsrapport som ligger som vedlegg til NOU 2023:29. I rapporten «Kvinnens erfaringer med abortnemnder» får vi tydelig beskrevet hvor dårlig abortnemndssystemet fungerer. Alle kvinnene i denne studien har fått medhold av abortnemnda. Informantene beskriver sin egen situasjon som en livskrise, og selv om noen av dem opplever legene i nemnda som hyggelige og støttende, er det flere som mener det er dårlig bruk av ressurser å opprettholde nemndene istedenfor å bruke dem på å støtte kvinnene etter aborten. Både i NOU-en og i forskningsrapporten beskrives maktforholdet i abortnemnd-møter som «skjevt». Det er en underdrivelse. Sannheten er at det er legene i abortnemnden som bestemmer, ikke den gravide kvinnen.

La oss bruke tiden fram til høringsfristen 22. mars til å snakke om kvinners erfaringer med abortnemndene. La oss spørre

dem som vil tviholde på ordningen om hva de vil oppnå med det. Nemndene fører til mer fortvilelse, mer usikkerhet, skam og senere aborter. Hva er hensikten? Fortsatt patriarkalsk kontroll over kvinner? 8. mars-markeringen i 2024 kommer til å gi et tydelig svar til fagfolk og politikere: Tiden er overmoden for å fjerne abortnemndssystemet. De nye nemndene som abortutvalget foreslår, hjelper ikke kvinnene mer enn de gamle, kanskje tvert imot. I dag er det to mot én i nemnda. Utvalget foreslår nå en ordning med tre mot én, hvor en jurist også skal inn.

Kvinnegrupper, lag og fagforeninger, kvess pennen og send inn høringssvar! Bort med nemndene. Bedre oppfølging til kvinner som trenger det. Tidligabortene ut i primærhelsetjenesten. Det vil bety lettere tilgjengelige abortforløp, mindre rutinepreg og mer kontinuitet. Om de fleste abortene blir flyttet ut av sykehusene, vil fastleger og helsestasjoner også kunne bli lettere tilgjengelig for oppfølgingen av senabortene.

Da selvbestemt abort ble vedtatt i 1978, var det så vidt flertall, med én representant i overvekt på Stortinget. Lover er også normgivende. Utvalget tar for mye hensyn til små, religiøse og konservative miljøer, i stedet for menneskerettigheter og kunnskapen vi har om abort. Hadde Ap den gangen, i 1978, ventet på et bredt kompromiss, hadde kvinner i Norge måttet vente enda lenger på selvbestemt abort. La oss ikke starte 2024 med lave ambisjoner på vegne av norske kvinner.

Teksten har stått på trykk i Klassekampen 5.1.24

DEL 2

Menneskerettigheter
og selvbestemmelse

ABORTVALGETS ETIKK

Vi har tradisjon for å tenke at etikk handler om noe annet enn hvordan mennesker faktisk handler. Etikk skal handle om hvordan folk bør handle, og skillet mellom er og bør er absolutt. Vi står i en tradisjon hvor disse størrelsene – hvordan folk faktisk handler og lever og hvordan de bør handle og leve – ofte har blitt fremstilt som motsetninger. Slik tenkte også jeg.

Av Gunhild Maria Hugdal

Jeg hadde en forståelse av etikk som innebar at etikeren skulle være kritisk til hvordan folk faktisk lever, velger og handler. Møtet med den empiriske etikken lærte meg å i stedet lete etter det moralske rasonalet i menneskers liv og handlinger. Jeg lærte at det er moralske ressurser i de valgene vanlige mennesker gjør, og at det er etikeren oppgave å lete etter, se, anerkjenne og skrive frem disse. Dette innebærer ikke at alle handlinger er gode, eller at etikken skal fratse som kritisk røst. Det handler om noe annet – om at etikken ikke har som *utgangspunkt* at det er en nødvendig motsetning mellom hvordan mennesker faktisk handler og hvordan de bør handle.

Innenfor vår kulturkrets har vi en tendens til å forstå og tenke på etikk som universelle regler og prinsipper som kan gripes med fornuften. Diskusjoner om abort havner ofte i det universelle og i prinsippene. Fosterets verd og rett på beskyttelse

står mot kvinnens selvbestemmelse og kroppslige integritet. Men mye tyder på at abortvalgets etikk først og fremst er uttrykk for en annen etikk.

Relasjonsbasert etikk

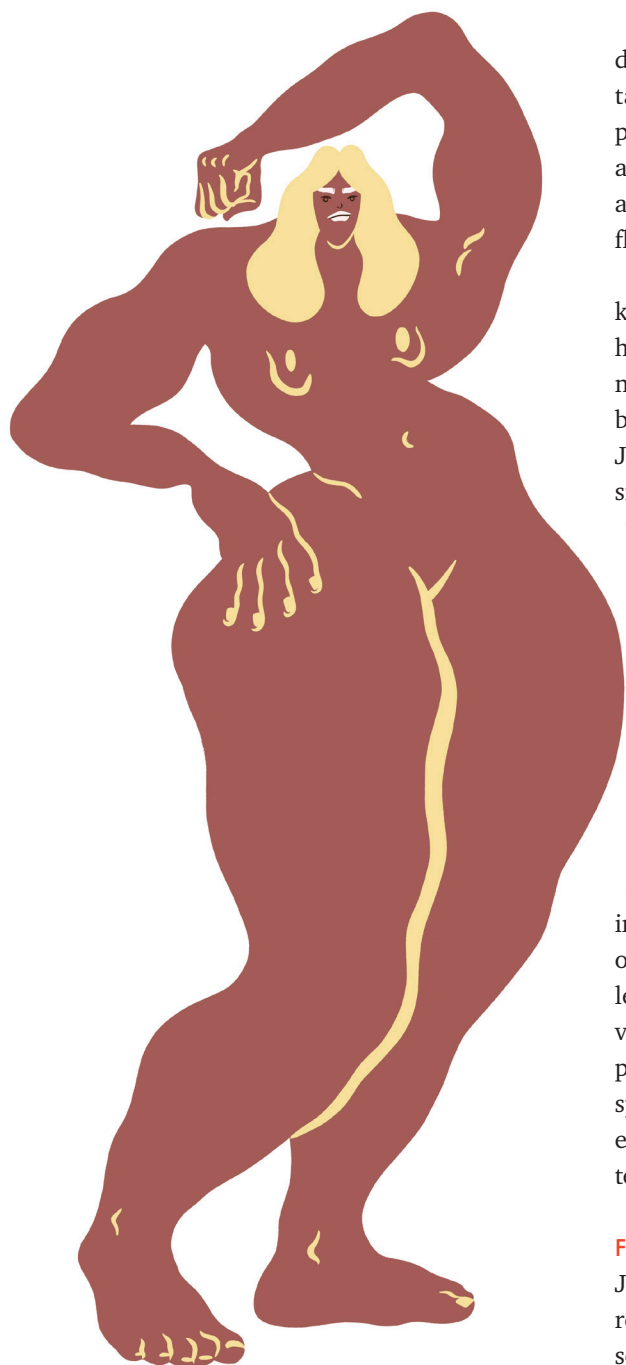
Det avbrutte svangerskap reflekterer i stor grad en etikk som er erfaringsnær og relasjonsbasert, mer enn prinsippbasert. Det reflekterer en etikk som er kontekst-sensitiv og orientert mot omsorg, heller enn basert på universelle handlingsregler. Forskning viser at kvinners valg skjer innenfor denne partikulære etikkens univers. Her forhandles ulike verdier og hensyn i konkrete livssituasjoner – hensynet til fosteret, hensynet til det fremtidige barnet, hensynet til allerede eksisterende barn, hensynet til partner/potensiell barnefar, hensynet til aldrende foreldre og hensynet til kvinnen selv. «Hva kan jeg klare?» «Hva kan jeg leve med?» «Hva slags liv venter det fremtidige bar-

«Innenfor vår kulturkrets har vi en tendens til å forstå og tenke på etikk som universelle regler og prinsipper som kan gripes med fornuften.»

net?» «Hvordan vil mitt valg påvirke de barna jeg allerede har?» Dette er sentrale spørsmål for mange kvinner.

Da jeg skulle skrive min doktoravhandling om kvinners valg mellom å ta abort og å fullføre svangerskapet, ble jeg tidlig i prosessen tipset om Carol Gilligans arbeid. Hun publiserte boken «Med en annen stemme. Psykologisk teori og kvinners utvikling.» i 1982 – tolv dager før jeg ble født. Her skriver Gilligan nettopp om hvordan kvinners moralske valg er orientert rundt omsorg. Denne omsorgen er radikal, den er responsiv og den setter relasjonelle hensyn foran regler og prinsipper. Jeg husker at jeg leste boken hennes, men raskt la den vekk. «Den må være utdatert», tenkte jeg. «Vår tids kvinner tenker ikke slik. Min generasjon kvinner er opptatt av frihet og selvbestemmelse», tenkte jeg. Jeg var overbevist om at disse universelle og mer individualistiske verdiene ville tre frem som





de mest tungtveiende momentene i samtalene med andre kvinner om deres reproduktive valg. I stedet møtte jeg mye av det samme som Gilligan – på tross av at jeg gjorde mine forskningsintervjuer flere tiår senere og på et annet kontinent.

Jeg fikk høre fortellinger om veldig ulike valg preget av omsorg og relasjonelle hensyn. Om erkjennelsen av at det barnet som var ønsket, like fullt ville innebære en for stor påkjenning for familien. Jeg ble fortalt om erkjennelsen av at livssituasjonen var for kaotisk eller krevende til at omsorgen for et fremtidig barn var forenlig med god omsorg for de barna man allerede hadde. Og fortellinger om kontekstuelle, moralske og dypt personlige valg – fortellinger som viste hvordan verdier som omsorg og ikke-skade ble forhandlet i konkrete kvinneliv.

Mange forveksler denne partikulære etikken med relativisme eller subjektivism. Denne forvekslingen er imidlertid basert på en misforståelse. For også den partikulære etikken forhandler og forvalter verdier. Den forhandler verdier som omsorg, barmhjertighet og prinsippet om ikke-skade. Den stiller seg spørsmålet om hva som er et godt liv – for en selv, og for de livene ens eget liv er flettet sammen med.

Forviklet med hverandre

Jeg ønsker ikke med dette å si at kvinners reproduktive valg bør være drevet av omsorgsetiske hensyn, og i særdeleshet ikke

«Mens mye av abortdebatten har vært sterkt preget av en universalistisk og fostersentrert etikk, reflekterer mange kvinners abortvalg denne andre etiske stemmen.»

basert på en selvoppofrende omsorg som ikke tar kvinners egenverd og egenomsorg på dypeste alvor. Mitt anliggende er å løfte frem og identifisere det etiske i hvordan mange kvinner faktisk tenker og handler. Det at kvinner selv kan ta valget om å fullføre eller avbryte et påbegynt svangerskap, sikrer slike erfaringsnære, situasjons-sensitive og moralske avveininger. Det sikrer at kvinner kan ta vare på seg selv og sine – for sin egen del, og for sine nærmestes del. Våre liv er – i Løgstrups ord – forviklet med hverandre, og denne forviklingen gjør at hensynet til meg selv ofte vil være innvevd i hensynet til mine nærmeste – og omvendt.

Mens mye av abortdebatten har vært sterkt preget av en universalistisk og fostersentrert etikk, reflekterer mange kvinners abortvalg denne *andre* etiske stemmen. De reflekterer moralske valg som er sensitive for eget liv og livsløp, og for de liv som er forviklet med kvinnenens liv. De reflekterer valg som er basert på en identifikasjon av det etiske – av hva som står på spill i akkurat deres livssituasjon. Denne omsorgsetiske stemmen fortjener å bli hørt og bli anerkjent som etikk – på lik linje med den rasjonalistiske og universelle etikken som preger våre oppfatninger av hva etikk dypest sett er.

Kvinnens mulighet til å velge om et svangerskap skal fullføres eller ikke, kan begrunnes på ulike måter. Den kan begrunnes i et sårbarhetskriterium, hvor kvinnekroppens reproduktive potensiale anerkjennes som en gave og en mulighet – og en enorm sårbarhet. Kvinnekroppen kan bli gravid på de mest uheldige tidspunkt i et livsløp. Den kan bli gravid helt uten at kvinnen har gitt sitt samtykke – verken til seksualakten eller til det gryende livet. Og svangerskap som fullføres innebærer et meget omfattende ansvar i årtier etter at svangerskapet er fullbyrdet.

Abortens etikk

Abortens etikk handler ikke minst om dette – om kvinners mulighet til å ha en viss kontroll over eget livsløp. Fordi ansvaret for et barn er gjennomsyrende, nærmest altomfattende. Det er styrende for retning og valg, muligheter og begrensninger. Det opptar tanker og bekymringer, dager og netter, hjerte og kropp.

Kvinnens mulighet til å velge å avslutte et svangerskap kan også begrunnes i svangerskapet som den unike tilstand det er. Fosterets *mellomtilstand* i kvinnens kropp favnes i liten grad av det språket vi har tilgjengelig. Fosteret er ikke et selvstendig individ, og det gir ikke mening å se det i

«I vårt pluralistiske samfunn må det være rom for ulike vurderinger av fosterets moralske status, og for at den enkelte kvinne kan handle og ta valg basert på sitt verdisyn og med forankring i sin unike livssituasjon.»

lys av en rettighetstankegang som har sine røtter i en vestlig, i stor grad mannlig (basert på menns tanker og livserfaringer) og individualistisk moralsk matrise. Fosteret i kvinnens mage befinner seg i en unik overgangsfase hvor det verken er fullt ut individ eller fullt ut del av kvinnens kropp. Denne gravide kroppens ambivalente situasjon lar seg i liten grad favne, og den utfordrer vår moralske forestillingsevne.

