

Oslo, 20.03.20

### **Innspill til Representantforslag 45 S (2019–2020)**

Sex og samfunn vil takke for muligheten til å komme med innspill til *Representantforslag 45 S (2019–2020) fra stortingsrepresentantene Kari Elisabeth Kaski og Nicholas Wilkinson. Dokument 8:45 S (2019–2020).*

### **Om Sex og samfunn**

Sex og samfunn ble etablert i 1971 og er Norges største senter for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. Sex og samfunns driver klinisk, undervisnings- og formidlingsarbeid, der den kliniske delen av arbeidet inkluderer Norges største klinikk for seksuell helse.

I 2019 hadde vi i underkant av 29 000 besøk på klinikken, hvorav om lag 14 000 tok selvtest, og i underkant av 15 000 møtte til timekonsultasjon. I tillegg besvarte vi om lag 8 200 henvendelser fra hele landet på epost og telefon, og vår chat besvarte totalt 10 700 samtaler i 2019. Tjenesten nådde ut til personer fra alle landets fylker. Majoriteten av de som kontaktet oss vi chat, totalt 45 %, var i aldersgruppen 20-25 år. I 2018 utviklet vi en chatbot som skal svare på spørsmål knyttet til prevensjon, og vår chatbot mottok i 2019 i underkant av 18 000 henvendelser. De fleste av henvendelsene til Sex og samfunn kommer i hovedsak fra unge, foreldre og fra helsepersonell.

Erfaringer fra vårt kliniske arbeid genererer bred kunnskap som videreformidles til øvrige aktører på feltet. Sex og samfunn gjennomfører ulike opplæringstiltak. Vi er blant annet, på vegne av Utdanningsetaten, leverandør av seksualitetsundervisning til alle elever på 9. trinn i Oslo kommune. I 2019 underviste vi totalt 174 9. klasser. Vi holder også kurs og opplæring om seksuell helse for studenter ved høyskoler og universiteter, og til ulike yrkesgrupper. Sex og samfunn gjennomfører tiltak som fagutvikling og kunnskapsspredning blant annet gjennom hospiteringsordning for helsepersonell, utvikling av Metodebok for seksuell helse, eMetodebok.no, og drift av nettsiden sexogsamfunn.no, som inneholder faglig informasjon og faktaopplysninger om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

Gjennom vårt formidlings- og påvirkningsarbeid bidrar vi til å sette dagsorden både politisk og i mediene, både lokalt og nasjonalt, og dette arbeidet er en stadig større del av vår virksomhet.

## Vårt innspill

Sex og samfunn er i utgangspunktet positive til forslag som tar sikte på å utvide retten til selvbestemt abort, og vi ønsker også å sikre best mulig veiledning og oppfølging, før, under og etter svangerskapet, uavhengig av hvorvidt svangerskapet fullføres eller ikke.

Vi har følgende innspill til de fem forslagene fra representantene:

- 1. Stortinget ber regjeringen fremme de nødvendige forslag for å utvide grensen for selvbestemt svangerskapsavbrudd til å gjelde til og med 16. svangerskapsuke.*

Sex og samfunn støtter forslaget, men vi ønsker at selvbestemt svangerskapsavbrudd skal gjelde frem til uke 18.

I 2019 ble 371 svangerskapsavbrudd utført i svangerskapsuke 13 til 18.<sup>1</sup> Av de 516 svangerskapsavbrudd som ble innvilget i nemnd i 2019<sup>2</sup>, ble nesten 300 av disse innvilget på grunnlag av Abortlovens § 2 c)<sup>3</sup>, som sier at svangerskapsavbrudd kan skje når «det er stor fare for at barnet kan få alvorlig sykdom, som følge av arvelige anlegg, sykdom eller skadelige påvirkninger under svangerskapet».<sup>4</sup>

Svangerskapsavbrudd brukes ikke som en enkel løsning på en uplanlagt graviditet, uavhengig av når i svangerskapet avbruddet skjer, og Sex og samfunn tror ikke at en utvidelse av retten til selvbestemt abort vil føre til økt antall svangerskapsavbrudd. Basert på møter med pasienter ved vår klinikk vet vi at de som blir uplanlagte gravide og ønsker å avslutte graviditeten, vil gjøre dette så raskt som mulig. Vi mener at ved å utvide grensen for selvbestemt abort vil vi bedre møte de som av ulike årsaker ønsker eller mener det er nødvendig å avslutte svangerskapet, og vi sikrer samtidig at det er den enkeltes eget valg.

I tillegg til at vi jobber for å utvide retten til selvbestemt abort, ønsker Sex og samfunn en diskusjon om hva som skal gjøres etter selvbestemmelsesperioden og frem til uke 22. Skal disse svangerskapsavbruddene fortsatt måtte behandles i nemnd, og hvordan skal eventuell nemndene struktureres ved en slik endring?

---

<sup>1</sup> Abortregisteret. (2020). [Rapport om svangerskapsavbrudd 2019](#): s. 15.

<sup>2</sup> Abortregisteret. (2020). [Rapport om svangerskapsavbrudd 2019](#): s. 15.

<sup>3</sup> Ibid.: s. 22.

<sup>4</sup> Lovdata. [Lov om svangerskapsavbrudd \[abortloven\]](#).

2. *Stortinget ber regjeringen gjøre det mulig for kvinner å ta en beslutning om fosterantallsreduksjon innenfor grensene for selvbestemt svangerskapsavbrudd.*

Sex og samfunn er imot enhver innskrenking av kvinners rett til selvbestemt abort, og vi mener at kvinners rett til å bestemme over egen kropp også må gjelde i tilfeller ved fosterantallsreduksjon. I forkant av vedtaket som i juni 2019 fastslo at flerlingsvangerskap heretter skal behandles i nemnd, var vi svært aktive i den politiske debatten. Våre hovedargumenter har hele tiden vært<sup>5,6,7</sup>:

- Det er kvinnen selv som er best egnet til å ta beslutninger knyttet til eget liv og egen kropp.
- Retten til selvbestemt abort avhenger ikke av antall foster.
- Det er ingen andre etiske vurderinger til grunn ved fosterantallsreduksjon sammenlignet med svangerskapsavbrudd ellers.

Sex og samfunn har også vært opptatt av at fostermedisin er et felt som er i rask utvikling. Regjeringens ønske om å presisere loven gjennom lovendring er derfor lite hensiktsmessig, ettersom den medisinsk-teknologiske utviklingen raskt vil kunne utfordre lovendringen vedtatt i 2019. I USA gjennomføres slike inngrep allerede før uke 12, og det er grunn til å tro at praksis i Norge vil kunne endres som følge av utviklingen på feltet. Da kan vi havne i en situasjon hvor loven ikke tillater fosterantallsreduksjon, selv om inngrepet kan skje innen utgangen av uke 12. Da har vi ført kvinners rettigheter i feil retning.

3. *Stortinget ber regjeringen sikre at alle kvinner som gjennomgår en spontanabort, får tilbud om oppfølging fra psykolog eller jordmor.*

Sex og samfunn støtter dette forslaget, og vi mener i tillegg at oppfølging også kan gjøres av annet helsepersonell, for eksempel leger og helsesykepleiere.

Vi mener at jordmortjenesten må styrkes, og vi må øke