Lovgivningen vår kan ikke lage regler for alle ulike livssituasjoner. Derfor trenger vi en lovgivning som sikrer kvinners

rett til selv å vurdere egen livssituasjon og ta et moralsk valg basert på denne. Bare slik kan kvinner sikres en mulighet til å ha en viss bestemmelse over egen kropp og eget livsløp.

På verdensbasis tar mange til orde for at abort må forstås og integreres innenfor et nytt paradigme, kalt *reproduktiv rettferdighet*. Rettferdighet som ideal står sentralt i mange tradisjoner – både religiøse og filosofiske – og reprodutiv rettferdighet kobler idealet om sosial rettferdighet til kvinners liv og reproduktive valg. Reprodutiv rettferdighet har tre momenter: 1. Retten til å få barn. 2. Retten til ikke å få barn. 3. Retten til å kunne oppfostre sine barn i trygge og gode omgivelser.

Også norsk abortdebatt og -lovgivning bør bli med på dette paradigmeskiftet. I vårt pluralistiske samfunn må det være rom for ulike vurderinger av fosterets moralske status, og for at den enkelte kvinne kan handle og ta valg basert på sitt verdisyn og med forankring i sin unike livssituasjon. Paradigmet om reprodutiv rettferdighet er noe vi forhåpentligvis kan samles om.



ABORT OG MENNESKERETTIGHETER

Ingen av de internasjonale konvensjonene Norge har forpliktet seg til, sier noe spesifikt om abort. Men rettighetene kan utledes av en rekke rettigheter som er nevnt i konvensjonene.

Av Berit Austveg og Johanne Sommerschild Sundby

Da den nåværende abortloven ble vedtatt på 1970-tallet, hadde Norge allerede ratifisert to sentrale menneskerettighetskonvensjoner: *Konvensjonen om politiske og sivile rettigheter* (SP), og *Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter* (ØSK). I disse ligger henholdsvis retten til liv (i SP) og retten til helse (i ØSK), som begge er relevante for abort. Slike konvensjoner definerer de rettighetene individet har, og som staten er pliktig til å oppfylle. Staten hadde derfor allerede tidlig forpliktet seg til å innrette lovgivning og tjenester slik at færrest mulig ble skadet og døde. Men det er først i de senere årene at menneskerettighetene har blitt brukt aktivt for å oppnå det beste resultatet for helse knyttet til seksualitet, og til graviditet, fødsel og abort. I tillegg til de to nevnte konvensjonene, brukes også *Kvinnekonvensjonen*, *Barnkonvensjonen* (når personer under 18 år blir gravide) og *Torturkonvensjonen* i dette arbeidet.

Norge har ikke bare ratifisert sentrale menneskerettighetskonvensjoner, men også gjort noen av dem til norsk lov, som

betyr at de får forrang dersom det er motstrid mellom innholdet i konvensjonene og annen nasjonal lovgivning.

Menneskerettigheter versus abortloven

Hvis vi sammenlikner ordlyden i dagens abortlov med ordlyden i menneskerettighetskonvensjonene, er det som om de er fra ulike univers. Abortlovens først paragraf, som angir formålet med loven, sier at det skal fremmes ansvarsfull holdning, slik at antallet aborter blir lavest mulig. Dette indikerer at det mer ansvarsfullt å bære et foster fram til fødsel, enn å ta abort. Videre angir loven bestemte kriterier for å få abort etter 12. uke, der andre enn den gravide tar den endelige avgjørelsen. Loven framstår patriarkalsk.

Menneskerettighetene har en helt annen type ordlyd. Det er et komplisert sett av regler, men sterkt forenklet kan det sies at de har to hovedhensikter: Å beskytte individer mot unødig innblanding i privatlivet, og å motvirke alle former for diskriminering. Det er stor vekt på individets frihet. Denne friheten kan kun begrenses

når det er sterke grunner til det. Menneskerettighetene omfatter alle, fordi de er mennesker. Likhet og ikke-diskriminering er helt sentralt. I forbindelse med abort framheves i Norge gjerne kvinners rett til kontroll over egen kropp, altså at staten ikke skal gripe inn i privatlivet. Globalt er det svært relevant å trekke fram ikke-diskriminering, fordi utrygge aborter i ekstrem grad rammer fattige og andre marginaliserte. Også i Norge kan sosiale forskjeller i noen tilfeller få konsekvenser for tilgang til abort.



Hva med fosterets rettigheter?

Men hvem er mennesker, hvem er personer som er omfattet av rettighetene? Da Menneskerettighetserklæringen ble utarbeidet, var det diskusjon om fosteret skulle omfattes. Etter mye fram og tilbake, ble det bestemt at rettighetene skulle inntre ved fødselen, altså at fosteret ikke skulle ha menneskerettigheter. Dette gjelder også alle de konvensjonene som er relevante for Norge. Begrunnelsen var at det er umulig å gi rettigheter til et foster, uten å gi urimelige begrensninger i kvinners rettigheter. Det er ganske enkelt ikke mulig å få i pose og sekk. Blant de menneskerettighetene som er relevante, i tillegg til retten til liv og helse, er retten til kroppslig integritet dersom en gravid i sin kropp skulle tvinges til å bære fram et foster hun ikke ønsket, og rett til likestilling mellom kjønnene.

Også den europeiske menneskerettighetskonvensjonen har blitt inkorporert i norsk lov. Dersom borgere mener at den er brutt, er det mulig å bringe saken inn for Den europeiske menneskerettighetsdomstolen. I noen tilfeller har menn forsøkt å hindre sine partnere i å ta abort, ved henvisning til fosterets rett til liv. Men domstolen har i disse tilfellene konkludert med at fostre ikke har slik rett, fordi de ikke er omfattet av menneskerettighetene.

Selv om fosteret ikke har rettigheter ifølge menneskerettighetene, kan nasjonal lovgivning gi det rettigheter. I Norge snakkes ofte om «fosterets rettsvern» som begrunnelse for

«Menneskerettighetene omfatter alle, fordi de er mennesker. Likhet og ikke-diskriminering er helt sentralt.»

at andre enn den gravide skal ta avgjørelse om abort etter et visst antall uker i graviditeten. Uttrykket er problematisk, fordi det indikerer at fostre generelt er truet av den gravide, og må beskyttes mot henne.

Rett til religions- og samvittighetsfrihet: «reservasjonsretten»

I norsk praksis har helsepersonell rett til å reservere seg mot å delta direkte i abort. Religions- og samvittighetsfrihet er en menneskerettighet, og gjelder også for helsepersonell. Retten omfatter å kunne gi uttrykk for religiøs overbevisning, og til religionsutøvelse. Men når det gjelder å handle i forhold til sin overbevisning, må det avveies i forhold til andres menneskerettigheter. Det betyr at helsepersonellets rett begrenses hvis det står i veien for å yte nødvendig helsehjelp. Reservasjonsretten i Norge gjelder derfor ikke i nødstilfeller, der den gravides liv og helse er i fare. Og det må følges nøye med i hvor mange som påberoper seg samvittighetsfritak, for å sikre at tjenestene er tilgjengelige.

Retten til samvittighetsfrihet er på mange måter problematisk. I mange land, som f.eks. Italia, er det vanskelig å få abort til tross for en liberal lov, fordi mange reserverer seg. På den andre siden betyr en regulering av samvittighetsfritak at spørs-

målet er relevant ved ansettelser, slik at sykehus kan sikre at det finnes personell som kan gjøre jobben, og at dette ikke kan anses som et privat anliggende som en potensiell arbeidsgiver ikke skal blande seg borti.

Rett til religions- og samvittighetsfrihet brukes også positivt. Som at gravide skal ha rett til å følge sin samvittighet når den tilsier at det riktige er å avbryte en graviditet. I land med streng abortlovgivning diskuteres nå helsepersonells rett til å følge etiske regler og til å følge sin egen samvittighet til å hjelpe pasienter når de har kunnskap om det, men ikke får mulighet pga. loven.

Når det påvises skade hos fosteret

Paragraf 2c i dagens abortlov gir rett til abort etter 12. uke hvis det er stor fare for at «barnet kan få alvorlig sykdom». Ofte dreier det seg om arvelige lidelser eller andre skader som kan oppdages i fostertiden.

Funksjonshemmedekonvensjonen, på engelsk forkortet til CRPD, ble vedtatt av FN i 2006. Den skal hindre utenforskap og diskriminering. Konvensjonen er ratifisert av Norge, men ikke inkorporert i norsk lov.

Rett til informasjon og rett til å nyte godt av vitenskapelig framskritt er også en menneskerettighet. Gravide i Norge har

fått økende rett til informasjon om fostrets tilstand. Noen av de aktuelle skadene er av en type som en del personer i samfunnet vårt lever med. Det kan oppleves støtende at deres tilstand er grunn til abort.

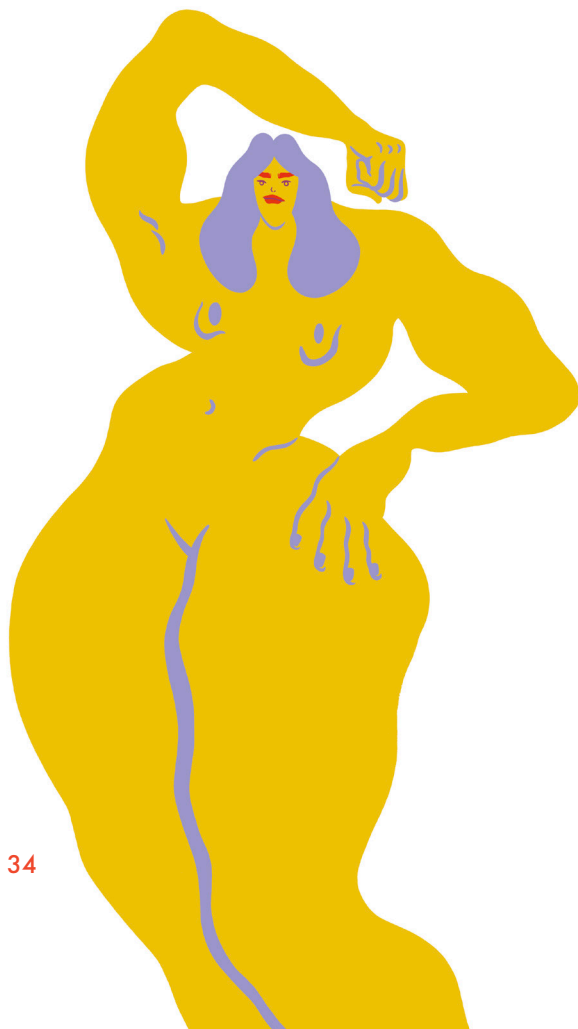
Her er det altså snakk om rettigheter som kan stå mot hverandre, og som må vektas, noe som er vanlig med menneskerettigheter. CEDAW-komiteen, som følger opp hvorvidt *Kvinnekonvensjonen* er oppfylt, har uttalt at gravide skal ha rett til å avbryte en graviditet basert på informasjon om fosteret. Det bør videre ikke være motsetning i praksis mellom å arbeide for funksjonshemmede personers rett til ikke-diskriminering, og å tillate abort på grunnlag av fosterskade.

Trygg abort er en menneskerettighet

Når en stat har forpliktet seg til å følge menneskerettighetene, følges det opp på ulike måter. Med jevne mellomrom må stater rapportere til menneskerettighetskomiteer i FN om situasjonen i eget land. I tillegg er det prosesser der landene vurderer hverandres oppfyllelse av de samlede forpliktelsene de har inngått, i det som på engelsk heter Universal Periodic Review, UPR. Disse prosessene er en operasjonalisering av menneskerettighetene. Operasjonalisering er nødvendig, siden rettighetene ofte er formulert generelt, og de må derfor gis et praktisk innhold. Abort er et gjennomgangstema, og ganske mange land har fått påpakning for ikke å yte aborttjenester og derved ikke oppfylle sine forpliktelser.

Innen FN finnes det også andre organer som operasjonaliserer menneskerettighetene. Blant disse er Menneskerettighetsrådet, FNs spesialrapportør om helse som menneskerettighet, og andre. Disse har normative funksjoner. Abort er stadig et tema i disse fora, og vi har derfor etter hvert mange vurderinger som støtter at tilgang til trygg abort for alle som trenger det, er en menneskerettighet.

Med den kunnskapen vi har i dag og det som er praksis, kan vi derfor si at tilgang til trygg abort er en menneskerettighet. Dagens norske abortlov er på sentrale områder på kollisjonskurs med menneskerettighetene.



LYTT TIL VERDENS HELSEORGANISASJON

Før politikerne konkluderer, bør de lære av WHO's retningslinjer og sette kvinners helse og rettigheter i sentrum.

Av Berit Austveg, Mette Løkeland-Stai, Johanne Sommerschild Sundby

I 2022 kom Verdens helseorganisasjon (WHO) med nye og omfattende retningslinjer for håndtering av abort. Det sentrale er at de anerkjenner at kvinner over hele verden har behov for abort. De fremhever at lover mot abort ikke virker: Det blir ikke færre aborter av å ha strenge lover – det blir bare flere farlige aborter.

Abort er noe som foregår, uavhengig av hva noen måtte mene, og er ofte kontroversielt. Noen mener det er viktig å få ned aborttallene. I Norge er vi i 2024 i gang med en ny politisk abortdebatt, siden det er femti år siden den gamle loven om selvbestemt abort ble vedtatt, og mye er endret siden da. Vi vet at WHO sine retningslinjer ikke har vært styrende for innholdet i den offentlige utredningen som ble publisert i desember 2023. Men hvorfor ikke?

WHO's retningslinjer

WHOs retningslinjer er omfattende, basert på den best tilgjengelige kunnskapen og de er gjennomdiskuterte. Både medi-

sinske, sosiale og etiske aspekter er med. WHO setter kvinnens helse og velvære i sentrum og forankrer abort i menneskerettighetene, der retten til liv og til helse er sentralt. I Norge bør vi studere dette dokumentet nøye og vurdere alle elementer, før vi fatter andre, mer restriktive regler rundt abort enn WHO anbefaler.

WHO har funnet at det beste utfallet blir når kvinner selv kan bestemme om de vil ha abort, uavhengig av hvilken grunn de har. Det som virker for å få ned aborttallene, er seksualopplysning og god tilgang på prevensjon. WHO anbefaler derfor at man fjerner alle lover som hindrer eller vanskeliggjør tilgang på abort, som nemnder, «angretid», økonomiske sanksjoner eller restriksjoner rundt hvem som kan utføre abort. WHO anbefaler at abort avkriminaliseres og viser til at strenge abortlover forsinker adgang til abort, og pålegger kvinner en rekke byrder. Det gjør også at kvinner får mindre trygge abortmetoder og at de koster mer.

WHO har også vist at det blir best resultat når det ikke er noen restriksjoner med hensyn til hvor langt graviditeten har kommet. I land med selvbestemt abort søker kvinner abort så tidlig som mulig. Restriksjoner på graviditetens lengde hindrer først og fremst kvinner som har lang reisevei til tjenestene, kvinner som har mentale eller sosiale problemer og kvinner med alvorlige funn hos fosteret, fra å få abort i tide. WHO har funnet at det ikke er nødvendig at aborter utføres på sykehus og tar til orde for desentraliserte primærhelsetjenester for abort og eventuelt hjemmeabort.

Veiledning og informasjon

Når det gjelder helsearbeideres rolle i veiledning og informasjon, mener WHO at slike tjenester skal være frivillige. Veiledning og medisinsk informasjon skal ikke kobles med innflytelse på beslutninger. Kvinner kan be om å slippe veiledning om hun ikke ønsker det. Tredjepersons-tillatelse, for eksempel for tenåringer, skal ikke være påkrevet. WHO har også diskutert reservasjonsretten til helsearbeidere. De anbefaler at tilgang på abort skal være det viktigste målet og at kvinner som ønsker abort, skal bli beskyttet mot slike hindringer.

Best når kvinner selv bestemmer

For Norge vil retningslinjene innebære at abort ikke behøver å finne sted på sykehus eller utføres kun av leger, at det ikke skal være nemmer av noe slag, og at helserpersonell ikke skal kunne straffes for

å yte aborttjenester dersom det er gjort med god faglighet. All erfaring viser at det er mulig å gi god veiledning og behandling lokalt.

For øvrig er det interessant å lese hvordan WHO kom fram til retningslinjene sine. I hovedsak handler det om at jo færre restriksjoner, jo tidligere tas abortene, samtidig som færre kvinner skades, får psykiske problemer eller dør. I Norge dør ikke kvinner av illegale aborter, og det er bra. Men det er mye stigma, skam og skyld knyttet til abort, og de til dels harde diskusjonene rundt lovverket bidrar til å opprettholde dette. Gir man bred, trygg og omfattende tilgang til abort og anser det som en menneskerettighet kvinner har, vil vi få tidligere og kanskje til og med færre aborter.

Motivasjonen fra WHO ligger i mandatet om å få ned mødredødeligheten. Abortdødsfall står globalt for en relativt stor andel av disse. Svangerskap kan avsluttes på ulike måter: ved fødsel, ved spontan abort eller ved induisert abort. Verden har ikke lagt nok krefter i det å gjøre fødsel trygt for alle, og spontane aborter snakkes det lite om. Indusert abort, derimot, er omdiskutert.

På den store FN-konferansen om befolkning og utvikling, ICPD, i Kairo 1994 kom man til en viss enighet om abort, men bare om aborter som er innenfor lovgivningen. Året etter, på kvinnekonferansen i Beijing, fikk man inn en anbefaling om å avkriminalisere abort.

WHO er så å si den eneste FN-organisasjonen som har villet ta abort på alvor

«Gir man bred, trygg og omfattende tilgang til abort og anser det som en menneskerettighet kvinner har, vil vi få tidligere og kanskje til og med færre aborter.»

som et helse- og rettighetsspørsmål. De gir råd om seksuelle og reproduktive rettigheter, om post-abort-tjenester, prevensjonsveiledning og seksualundervisning. I veilederen har de sett nøye på ulike abortmetoder, deres utbredelse, sikkerhet og anvendbarhet i ulike settinger. Med seg har de hatt organisasjoner som Ipas og Guttmacher Institute.

WHO's evidensbaserte retningslinjer og menneskerettighetsfokus gir føringer, også for Norge, om at desentralisering av abort-tjenester burde innføres og omsorgen for kvinnene bedres. Nemndene kan fjernes og erstattes med frivillig rådgivning, og abortgrenser i form av graviditetsuker burde kunne fjernes. Kvinners selvbestemmelse burde være det grunnleggende premisset. Abort er en vanlig, men ikke hyppig kvinnelig erfaring. Reduksjon av stigma og skam rundt abort er nødvendig.

I Norge bør vi studere dette dokumentet nøye og vurdere alle elementer, før vi fatter mer restriktive regler rundt abort.

Omarbeidet fra innlegg i Klassekampen 13.12.23



ER «LEVEDYKTIGHET» EGNET SOM BESKRIVELSE AV GRENSEN FOR SEINABORT?

Svangerskapsavbrudd med hjemmel i abortloven har etter gjeldende lovverk vært lovlig til 22. svangerskapsuke. All statistikk viser at antallet aborter i Norge etter uke 8–10 er meget lavt. Det er ikke grunnlag for å anta at det vil bli økning i tallet på seinaborter om det blir åpnet for selvbestemmelse til og med 18. uke, slik som abortutvalgets flertall har foreslått i NOU 2023: 29. Men det samme vil også være tilfellet om selvbestemmelsen omfatter alle svangerskapsavbrudd.

Av Karin Bruzelius og Johanne Sommerschild Sundby

Årsaker til seinabort

I flertallet tilfeller av svangerskapsavbrudd etter 18. uke er kvinnen ønsket og planlagt gravid, med en partner og som også gjerne vil ha barn. Behovet for svangerskapsavbrudd kan utløses av at NIPT test, ultralyd og/eller fostervannsprøve påviser at noe er galt med fosteret. Noen ganger konstateres problemer uforenelig med liv, og andre ganger mer uavklarte tilstander. I noen tilfeller påvises avvik som ikke i seg selv er uforenelig med liv i snever forstand, men som vil kreve mye av den/de som skal yte omsorg og/eller vil medføre at barnet må gjennomgå større medisinske inngrep; f.eks. kromosomavvik eller alvorlige misdannelser. Er dette tilfellet må kvinnen selv få treffe beslutning

om hun ønsker å avslutte svangerskapet. En slik avgjørelse skal ikke kunne treffes av en nemnd med virkning for henne, slik utvalget foreslår.

Svangerskapsavbrudd seint i svangerskapet finner også sted fordi det er alvorlige sosiale problemer i kvinnens liv, og graviditeten oppdages av ulike årsaker seint: Graviditeten skyldes en voldtekt og kvinnen har skjult den på grunn av skam; kvinnen er psykisk utviklingshemmet eller har psykisk lidelse, hun er offer for incest, eller lever rett og slett et sosialt svært vanskelig liv, med rusbruk, fattigdom e.l. Heller ikke i slike situasjoner er det grunnlag for å overlate avgjørelsen om avbrudd av svangerskapet til andre enn kvinnen selv. Nektet kvinnen avbrudd i slike situasjoner

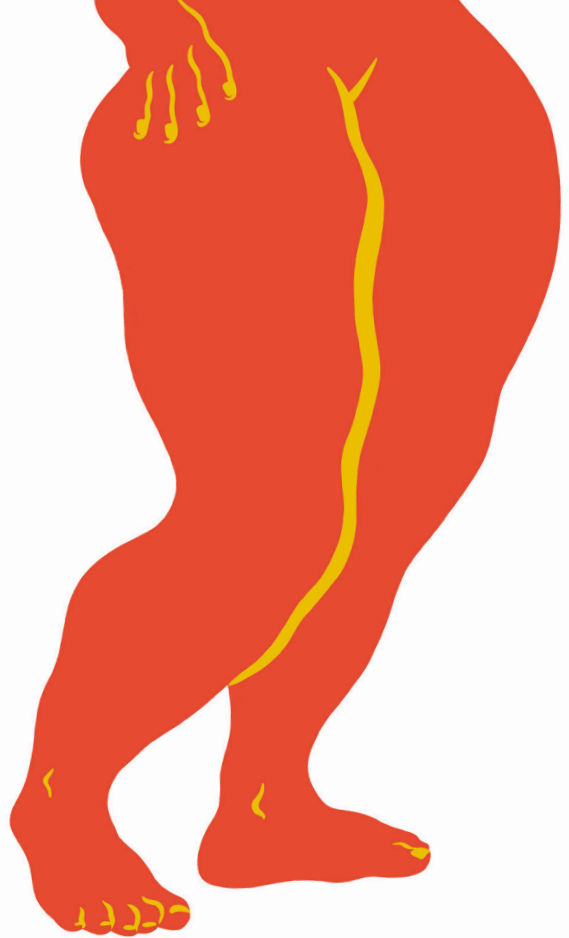
«Tallet i Norge på seinaborter er lavt, og vil forbli lavt også fremover uavhengig av om vi har en abortlov eller ikke.»

er det hun og barnet som må bære konsekvensene av avslaget, ikke den nemnden som traff avgjørelsen.

Levedyktighet som grense?

Gjeldende abortlovgivning har en grense for svangerskapsavbrudd etter abortloven på 22 uker. Noen foreslår å erstatte denne grensen med en grense angitt som «levedyktig», dvs. når et friskt foster antas å ville kunne leve opp, dersom det får nyfødttintensiv behandling som kuvøse, respirator, lysbehandling og evt. sondeforing. WHO har i sine retningslinjer advart mot å angi grensen for lovlig abort som «levedyktighet». Ikke alle foster som er 22 uker, er levedyktige og det kan fremdeles avdekkes skader, misdannelser og utviklingsforstyrrelser som er mer eller mindre uforenelig med liv. Selv om barnet overlever, vil det ofte ha/få ulike problemer som en følge av å være født for tidlig.

Levedyktighet ved 22. svangerskapsuke forutsetter medisinsk bistand og hjelpemidler som bare er tilgjengelig på de best utstyrte og bemannede sykehusene.



Det er tilgangen på slike helsetjenester som avgjør grensene for levedyktighet, det kan derfor ikke bestemmes i lov. Grensen på 22. svangerskapsuke er ikke absolutt i dagens lovverk. Der hvor det er nødvendig å fjerne et foster for å redde kvinnens liv, vil inngrepet alltid være lovlig.

Tallet i Norge på seinaborter er lavt, og vil forbli lavt også fremover uavhengig av om vi har en abortlov eller ikke. Det store flertall kvinner har ønske om at svangerskapsavbrudd skal finne sted så tidlig som mulig. Kvinner må likevel kunne få nødvendig bistand med avbrudd også i tilfeller hvor behovet for avbrudd oppstår svært seint i svangerskapet.

LEVEDYKTIGHET BØR IKKE VÆRE TEMA I ABORTPOLITIKK

Argumentet for å legge levedyktighet inn i abortloven, bygger på en oppfatning om at kvinner misbruker retten til abort. Det er helt feil.

Av Berit Austveg og Mette Løkeland-Stai

Den norske abortloven sier at abort ikke er tillatt hvis det antas at fosteret er levedyktig utenfor livmoren, med unntak bare i helt spesielle nødstilfeller. Abortforskriften har siden 2014 satt en grense på 22 ukers graviditetslengde. Myndighetene har dermed indirekte uttalt seg om levedyktighet, riktignok etter å ha rådspurt fagmiljøet.

Det vakte oppsikt da Verdens helseorganisasjon (WHO) i sin reviderte abortveileder fra mars 2022 anbefalte at spørsmålet om levedyktighet hos fostre ikke tas med i nasjonal abortlovgivning. Anbefalingen er gjort av et internasjonalt representert fagmiljø, basert på den mest solide forskningen som finnes. Det er flere grunner for WHO sitt råd.

Levedyktighet er et uklart begrep

Grensen for levedyktighet varierer med hvor den gravide befinner seg geografisk. Med umiddelbar tilgang til helsetjeneste med gode muligheter til å behandle barn som fødes svært mye for tidlig, er det mu-

lighet for overlevelse ved kortere graviditetslengde enn der det ikke finnes avanserte behandlingsmuligheter. Dessuten utvikler fostre seg ulikt i livmoren, slik at lengden på graviditeten ikke alltid sier noe om fosterets modenhet.

Noen ganger kan en ved undersøkelse av fosteret finne flere ulike eller sammensatte skader, og det er ikke noe standard-svar på hva som er levedyktig. Når samfunnet setter rigide regler om levedyktighet, kan det være et tilleggstraume for dem det gjelder og som skal ta en avgjørelse i en fortvilet situasjon.

Vurdering av levedyktighet er altså et ytterst komplisert spørsmål. Det blir meningsløst når det i tillegg bindes til et bestemt uketall for graviditetens lengde. Derfor motsatte også Norsk gynekologisk forening seg at det i forskrift ble satt en absolutt grense ved 22 uker for levedyktighet.

Politiske avgjørelser som lovbestemmelser bør ha lang levetid. Muligheten for å behandle skadede fostre og for tidlig

fødte barn er et område der det skjer en rivende utvikling. Det forventes at det om ikke så lenge vil være utviklet en «kunstig livmor», altså en teknisk innretning der det kan skapes et miljø parallelt med miljøet i livmoren. Med det vil vi få en helt ny situasjon i spørsmål om levedyktighet, og enda større forskjeller i behandlingsmuligheter enn i dag.

Hvordan går det så dersom en fjerner levedyktighetsgrensen fra lovverket? I Canada har de ingen grunnlov, men et «Charter of Rights and Freedoms». I 1988 vurderte landets Høyesterett at å ha en lov som regulerte adgang til abort, var å diskriminere kvinner, og derfor imot chartret. Å ha en lov som begrenset tilgang til en helsetjeneste bare kvinner trengte, ble sett på som diskriminerende. Fjerning av abortloven i Canada betød at abortinngrep blir lovmessig sett på som annen helsetjeneste, og i tillegg er omfattet av etiske regler for helsepersonell. Mens noen var redde for at det å fjerne abortloven skulle føre til flere senaborter, ble resultatet det motsatte.

I Norge har vi generell helselovgivning som sier at tjenesten skal være forsvarlig og omsorgsfull, og at respekt for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd skal ivaretas. Når det vurderes om helsetjenesten er forsvarlig og omsorgsfull, tas helseprofesjonenes etiske regler med i vurderingen.



«Vi har ikke grunnlag for å tro at kvinner «misbruker» et tilbud om abort, eller at andelen senaborter vil stige dersom gravide får full selvbestemmelsesrett.»

Senaborter: sjeldne og få

Kvinnebevegelsens abortutvalg mener at senabortene får uforholdsmessig stor oppmerksomhet i abortdiskusjonen, slik at allmennheten kan få den feilaktige oppfatningen at de er hyppige. I virkeligheten er de svært sjeldne. Uavhengig av lovgivningen rundt om i verden ligger abort etter uke 18 på 1–3 prosent av alle aborter. Det kan være graviditeter som i utgangspunktet er ønsket, men der det påvises skade ved fosteret. Eller det er personer som er i ytterst vanskelige situasjoner. I Norge har andelen av aborter etter 12. uke vært stabil og under 5 prosent i alle år.

Etter hvert som fosterdiagnostikk har blitt utviklet, har det vært en økning i andelen som blir innvilget grunnet sykdom hos fosteret, samtidig som antallet aborter grunnet kvinnens sosiale situasjon har gått ned. I dag utgjør abort på grunn av sykdom hos fosteret over 80 prosent av alle senaborter etter uke 18. Før uke 18 blir så å si alle søknadene innvilget, og det var i 2022 sju kvinner som fikk endelig avslag i klagenemnd mellom uke 18 og 22.

Avgjørelsen om senabort er ekstremt viktig for de ytterst få dette gjelder. Innvilgesprosenten viser at det er stort samsvare mellom kvinnenes ønske og nemndenes vurdering. Vi har derfor ikke grunnlag

for å tro at kvinner «misbruker» et tilbud om abort, eller at andelen senaborter vil stige dersom gravide får full selvbestemmelsesrett.

Vi vet også at dersom det er viktig for kvinnen og hun har midler til det, vil hun kunne reise og få utført abort steder der det er mulig, eller i verste fall utsette seg selv for fare gjennom en illegal abort. I 2023 måtte en jente på 11–12 år reise til USA for abort fordi grensen på 22 uker i hjemlandet i Skandinavia var passert. Samme år ble en kvinne i England dømt for å ha skaffet seg abortpiller og utført en farlig, uovervåket og feilbehandlet senabort på seg selv.

Særlig hos spesielt sårbare kvinner kan graviditeten oppdages sent. Disse får rettsikkerheten sin redusert når begrensning knyttet til levedyktighet finnes i loven.

Det er urimelig og villedende å legge levedyktighet inn i en lov, og å begrense det til et bestemt antall uker. Begrensningen om levedyktighet må derfor fjernes fra loven for å unngå uthuling av kvinners rett til trygg og omsorgsfull behandling. I stedet trengs det et større rom for etisk refleksjon som kan gi gode avgjørelser i de enkelte tilfellene.

Teksten sto på trykk i Klassekampen 21.11.23

DEL 3

Erfaringer og
ulike praksiser



FORTSATT ABORTNEMND?

Hvilken funksjon har abortnemnda?

En nemnd er en gruppe mennesker som på grunn av antatt egnethet er gitt i oppdrag å tolke og forvalte lovregler eller forskriftsbestemmelser. Opprinnelig besto nemndene av menn.

Av Johanne Sommerschild Sundby og Karin Bruzelius

Wikipedia definerer en nemnd slik: «En nemnd (på riksmål også nevnd) er et kollegialt organ med myndighet i en bestemt type sak, det vil si at beslutningene fattes av nemnda i fellesskap, ikke av lederen». Nå brukes nemnd i mange tilfeller om kollegiale klageorganer. Hvem som skal eller kan sitte i en slik nemnd kan være litt tilfeldig, slik at en nemnd kan fremstå som verdimesig annerledes enn en annen. Nemndenes verdiforankring kan også endres over tid. Nemndene treffer beslutninger.

Ulike nemnder

Nemnder avgjør som oftest rettslige konflikter. Nemnder kan være offentlige eller private. Vi har for eksempel Utlendingsnemnda, Fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker, Diskrimineringsnemnda, Rikslønnsnemnda og Finansklagenemnda. De fleste nemnder har til oppgave å løse konflikter mellom forbrukere/enkeltindivider og forretningsdrivende. Avgjørelser truffet av en nemnd kan i de fleste

tilfeller bringes inn for de alminnelige domstolene av den part som ikke er tilfreds med nemndsavgjørelsen.

To nemnder avviker fra mønsteret. Barneverns- og helsenemnda avgjør blant annet saker om tvang etter barnevernloven. Saken reises av kommunen. Barnevernloven har bestemmelser som skal sikre en «rettferdig, forsvarlig, rask, effektiv og tillitskapende behandling». Nemnda treffer bindende vedtak i saker som gjelder personlige forhold. Avgjørelsene skal treffes på grunnlag av lov/forskriftsbestemmelser, men reglene åpner ofte for bruk av skjønn. Både den private parten og kommunen kan bringe nemndas avgjørelse inn for tingretten for rettslig prøving etter særreglene i tvisteloven kapittel 36.

Abortnemnda

Den andre nemnda – Abortnemnda – er opprettet med hjemmel i abortloven av 1975. Etter lovendringen i 1978, da ordning med selvbestemmelse inntil 12. svan-

gerskapsuke ble innført, avgjør abortnemnda søknader om svangerskapsavbrudd mellom 13. uke og frem til det er grunn til å anta at fosteret er levedyktig. Etter tolvte svangerskapsuke angir loven vilkår for avbrudd, som nemnda må finne oppfylt. Lovteksten sier dessuten at etter 18. svangerskapsuke kan et «svangerskap ikke avbrytes med mindre det er særlig tungtveiende grunner for det». Tallet på aborter i Norge etter utløpet av 18. svangerskapsuke er lavt. Men det er likevel et mindre antall kvinner som først etter uke 18 i svangerskapet oppdager/erkjenner at de uønsket gravide, eller hvor det først da slås fast at fosteret har en alvorlig sykdom/defekt.

Abortloven åpner for at nemndas avslag på en begjæring om abort kan klages til en klagenemnd. I praksis er det svært få som da ikke får innvilget abort, også sent i svangerskapet. Gitt tidsmomentet i disse sakene, må de avgjøres raskt. Den eneste formen for domstolsbehandling som kan tenkes etter avslag i abortklagenemnda er søksmål om skadeserstatning.

Det nye lovforslagets abortnemnd

I NOU 2023: 29 foreslår abortutvalgets flertall å utvide ordningen med selvbestemt abort til 18. uke, og at en ordning med nemnder i to instanser opprettholdes for de som søker abort deretter. Dette fremstår som en opprettholdelse av synet på at svangerskapsavbrudd er en straffbar handling og at fosteret tilhører det offentlige.

Det er derfor grunn til å minne om at nemndsordningen i abortsammenheng

ble innført for å sikre en utenforstående kontroll med adgangen til abort, da dette ble legalisert i Norge. Svangerskapsavbrudd var som kjent kriminalisert og belagt med straff i straffeloven av 1902 – og dette gjaldt ikke bare for kvinnen, men også for de som ytet henne bistand. Abortloven av 1960 åpnet for at en lege kunne søke om svangerskapsavbrudd for en kvinne. Søknaden ble avgjort av nemnd. Et avslag på søknaden kunne påklages av en lege på vegne av kvinnen. 1960-lovens regler ble oppfattet som svært ydmykende av svangre kvinner (og andre). De så seg som umyndiggjort – til tross for at de var myndige med stemme- og råderett i egne økonomiske forhold. Selv om nemndsordningen er begrenset i 1975/1978 loven, er det vanskelig å se noen grunn til opprettholdelsen av denne patriarkalske ordningen i en ny abortlov.

Mener utvalget virkelig at kvinner skal tvinges til å bære frem fostre som de ikke ønsker? For deretter være forpliktet til å sørge for dem?

Deler av befolkningen mener at lovgiver skal sikre fosterets rettsvern ved å avveie det mot kvinnens rettsvern. Kvinner har utvilsomt rettsvern, også når de er svangre. Men det er tvilsomt om et foster har et slikt rettsvern. Det er først det fødte barnet som har et rettsvern. Og selv om kvinnens rettsvern skulle avveies mot fosterets, er dette en avveining som bare kvinnen kan foreta. Barn bør være ønsket og sikres gode oppvekstvilkår.

ABORT I NOREG

– metodar og statistikk frå 70-talet til i dag

Sidan 1998 har det vore ei nesten total overgang frå kirurgisk til medikamentell behandling av abort. Samstundes har aborttala sidan 2008 vore sterkt fallande fram til 2021 og er historisk låge. Andelen seinabortar av alle abortar har vore tilnærma uforandra på under fem prosent. Hovuddelen av seinabortar i dag vert utført grunna sjukdom og misdanningar hjå fosteret, og nesten alle seinabortar vert innvilga i nemnd.

Av Mette Løkeland-Stai

Fram til 1998 var kirurgi i realiteten den einaste abortmetoden ein hadde for tidlege abortar. Vakuumsug er standard kirurgisk metode. I 1970-åra oppdaga den svenske biokjemikaren Sune Bergström prostaglandinar og fekk nobelprisen for dette i 1982. Prostaglandin F får glatt muskulatur i livmora til å trekka seg saman og samtidig mjukgjera livmorhalsen. Frå slutten av 1970-åra vart prostaglandin introdusert for å gjera livmorhalsen lettare å blokke opp og redusere risiko for skade under blokkinga.

I Norden har ein aldri hatt tradisjon for å utføre kirurgisk abort etter veke 12. Kirurgisk abort etter veke 12 er ei prosedyre som er teknisk vanskelegare med større risiko for komplikasjonar både på livmorhals og livmor. Etter oppblokking av livmorhalsen satte ein ofte, før oppdaginga

av prostaglandin, desinfeksjonsmiddelet Rivanol opp i livmora, for å irritere og provosere fram abort. Bruk av prostaglandin og ulike formar for oppblokking og seinare å stikke hol på fosterhinnene for stimulering av rier, tok etter kvart over for Rivanol. Behandlinga var ofte smertefull og tok fleire dagar. Utviklinga av medikamentell abort med mifepristone og misoprostol har etter kvart tatt heilt over og har både forenkla og korta behandlingstida for kvinna som treng abort.

Utviklinga av medikamentell abort

Abortpilla mifepristone er eit anti-progesteron som vart utvikla i 1980-åra av den franske biokjemikaren Étienne-Émile Bauliau. Det var eit tilfeldig funn under forsøk på å finne nye behandlingalternativ ved kreftbehandling. Progesteron

«I dag er medikamentell abort hovudmetoden for abort uavhengig av svangerskapslengde.»

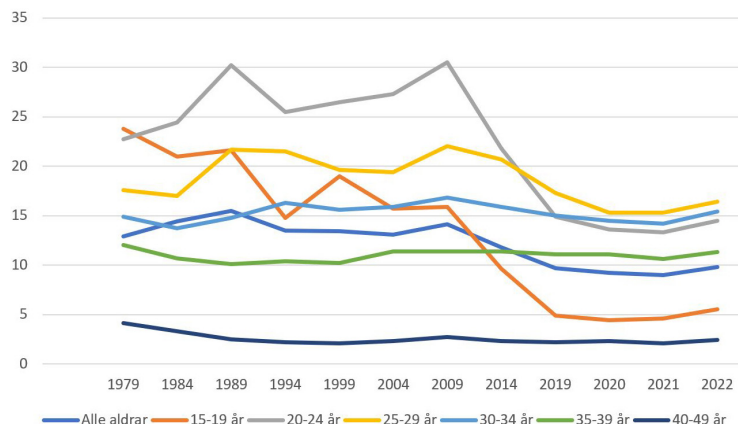
er eitt av dei viktigaste hormona som tar vare på den tidlege graviditeten. Ved å blokkere for progesteron får kroppen det same signalet som den vil få ved ein spontanabort. Sjølv ved mykje høgare dosar enn det ein nyttar i dag, var effektiviteten av mifepriston åleine berre om lag 60 prosent. Det var fyrst etter at eit team ved Karolinska Institutet i Sverige la til prostaglandin til behandlinga at effektiviteten kom opp i 94–95 prosent. Ca. 95 prosent oppnår komplett abort med 200 mg mifepriston og 800 µg misoprostol. Dei første forsøka var på graviditetar opp til sju veker, men ein har seinare utført ei rekke studiar som har utvida og forenkla bruksområda for medikamenta. I dag kan ein bruke dei ved alle svangerskapslengder.

Motstand mot medikamentell abort

Mifepriston vart registrert og godkjend som abortpille i Frankrike i 1988. Lege-middelfirmaet Roussel-Uclaf som eigde medikamentet møtte mykje motstand og trugsmål frå antiabort grupper om boikott grunna abortpilla. Dei ynsk-te difor å trekke den frå marknaden. Det vart politiske diskusjonar. Etter



FIGUR 1: Talet på abortar per 1000 kvinner fordelt på alder 1979–2022. Basert på tabell A3 i Statistikkbanken, Folkehelseinstituttet (7)



berre eit par dagar ga den franske regjeringa, som var medeigarar i firmaet, beskjed om at Roussel-Uclaf ikkje fekk lov til å trekke mifepriston frå marknaden. Dei kunne ikkje tillate at kvinner ikkje skulle ha tilgang til eit medikament som i slik grad revolusjonerte abortbehandlinga. Den franske regjeringa sa at mifepriston ikkje berre var eigeiendommen til eit farmasøytisk firma, det var også den moralske eigeiendommen til kvinner.

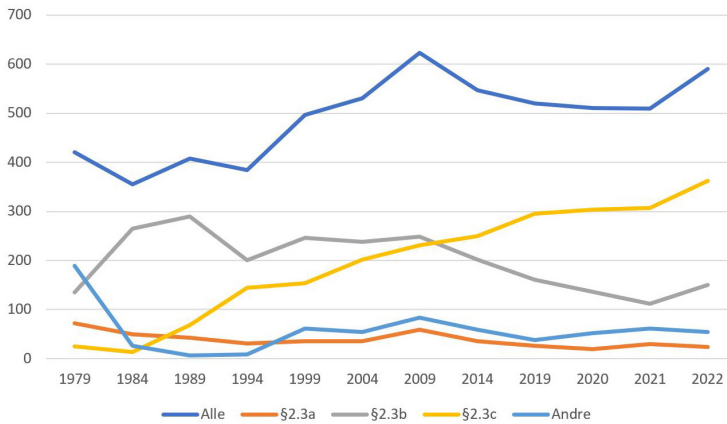
Storbritannia var raske med å registrere medikamentet i 1991 og Sverige i 1992, men så vart det brått stopp av godkjenning for bruk i fleire land. Grunna redselen for politisk motstand blokkerte leiaren for firmaet for å godkjenne preparatet i fleire land. I 1997 overførte firmaet mifepriston til eit eige firma (Exelgyn) som berre produserer mifepriston og misoprostol. Exelgyn er difor immun mot boikott frå motstandarar av abort. På det tidspunktet kunne mifepriston verta tilgjengeleg for andre land som ynskte å ta

det i bruk og har raskt vorte registrert i fleire land.

Ullevål universitetssjukehus ynskte allerede i 1989 å ta i bruk mifepriston, men grunna eit forslag frå Kristeleg folkeparti i Stortinget om forbod vart det stogga. Sjølv om fleirtalet i helsekomiteen på Stortinget stemte ned forslaget frå KrF, så trekte Roussel-Uclaf seg og ville ikkje lenge gi tilgang til medikamentet. Det skulle gå nesten ti år før ein fekk tilgang til mifepriston i Noreg.

Medikamentell abort i Noreg

Dei siste 25 åra har det vore ei total omlegging av abortbehandlinga i Noreg. Fram til 1998 var alle abortar opp til 12 veker utført kirurgisk. Men våren 1998 vart den fyrste aborten utført ved hjelp av piller åleine ved Kvinneklinikken i Bergen. Allereie innan 2001 var det tilgjengeleg ved halvparten av alle gynekologiske avdelingar i Noreg. I dag er medikamentell abort hovudmetoden for abort uavhengig



FIGUR 2: Talet på innvilga nemndbehandla abortar etter vedtaksgrunnlag i §2 i abortlova (§2.3a kvinna si helse, §2.3b kvinna sin livssituasjon, §2.3c risiko for sjukdom/avvik hjå fosteret) 1979–2022. Basert på figur A7 i Statistikkbanken, Folkehelseinstituttet

av svangerskapslengde og 95 prosent av alle abortar vart utført medikamentelt i 2022.

Etter eit langvarig arbeid med forskning og samling av data kom Verdas helseorganisasjon (WHO) våren 2022 med nye retningslinjer for abort. I retningslinjene tilrår WHO at ein opnar for abortbehandling via telemedisin. Abort via telemedisin fungerer slik at ein via strukturerte spørreskjema trygt kan gi kvinner med sikre svangerskapslengder og normale svangerskap medikamenta tilsendt i posten eller via resept utan klinisk undersøking dersom dei ynskjer det. Kvinner med usikker siste mens, risikofaktorar, for langtkomen graviditet eller som sjølv ynskjer klinisk undersøking skal sendast til vidare oppfølging og undersøking. Ei slik handtering av tidlege abortar er godt dokumentert og ynskt av mange kvinner.

I Storbritannia vart telemedisin hovudmetode under covid-19-pandemien, og det var eit så stort ynske både frå kvinner

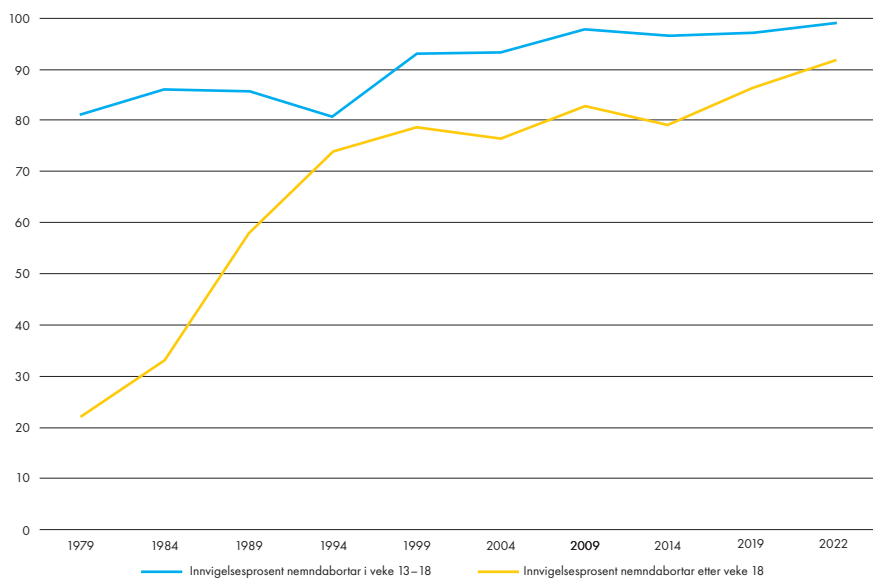
og fagmiljøa om å vidareføre dette også etter pandemien, at parlamentet vedtok å fortsette med tilbodet våren 2022.

I gjeldande norsk lov skal abort utført av lege og at det skal skje på sjukehus, men i praksis er det jordmødrer og sjukepleiarar som utfører behandlinga, og kvinnene aborterer heime. Mifepriston er også strengt regulert og kan berre utleverast til sjukehus som har godkjenning til å utføre svangerskapsavbrot.

Abortregisteret og utvikling i aborttala

Abortregisteret er eit aidentifisert register som inneheld opplysningar frå 1979.

Registeret tel talet på abortar og ikkje talet på kvinner som tar abort. Sidan 1979 har det vore registrert 625 351 utførte abortar. Det er i snitt 14 543 utførte abortar per år sidan 1979. Den historisk høgste registreringa av utførte abortar i Noreg sidan 1979 var i 1989 med 16 209 abortar (figur 1). I 2008 var det ein ny topp i utførte abort på 16 139 abortar, men sidan



FIGUR 3: Prosentdelen innvilga nemndbehandla abortar frå 1979–2022 fordelt på veke 13–18 og over veke 18. Basert på Statistikkbanken, Folkehelseinstituttet. HANNE MARIE HAUGAN

2008 har talet på utførte abortar vore jamt og tydeleg fallande til den lågaste registreringa med 10 875 utførte abortar i 2021. Den lågaste registreringa er utført under covid-19-pandemien. Etter pandemien ser vi på nytt ein auke i aborttala.

Registeret har ikkje informasjon om minoritetskvinner og abort. Ein 20 år gamal studie frå Oslo viser derimot at minoritetskvinner hadde høgare risiko for å ta abort enn den generelle befolkninga. Studiar frå Danmark viser liknande tal, men det er også stilt spørsmålsteikn ved om det er minoritetsbakgrunn eller sosioøkonomiske faktorar som spelar inn.

Abort blant tenåringar

Då lov om sjølvbestemt abort tredde i kraft i 1979, hadde kvinner under 20 år den

høgste abortraten av alle aldersgrupper. I 1979 var abortraten 23,8 av 1000 kvinner i alderen 15–19 år. Sidan 1981 har dei alltid hatt ei lågare abortrate enn kvinner 20–24 år og frå 1989 har dei også hatt ei lågare abortrate enn kvinner i aldersgruppa 25–29 år. Frå 2008 ser vi eit distinkt og tydeleg fall år for år. Den historisk lågaste rata ser ein i 2020 på 4,4 per 1000 kvinner 15–19 år. (Figur 1) Dette fallet i abortar så ein i denne gruppa frå 2008 i heile Norden og i fleire andre land. Ei av årsakene til nedgangen er truleg betre tilgang til langtidsverkande prevensjon som p-stav og hormonspiral.

Abort blant kvinner i 20-åra

Sidan 1981 har kvinner i alderen 20–24 år hatt den høgste abortraten. Dei nådde

ein topp i 2008 med ein rate på 30,7 per 1000 kvinner i alderen 20–24, men sidan 2008 har ein sett det same tydelege fallet fram til 2021 som for kvinner under 20 år. Sidan 2015 er det aldersgruppa 25–29 år som har hatt den høgste abortraten. I 2021 var den på 15,3 per 1000 kvinner. (Figur 1)

Seinabort

Etter utgangen av veke 12 er ikkje lenger abort sjølvbestemt, og kvinner som trengr abort må møte i ei nemnd som kan innvilge abort etter visse kriteria nedfelt i § 2 i lov om svangerskapsavbrot. Samansetninga av nemnda stammer frå abortlova av 1960. Den består av ein lege frå avdelinga som utfører abort og ein ekstern lege oppnemnd av Statsforvaltaren. Prosentdelen nemndbehandla abortar i forhold til det totale talet på abortar har vore stabilt i heile perioden 1979–2022. Nedgangen i talet på nemndabortar følger såleis nedgangen i det totale talet på abortar.

I heile perioden er det bokstav b (kvinnas sin livssituasjon) og c (sjukdom hjå fosteret) i § 2 i abortlova som har vore hyppigast brukt. Fram til 2012 var § 2b den mest brukte paragrafen (figur 2). Sidan 2016 har det vore ei nesten halvering i talet på abortar innvilga etter § 2b.

Bruken av § 2c har auka gradvis sidan 1986 etter innføringa av rutineultralyd i svangerskapet. Før 1986 var i snitt 3,7 prosent av alle seinabortar innvilga etter § 2c mot ca. 60 prosent av alle seinabortar i 2022. Etter veke 18 i svangerskapet har i snitt 85 prosent av abortane

vore innvilga grunna risiko for fosterskade i heile periodane 1979–2022.

Innvilgingsprosenten har gått gradvis oppover frå 73,6 prosent i 1979 til høgste nivå i 2018 på 97,2 prosent for alle svangerskapslengder. Dersom ein ser på nemndabort under 18 veker, så har innvilgingsprosenten vore over 90 prosent sidan 1997 med ein topp på 99,2 prosent i 2020. Sjølv for seinabort etter veke 18 er innvilgingsprosenten no over 90 prosent. (Figur 3)

Konklusjon

Abortbehandlinga fullstendig endra sidan 1979, frå nesten berre kirurgi til medikamentell behandling. Fordelinga mellom seinabortar og tidlege abortar har vore stabilt samtidig som aborttala har vore sterkt fallande. Fordelinga mellom tidlege og seine abortar er lik med det ein ser frå andre land uavhengig av lovgjevinga. Sidan 1979 har innvilgingsprosenten av nemndbehandla abortar gått gradvis oppover og utgjer i dag ca. 97 prosent.

Forkortet og forenklet versjon av kronikk i Tidsskriftet Michael, vol/20/4/2023



ABORTSITUASJONEN I VERDEN

Knapt noe tema er så politisk betent rundt om i verden som svangerskaps-avbrudd. Samtidig vokser kunnskapen om at abort mange steder er farlig, at det er stor grad av urettferdighet i hvem som må ty til farlige aborter, hvem som skades og dør av dem, og hvem som straffes for å ta abort.

Av Berit Austveg

Menneskerettigheter, inklusive retten til liv, brukes i økende grad i arbeidet for liberalisering av abortlovgivning. Kombinasjonen av tilgang til abortmedikamenter og en generell liberalisering av abortlovgivning er viktige grunner til at dødelighet og sykkelighet fra abort er synkende.

Høyesterett i USA tilsidesatte i juni 2022 domsavgjørelsen fra 1973 om at å nekte abort stred mot den grunnlovfestede retten til privatliv. Med dette ble USA ett av fire land i verden som i årene 1998 til 2022 har innskrenket retten til abort. Kun El Salvador, Nicaragua og Polen har gjort det samme, mens mer enn 60 land har utvidet gravides rettigheter til å avbryte en graviditet. Liberalisering av abortlovene har, sammen med økt bruk av medikamentell abort, bidratt til den reduksjonen i sykkelighet og dødelighet vi nå ser. Men fortsatt dør noen titusener årlig og flere millioner behandles for skader av utrygge aborter, mange av dem blir skadet for livet. Farlige aborter er i all ho-

vedsak et problem i fattige land. De aller farligste skjer i deler av Afrika. Der er gjerne helsetjenesten spesielt svak, med dårlige muligheter for adekvat behandling av komplikasjoner. Dødeligheten fra abort er derfor høyest i Afrika.

Enorme sosiale ulikheter

De som må ty til farlige aborter er de mest sårbare, slik som de fattigste, de med minst utdanning, unge, urfolk, personer på flukt og andre marginaliserte. Der kvinner straffes for å ha tatt abort eller å ha forsøkt det, er det også de aller mest sårbare det går ut over. Mange har ikke råd til skikkelige forsvarere i rettssakene. Rettsskandalene fra El Salvador er de mest kjente, der også kvinner som har spontanabortert eller hatt dødfødsler har fått lange fengselsstraffer.

Abortlovgivning i verden

Abortlovgivning verden over viser et enormt spenn. På den ene ytterligheten er land der abort er totalforbudt, altså der

det ikke engang er lovlig for å redde den gravides liv. I slike tilfeller vil fosteret også dø. Per januar 2024 regnes El Salvador, Nicaragua, Den dominikanske republikk og Laos, noen land i Afrika pluss Andorra blant disse. I en del land tillates kun abort når det er nødvendig for å redde den gravides liv. Videre på skalaen er de som tillater abort for å redde den gravides helse, deretter når det tillates på sosioøkonomiske kår, og så ved selvbestemmelse.

I Canada anses abort lovmessig som enhver annen medisinsk behandling, etter at Høyesterett i 1988 avgjorde at det var imot *Canadian Charter of Rights and Freedoms* å kunne straffes for å ta abort.

Center for Reproductive Rights har en god pedagogisk framstilling av verdens abortlover, samt en modell som viser at det over tid har vært dramatiske endringer med en sterk tendens til liberalisering.

Hvor kommer restriktive abortlover fra?

Restriktive abortlover finnes særlig i land som tidligere har vært kolonier. Bangladesh og Tanzania har fortsatt den britiske loven fra 1861, *Offences against the Person Act*, mens flere tidligere franske kolonier har fortsatt beholdt abortbestemmelsen i den napoleonske straffeloven fra 1810. Selv om mange tidligere kolonier har liberalisert abortlovene sine, er det fortsatt noen som holder hardt på dem, og beskytter dem som sine egne.

Hvor vanlig er abort?

På verdensbasis er den årlige abortraten 39 per 1000 kvinner i fruktbar alder, mens den i Norge de siste

par årene har vært på knapt 10. Globalt tilsvarer det gjennomsnittlig en gang gjennom livet, mens tilsvarende tall for Norge er at gjennomsnittlig hver tredje kvinne har denne erfaringen. Aborterfaring er altså helt vanlig.

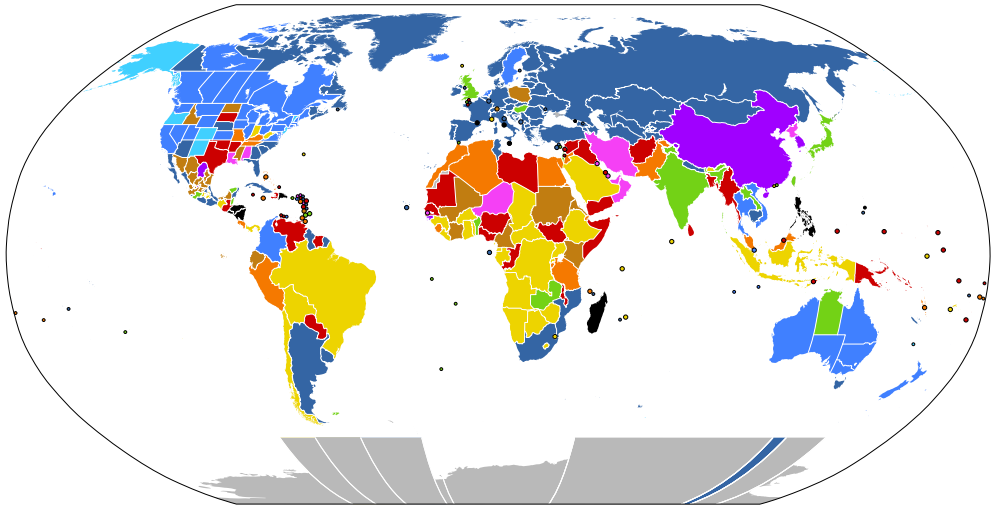
Land med streng abortlov har generelt høyere abortforekomst enn der loven er liberal. Det skyldes at land med restriktiv abortlovgivning presterer gjennomgående dårlig på det som får abortforekomsten ned: tilgang til prevensjon, seksualtetsundervisning og likestilling, og muligheten til å kunne leve et respektabelt liv som enslig mor.

Tilgang til tjenestene, og kostnader

Liberal abortlovgivning er ikke tilstrekkelig for rettferdig tilgang til tjenestene. Der gravide må betale for aborttjenester, kan kostnadene være et betydelig hinder. De som har god råd kan enten betale helsepersonell for en trygg, ulovlig abort, eller reise til land der abort er lovlig.

Det er de fattigste som tar de farligste abortene og som har størst risiko for komplikasjoner som de trenger





- Allowed on request, with no gestational limit
- Allowed on request, with a gestational limit after the first 17 weeks
- Allowed on request, with a gestational limit in the first 17 weeks
- Allowed on request, with an unclear gestational limit
- Allowed for maternal life, maternal health*, rape*, fetal defects*, failure of contraception* and socioeconomic factors
- Prohibited with exceptions for maternal life, maternal health*, rape and fetal defects
- Prohibited with exceptions for maternal life, maternal health* and fetal defects
- Prohibited with exceptions for maternal life*, maternal health* and rape
- Prohibited with exceptions for maternal life and maternal health
- Prohibited with exceptions for maternal life
- Prohibited in any circumstances
- No information

* Does not apply to some countries in that category

Original by NuclearVacuum, modified by Heitor dp – References in Abortion law. Map shape based on
 File: World map configurable.svg, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=8647323>

behandling for. Mange steder er det vanlig å måtte betale under bordet. Noen steder må fattige kvinner betale mer enn rike kvinner, og kvinner som har komplikasjoner etter provosert abort må betale mer enn kvinner som har spontanabortert. Kostnadene kan føre allerede fattige familier ut i enda dypere fattigdom, med katastrofale konsekvenser.

Hvor farlige er de utrygge abortene?

Det er vanskelig å få gode data på omfanget av skader og dødsfall etter farlige aborter. Sykehusjournaler forteller sjelden hele historien. Antropologer har sett på hvordan jordmødre i Vest-Afrika håndterer situasjoner med kvinner som søker hjelp for abortkomplikasjoner. Selv om de kan presse kvinnene til å innrømme

«Noen steder må fattige kvinner betale mer enn rike kvinner, og kvinner som har komplikasjoner etter provosert abort må betale mer enn kvinner som har spontanabortert.»

at komplikasjonene ikke er etter spontanaborter, og kan gi ganske brutal behandling for å avskrekke kvinnene fra å ta abort i framtiden, journalfører de gjerne tilstandene som spontanaborter.

Forekomst av skader avhenger både av mulighet til trygg abort og tilgang til behandling for abortkomplikasjoner. Vanlige dødsårsaker er infeksjon, blødning, mekanisk eller kjemisk organskade. De vanligste langtidsskadene er kroniske smerter og infertilitet.

Globalt arbeid med abortspørsmål

På den internasjonale befolkningskonferansen som ble holdt i Kairo i september 1994 ble det vedtatt et globalt handlingsprogram der det for første gang i FNs historie kom en paragraf om å arbeide for trygg abort. Denne enigheten brukes fortsatt når et i vedtak i FN omtaler abort.

Siden slike FN-vedtak gjøres av representanter for medlemslandenes myndigheter, har det ikke vært mulig å komme til enighet om de mange ulovlige abortene. Alle medlemslandene, også Norge, er bundet av nasjonal lovgivning for hva de kan gå med på i konsensus. Men det ble enighet om at abortkomplikasjoner alltid skal kunne behandles, også når abort har

skjedd ulovlig, og om at slik behandling skal holde god kvalitet. Konferansen i Kairo ga råd til landene og retning for FNs arbeid. Flere organisasjoner innen FN har jobbet faglig med abort, særlig Verdens helseorganisasjon (WHO). Den første veilederen med kliniske og samfunnsmedisinske råd om hvordan abort bør håndteres kom i 2003. I 2022 ble denne kraftig revidert, med oppdatert kunnskap.

Frivillige organisasjoners arbeid, og opposisjon mot abortrettigheter

Women on Waves og *Women on Web* er eksempel på en organisasjon som tar uortodokse metoder i bruk for å bringe trygge aborttjenester til dem som trenger det. Siden misoprostol er et medikament som er lett tilgjengelig mange steder, er det viktig å få ut informasjon om hvordan medikamentet kan brukes til trygt å framkalle en abort. Det er også organisasjoner som sender medikamenter i posten, også der det er ulovlig. Misoprostol er mest effektivt når det brukes sammen med mifepriston, men dette midlet er vanskeligere tilgjengelig og mye dyrere.

Samtidig med aktivitetene til frivillige organisasjoner og økt bruk av menneskerettigheter for å bedre tilgangen til

«Kunnskapsmengden om hva slags abortpolitikk som bevarer liv og helse best, er økende, og menneskerettigheter er det ikke så lett å kimse av.»

aborttjenester, har opposisjonen vokst. Noen slike organisasjoner bruker fortsatt betegnelsen *pro life*, til tross for at vi nå vet at streng abortlovgivning ikke fører til færre aborter, men til at flere gravide dør. Andre har endret retorikken. En stor amerikansk organisasjon som bl.a. arbeider mot abortrettigheter kaller seg *Family Watch International*. Også i Europa er det framvekst av organisasjoner som vil reversere liberalisering av politikk knyttet til kjønn og seksualitet, i tillegg til at politiske partier på ytre høyre styrker seg mange steder.

Optimisme, tross alt

Det er altså mange flere land som liberaliserer abortlovene enn som strammer inn. Det betyr færre skader og større overlevelse. Men opposisjonen mot abortrettigheter er sterk og godt finansiert, og endringene i USA får ikke bare dramatiske virkninger der i landet, men også globalt. Kunnskapsmengden om hva slags abortpolitikk som bevarer liv og helse best, er økende, og menneskerettigheter er det ikke så lett å kimse av. Abortstigma har også blitt et forskningstema, både globalt og i Norge. Arbeid med å motarbeide stigma pluss å påvise den enorme sosiale urettferdigheten knyttet til farlige aborter

er en vei å gå for å få slutt på lidelsen som de neglisjerte abortene fører med seg.

Forkortet og forenklet versjon av kronikk i Tidsskriftet Michael, vol/20/4/2023

FAKTA OM ABORT GLOBALT

- Antall kvinner som ønsker å bruke prevensjon, men ikke får det: 257 millioner
- Antall påbegynte, uintenderte graviditeter i verden årlig: 121 millioner
- Andel av påbegynte graviditeter som er uintenderte: Nesten halvparten
- Antall svangerskapsavbrudd i verden årlig: ca. 73 millioner
- Prosentdel alle graviditeter som avbrytes: 61
- Prosentdel aborter i verden som vurderes som usikre: 45
- Prosentdel usikre aborter i fattige land: 97
- Prosentdel aborter som er de aller farligste: 15
- Prosentdel av aborter i Øst-Afrika, Vest-Afrika og sentrale deler av Afrika som er aller farligst: 45–70
- Antall dødsfall årlig: mellom 13 865 og 38 940
- Antall som for behandling for komplikasjoner etter farlige aborter årlig: 7 millioner

KVINNERS FORTELLINGER OM ABORT

Abort er en vanlig erfaring blant norske kvinner. Om lag 30 prosent tar abort i løpet av livet – i tillegg er spontanabort utbredt. Likevel er abort et tema som er underkommunisert og tabubelagt.

Av Vilde Bratland Hansen og June Holm, forfattere av boka *Avbrutt – fortellinger om abort*

Vi bestemte oss for å snakke med norske kvinner om hvordan de opplevde både provosert abort og spontanabort. For noen er opplevelsen uproblematisk, mens andre synes valget er vanskelig – og noen står i en utfordrende livssituasjon. Kvinnene har ulike historier, men de fleste deler samme ønske: Vi må snakke mer om abort.

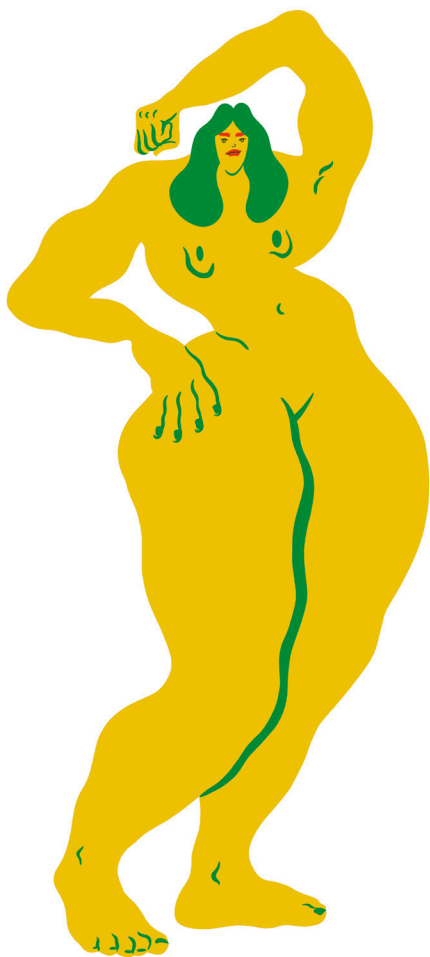
Avbrutt – fortellinger om abort dokumenterer ulike abortprosesser og lar også helsepersonell komme til orde. Slik skaper boken større forståelse og mer åpenhet om et viktig tema.

Nyere sosiologisk forskning på kvinners abortopplevelser viser at det er behov for mer kunnskap om hvordan prosessen blir forstått og erfart av kvinnene som går igjennom det, både fysisk og psykisk. Noen sier at valget om abort er den beste avgjørelsen de har tatt. Et avbrutt svangerskap fikk en kvinne til å forlate en voldelig samboer, en annen innså for første gang at hun ønsket å bli mor – en gang i fremtiden. For andre kan friheten til å velge oppleves som

en utfordring, et eksistensielt ansvar. Enkelte kan til og med ønske en spontanabort, bare for å slippe å ta stilling til valget. Hver aborthistorie er unik.

Ideene til innholdet i boken «Avbrutt – fortellinger om abort» fikk vi umiddelbart. Vi ville blant annet skrive om både spontane og selvbestemte aborter, uventede følelser og reaksjoner, abort på grunn av seksuelle overgrep eller sykdom, press og forventninger om hva man «burde» gjøre. Opplevelsen preges av mye som kan komplisere prosessen og tiden etterpå: alder, sykdom, religion, traumer og ulike sosioøkonomiske faktorer.

Begrepet «abort» skaper ulike assosiasjoner, avhengig av hvilken erfaring man har. For noen betyr det spontanabort, for andre er begrepet knyttet til politikk og et valg. For dem som har måttet ta abort, for eksempel når fosteret har en tilstand som er uforenlig med liv, kan tanken om at abort dreier seg om valg, virke fremmed. Sorgen rammer gjerne med dobbel styrke



når en senabort gjennomføres på en vanlig fødeavdeling til lyden av babyskrik fra naborommet.

Majoriteten av dem vi har snakket med, forteller om sterke, uventede blødninger og smerter i forbindelse med både spontanabort og provoserte aborter. Når de oppsøker sykehus eller lege, får mange en opplevelse av å være på et samleband i en sårbar situasjon. Fortvilelse råder blant dem som har spontanabortert flere ganger og blir fortalt at det «bare er å prøve igjen». Sommeren 2020 kom en ny lov som skulle sikre at alle kvinner

som opplever spontanabort, har tilgang til oppfølging, uavhengig av hvor i landet de bor, eller hvilket sykehus de kommer til. Tre år senere finnes fremdeles ingen retningslinjer for oppfølgingen; heller ingen ressurser følger med.

Mange kjenner på ensomhet og vonde følelser. Noen føler skyld fordi de ikke tenker så mye rundt det de har opplevd. Andre skammer seg over at de har klart å «sette seg selv i en slik situasjon» og forteller at de aldri har snakket om aborten. Vi har også erfart hvilket stigma som fremdeles er knyttet til tematikken i 2023: En del kvinner har trukket seg fra prosjektet fordi de synes egen aborthistorie er for tøff å snakke om.

Negative tanker og følelser forsterkes gjerne når vi tror at vi er alene. Men å høre andres historier kan bidra til å endre vår oppfatning og vårt syn på verden. Selvdestruktiv monolog kan bli til konstruktiv dialog. Historiefortelling bidrar til å skape empati og kunnskap og inspirere til endring.

Vi må bryte ned tabuer, skam, myter og misforståelser. Kvinner bør møtes med forståelse, støtte og aksept, uansett hvilket valg de tar. Reprodiktive rettigheter innebærer at vi har rett til å bestemme om og når vi vil ha barn, og hvor mange barn vi ønsker å få. Skal vi som samfunn få til det, må alle ha tilgang til informasjon og helsetjenester som sikrer trygge aborter. Det koker ned til retten til å bestemme over egen kropp og seksualitet.

De aller fleste som går gjennom selvbestemt abort, kjenner lettelse og takknemlighet. Å bli uønsket gravid oppleves

«En kvinne glemmer ikke en abort. Den vil alltid være en del av hennes historie. Så hvorfor snakker vi ikke mer om det?»

ofte som en krise, men abort kan være løsningen som gjør at tilværelsen får fortsette i ønsket retning, før det uplanlagte oppstod. Målet med boken «Avbrutt – fortellinger om abort» er at de som leser, skal tørre å snakke om svangerskapsavbrudd – og føle seg mindre alene. Vi vier mest plass til kvinnes fortellinger, men vi presenterer også aborthistorie, forskning og litteratur. I tillegg til å ha møtt kvinner med ulike historier har vi snakket med en rekke eksperter og forskere som bidrar med sitt fagperspektiv. En kvinne glemmer ikke en abort. Den vil alltid være en del av hennes historie. Så hvorfor snakker vi ikke mer om det? Norsk abortdebatt har i stor grad dreid seg om politikk og politikernes og fagpersoners perspektiver. Erfaringer har kommet i andre rekke. Det er på å tide å gi kvinnene muligheten til å fortelle. Derfor har vi basert boken på historier fra over 200 norske kvinner. I denne teksten trekker vi frem noen av dem.

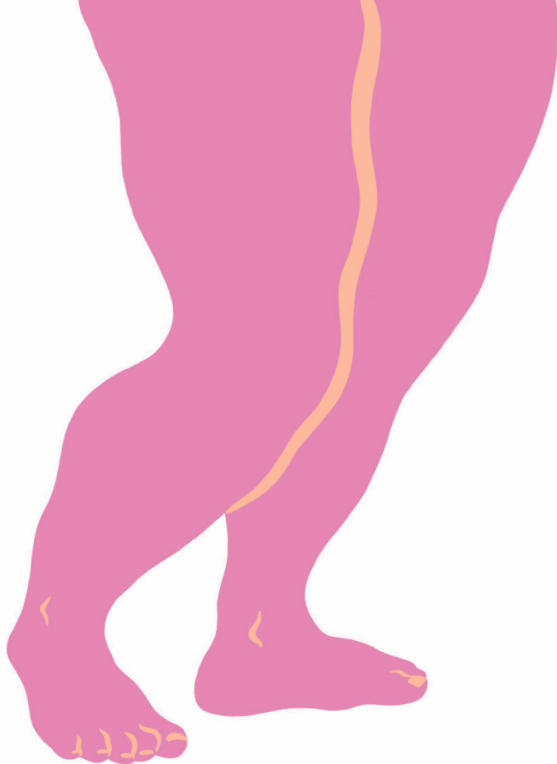
JUNE

Jeg satt ansikt til ansikt med psykologen min. Jeg ønsket å fortelle om aborten, men kjente på skam. «Det er noe jeg vil snakke om, men jeg synes det er vanskelig og vet ikke hva du vil tenke om meg hvis jeg sier det.» Jeg klarte ikke å se på henne, men våget etter hvert å fortelle. Undrende

spurte psykologen: «Hvorfor var du redd for hva jeg ville mene om deg?» For meg var svaret åpenbart: Abortdebatten er polarisert og politisk. Enten er du for, eller så er du mot. Tenk om jeg satt overfor et menneske som var mot, som kom til å hate meg for valget mitt? Jeg ville ikke at psykologen skulle mislike meg. I to år hadde jeg gått i behandling og opplevde at vi hadde god kjemi. «Vil du vite hva jeg tenker om abort?» spurte hun. Jeg nikket. «Min mening er at hver enkelt kvinne skal få bestemme hva som er riktig å gjøre for henne.» Jeg pustet lettet ut for første gang på flere dager.

VILDE

Hvorfor visste jeg ikke at så mange kvinner spontanaborterer? Var jeg den eneste som aldri hadde hørt forskjellen på medikamentell abort – svangerskapsavbrudd med piller – og kirurgisk abort? Jeg tenkte tilbake på seksualundervisningen på skolen. Hadde jeg ikke fulgt med? Det eneste jeg kunne huske at vi lærte om abort, dreide seg om betydningen av å bruke prevensjon. «Hvis dere bruker kondom eller p-piller, unngår dere å ende opp i en situasjon der dere må ta valget», minnes jeg at naturfaglæreren påpekte. Men hun sa ingenting om at 40 prosent av kvinner som tar provosert abort, oppgir å ha



brukt prevensjon. Vi fikk heller ikke vite at mange sliter med psykiske reaksjoner som angst og depresjon i etterkant av et svangerskapsavbrudd.

INGER

Samme dag som mannen til Inger ble tvangsinnlagt med sin første psykose, fant hun ut at de ventet sitt tredje barn. Nyheten ble en tiltrengt opptur i den nye, usikre tilværelsen. Alt snudde etter en time hos mannens psykiater, hvor de innlagtes pårørende skulle kartlegges. Inger tok plass i terapeutens sofa og fortalte om situasjonen. Beskjeden kom raskt og uventet: «Denne graviditeten kan du ikke fullføre. Belastningen som venter, med to barn og en syk mann, er altfor høy», sa psykiateren. Inger innså at han hadde rett. Barnet var kanskje planlagt, men omstendighetene var snudd på hodet. Tenk om mannen

var like syk om ni måneder, og hun plutselig stod alene med ansvaret for tre barn?

NELIA

Nelia forteller at hun har vært gjennom to selvbestemte aborter: én i midten av tenårene og én i midten av tyveårene. Hun tror alderen hennes gjorde at hun ble møtt på to ulike måter i de to tilfellene. Da hun oppdaget den første graviditeten på helsestasjonen, oppfattet hun at personalet uoppfordret ringte til Haukeland universitetssjukehus for å bestille time i hennes navn. Moren kom også med en moralpreke: «Du kan ikke få barn, siden du er for ung til å ha sex», skal hun ha sagt. Men da Nelia ble gravid i midten av tyveårene, ble moren så glad at hun gikk til innkjøp av babyklær og leker. Nelia landet på at hun ville avbryte svangerskapet, men følte at hun sviktet sin egen mamma og sa til henne at hun hadde spontanabortert. Abort var det rette valget for Nelia begge gangene, forteller hun til oss, men i etterkant har hun fundert over de ulike måtene hun ble møtt på.

NOVA

Nova tok kontakt med oss da hun sto i valgprosessen. Hun fikk påvist posttraumatisk stresslidelse i etterkant av et seksuelt overgrep. Ikke lenge etter voldtekten ble hun også gravid, men ikke som følge av overgrepet hun ble utsatt for. Alt som ikke var bearbeidet før graviditeten, kom til overflaten under svangerskap og fødsel. Det medførte *fatigue* – utmattelse som ikke blir bedre av søvn eller hvile.

«Vi må snakke om abort og kjempe for kvinners rett til selvbestemmelse, verden over.»

Etter at Nova fødte sitt første og eneste barn for åtte år siden, har hun hatt det svært utfordrende. Hun er uføretrygdet, men hennes største ønske er å komme tilbake i arbeid. Nylig ble hun igjen uplanlagt gravid. Graviditeten var på en måte ønsket, sier hun: «Jeg vil ha flere barn, men klarer det ikke.» Nova tar seg pauser for å gråte i løpet av samtalen vår. Før aborten bestemte hun seg for å ta ultralyd for å se fosteret. «Jeg hadde et stort behov for å anerkjenne graviditeten, men følte meg ikke i stand til å ta vare på enda et barn.» I all hemmelighet tok hun abort. Ikke engang mannen fikk vite noe. Nova er overbevist om at det hadde gjort situasjonen enda sårere, siden han også ville ha flere barn. «Hvis han hadde sagt noe 'feil', som at det hadde vært hyggelig eller koselig med et barn til, hadde jeg ikke klart å ta abort. Den avgjørelsen var det viktig for meg å ta alene», sier Nova.

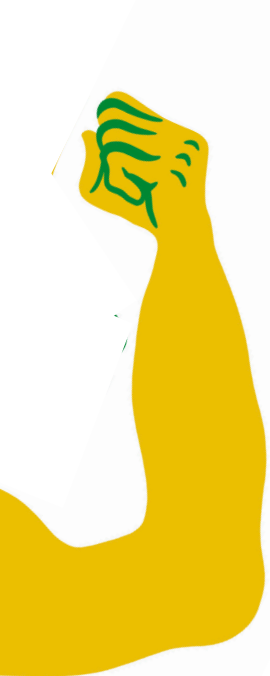
LILLI

Lilli fikk påvist brystkreft rett etter at hun fikk vite om en ønsket graviditet. For henne sto valget mellom abort og best mulig kreftbehandling, eller å beholde barnet og risikere at sykdommen kunne ta livet hennes. For henne ble det riktig å ta imot cellegift. Lignende historier med kreft har vi fått høre fra flere. Det finnes en rekke

medisinske årsaker til abort. Vi har bare nevnt noen av dem. Enkelte velger likevel å risikere livet for å få barn. Andre avslutter svangerskapet, i håp om å kunne fortsette å leve som før. Prioritering av egen fysiske og psykiske helse er en viktig årsak til at mange kvinner velger abort.

Historiene ovenfor viser at våre livsvalg, betingelser og følelser er i konstant endring. Det som føles rett i dag, passer ikke nødvendigvis i morgen. Mange av dem vi har snakket med, understreker også den individuelle erfaringen: Før du har opplevd en abort – enten den var provosert eller spontan – kan du ikke fullt ut vite hva det handler om. Avgjørelsen tas alltid i en sammenheng. Derfor mener vi det er viktig at vi ikke gjør oss til dommere, verken overfor andres valg eller med hensyn til hvordan vi selv vil velge hvis det er vi som en dag står overfor en mulig abort.

Det skal alltid føles riktig for en kvinne å få barn. Hun skal aldri føle seg forpliktet til å bli mor dersom hun ikke ønsker det eller ikke føler seg klar. Abort dreier seg i bunn og grunn om å kunne råde over sitt eget liv. Derfor må vi lytte til kvinners aborthistorier, og ikke bare til dem som er satt til å forvalte praksisen, enten det politikere eller fagfolk. Vi må snakke om abort og kjempe for kvinners rett til selvbestemmelse, verden over.



ABORT MÅ GJØRES TILGJENGELIG OGSÅ UTENFOR SYKEHUS

Tilgang til abort for alle handler om mer enn uketall og nemnd, det er også avgjørende hvordan aborttilbudet organiseres. For å sikre reell selvbestemmelse og likeverdig tilbud over hele landet bør abort bli tilgjengelig i primærhelsetjenesten.

Av Anneli Rønnes, fagpolitisk rådgiver Sex og samfunn

I sin NOU 2023:29, *Abort i Norge* foreslår regjeringens abortutvalg «at det utredes nærmere hvordan et tilbud kan organiseres utenfor sykehus for kvinner som skal ta abort før tiende svangerskapsuke». Dagens abortlov sier at gravide som ønsker å gjennomføre en abort må møte på sykehus.

En utdatert abortlov

Da abortloven ble vedtatt kunne aborter kun utføres kirurgisk og det var derfor nødvendig at dette skjedde på sykehus. I dag kan medikamentell abort utføres hjemme frem til 10. svangerskapsuke. Første tablett gis på sykehus, mens resterende medikamenter og smertestillende sendes hjem med pasienten, som fullfører aborten hjemme. Regelen om at gravide må møte på sykehus gir ikke mening når vi ser på dagens praksis, og er samtidig direkte til hinder for pasienter som er bostatt langt unna sykehus. Det er på overtid

å sørge for et godt og likeverdig aborttilbud over hele landet.

Hvorfor abort bør tilbys også utenfor sykehus

Abortutvalget tar til orde for et enklere abortforløp og bedre tjenester. De skriver at «mulighet for å få abortmedikamenter for eksempel hos fastlege eller på helsesjasjon for ungdom [vil] kunne gi flere et tilbud nærmere hjemmet, med kortere reisevei. [...] Det vil også øke valgfriheten til de som tar abort».

Den som har behov for abort bør selv få bestemme når, hvor og hvordan et svangerskapsavbrudd skal skje. Abort skal fortsatt tilbys ved sykehus for de som ønsker eller har behov for det, men å sikre at abort tilbys også utenfor sykehus vil styrke den enkeltes rett til selvbestemmelse og gjøre tilbudet mer fleksibelt.

Det er flere argumenter som taler for et bedre aborttilbud:

«Den som har behov for abort bør selv få bestemme når, hvor og hvordan et svangerskapsavbrudd skal skje.»

- Det vil gi mulighet til å planlegge og tilpasse tilbudet til den enkeltes situasjon, og samtidig vil det kunne bidra til større mulighet for diskresjon for eksempel unge personer og andre sårbare grupper. Å utvide aborttilbudet og redusere reisevei vil også bidra til at aborter kan gjennomføres på et tidligst mulig tidspunkt.
- Et tilbud om abort i primærhelsetjenesten kan gi et bedre pasientforløp. Det blir færre instanser å forholde seg til når den samme tjenesten er involvert både før, under og etter en abort. Når pasienten og behandlerne kjenner hverandre vil det også være lettere å få tilpasset oppfølging. Tilbud om abort, oppfølging og prevensjonsveiledning utenfor sykehusene, vil være bedre tilpasset den enkeltes behov, og kan forebygge nye uønskede graviditeter.
- Å tilby abort andre steder enn kun ved sykehus vil friggi kapasitet ved sykehusene, som vil føre til at de som har ønske og/eller behov for mer oppfølging kan få det.

Erfaringer fra andre land

Flere land tilbyr abort enten i primærhelsetjenesten eller hjemme. Et eksempel er Storbritannia, hvor tilbudet om medikamentell abort var likt det vi har i Norge, der den gravide måtte til sykehus for en undersøkelse og for å ta den første pillen. På grunn av koronapandemien vedtok

myndighetene at medikamentell abort midlertidig kunne tilbys via telekonsultasjon med sykepleier eller jordmor. Denne ordningen ble gjort permanent i 2022. Som et resultat av endret tilbud ble ventetiden redusert og hele 40 prosent av abortene fant sted før 6. svangerskapsuke.

I Canada kan preparatene for medikamentell abort fås direkte fra farmasøyt eller helsepersonell, og i Australia kan fastleger skrive ut preparatene.

I Norge er det kun gjort forsøk med å tilby abort utenfor sykehus, men med gode resultat. I et prøveprosjekt iverksatt av Helsedirektoratet i perioden 2015–2017 ble medikamentell abort tilbudt hos avtalespesialister i gynekologi. Tilbakemeldingen både fra pasientene og helsepersonellet var positive, og som Abortutvalget selv sier: kvinnene opplevde å bli godt ivaretatt og de følte seg trygge.

Ny abortlov og bedre tjeneste

Dagens abortlov er overmoden for endring. Det aller viktigste for en ny abortlov er å slå fast at enhver har rett til å bestemme over egen reproduksjon og at den som søker abort skal sikres god helsehjelp. Det forutsetter at den gravide har siste ordet, og at den gravide sikres like rettigheter og like god helsehjelp uavhengig av hvor de bor eller hvilken livssituasjon de er i.

ANBEFALT LESNING

For de som ønsker å lesere mer om abort i ulike perspektiver, kan vi anbefale følgende fag- og skjønnlitteratur:

Sakprosa og faglitteratur

- Austveg, Berit. *Abort. En etisk refleksjon*, Humanist forlag, 2017.
- Busch, Signe Veireød. *Senabort. Den usynlige sorgen*, Humanist forlag, 2023.
- Elvebakken, Kari Tove. *Abortspørsmålets politiske historie*, Universitetsforlaget, 2021. <https://www.idunn.no/doi/pdf/10.18261/9788215042923-2021>
- Gulbrandsen, Jorun (red). *Abortboka. Vårt liv! Vår kropp!* Forlaget Rødt, 2019.
- Holm, June og Vilde Bratland Hansen. *Avbrutt. Fortellinger om abort*, Res Publica, 2023.
- Kaluza, Susanne. *Abortkamp – Maktkamp*, Res Publica, 2019.
- Medikamentell abort hos avtalespesialist | Tidsskrift for Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2018/05/originalartikkel/medikamentell-abort-hos-avtalespesialist>
- Sommerseith E, Sundby J. *Kvinnerens erfaringer i møtet med abortnemnda ved sene svangerskapsbrudd*. *Sykepleien* Forskning. 2007; 2(3): 156-164. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/kvinnerens-erfaringer-i-moetet-med-abortnemnda-ved-sene-svangerskapsbrudd>
- Tidsskriftet Michael <https://www.michaeljournal.no/aset/issue/2023/04/Michael-2023-04.pdf>
- Aanesen, Ellen. *Ikke send meg ikke til en «kone», doktor. Fra 3 års fengsel til selvbestemt abort*, Oktober Forlag, 1981.

Rapporter og veiledere

- Abort i Norge: Ny lov og bedre tjenester* (NOU 2023:29) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-29/id3018279/>
- Folkhelseinstituttet. *Register over svangerskaps[1]avbrudd* (Abortregisteret). Statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/abort/> (3.9.2023).
- Haaland, M. E. S., Kjelsvik, M., Cetin, K., Gjengedal, E., Moland, K. M., Dalveit, A. K. & Bruvik, F. . *Kvinnerens erfaringer med abortnemnder*. Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, 2023. <https://bora.uib.no/bora-xmlui/handle/11250/3105432>
- Institutt for menneskerettigheter. *Abort i et menneskerettlig perspektiv*, København, 2023. https://menneskeret.dk/files/media/document/2023_06_06_Adgang-til-abort-i-et-menneskerettlig-perspektiv_DK_02.pdf

Verdens helseorganisasjon (WHO). *Abortion care guideline*, 2022. <https://www.who.int/publications/item/9789240039483>

Etikk og feministiske perspektiver

- Afdal, Geir, Åse Røthing og Espen Schjetne. *Empirisk etikk i pedagogiske praksiser*. Artikulasjon, forstyrrelse, ekspansjon. Cappelen Damm Akademisk, 2014.
- Gilligan, Carol. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press, 1982.
- Hugdahl, Gunhild Mari. *The right choice and the free choice. An empirical, ethical contribution to a Christian, feminist ethic of Reproductive Justice*, doktoravhandling, 2021.
- Peters, Rebecca Todd. *Trust Women: A Progressive Christian Argument for Reproductive Justice* Beacon Press, 2018.
- Pettersen, Tove. *Omsorg som etisk teori*. *Norsk filosofisk tidsskrift*, 41 (2), 151 – 161, 2006.
- Rossm, Loretta J. og Rickie Solinger. *Reproductive Justice: An Introduction*. University of California Press, 2017
- Thomson, J. J. «A defense of abortion.» *Philosophy and Public Affairs*, 1(1), 47–66. 1971. <https://danielwharris.com/teaching/101/readings/Thomson.pdf>

Skjønnlitteratur

- Anker, Nini Roll. *Den som henger i en tråd* (1935)
- Atwood, Margaret. *The Handmaid's Tale/Tjenerinnens beretning* (1985)
- Ernaux, Annie. *Hendelsen* (2020)
- Nedreaas, Tordis. *Av måneskinn gror det ingenting* (1947)
- Nilsen, Tove. *Aldri la dem kle deg forsvarsløst naken* (1974)
- Sandel, Cora. «Mange takk, doktor» (novelle, 1935)

Historie

- Møller, Katti Anker. *Moderskapets frigjørelse* (1915) *Tiden*:1974. <https://www.nb.no/items/ebb3ce9f-fe13114309d22303a9db5a71?page=19&searchText=moderskapets%20frigjorelse>
- Kvinnemuseet. (2023). *Fortiet. Aborthistorien 1902–1960*. Kvinnemuseet. <https://kvinnemuseet.no/fra1902>
- Roe v. Wade (1973). 410 U.S. 113 (1973) (U.S. Supreme Court 1973) <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/113/>



BLI MEDLEM I NORSK KVINNESAKSFORENING:

<http://kvinnesak.no/bli-med/>

Følg oss på <https://www.facebook.com/kvinnesak>

og www.kvinnesak.no

Kontakt: post@kvinnesak.no



BLI MEDLEM I KVINNEGRUPPA OTTAR:

<https://www.kvinnegruppa-ottar.no/bli-medlem>

Betal på Vipps til 12191

Ordinært medlemskap: kr 400 per år (200 for studenter og trygdede)

Støttemedlemskap: kr 50 per år

Kontakt: styret.ottar@gmail.com

Følg oss på Facebook: <https://www.facebook.com/KvinnegruppaOttar>



BLI MEDLEM I KVINNEFRONTEN:

<https://www.kvinnefronten.no/bli-medlem>

Det er også mulig å melde seg inn via sms. Send SMS-kode:

KF400 til 2380 – (vanlig medlemskap) – kr 400 per år

KF200 til 2380 (student, pensjonist, lavtlønna osv) – kr 200 per år

Kontakt: post@kvinnefronten.no Evt tlf 469 87 180 (tirsdag og fredag 10–16)



BLI MEDLEM I NORSKE KVINNERES SANITETSFORENING:

<https://sanitetskvinnene.no/bli-medlem>

www.sanitetskvinnene.no

Følg oss på Facebook: <https://www.facebook.com/sanitetskvinnene>

og på Instagram: <https://www.instagram.com/sanitetskvinnene>

SEX^oPOLITIKK



BLI MEDLEM I SEX OG POLITIKK:

<https://sexogpolitikk.no/bli-medlem-i-sex-og-politikk/>

Ordinært medlemskap: kr 250 per år (125 kroner det første året)

Medlemskap Ung: kr 50 per år Organisasjonsmedlemskap: 500 kr per år.

Følg oss på <https://www.facebook.com/SoPNorway>

og www.sexogpolitikk.no

Kontakt: post@sexogpolitikk.no

EN ABORTPOLITIKK FOR FRAMTIDEN

Da regjeringen nedsatte Abortutvalget i 2022 var det med et begrenset mandat og utvalget manglet kvinnebevegelsens erfaringer og perspektiv, i tillegg til sentrale fagfolk. Kvinnebevegelsen satte derfor ned vårt eget utvalg, som skal bidra til at diskusjonene om ny abortlovgivning også forankres i kvinnebevegelsens perspektiver. I tillegg til å produsere egne tekster med argumentasjon, har vi lest NOUen grundig, og har flere reaksjoner på rapporten.



NORGES
KVINNELOBBY



SEXØPOLITIKK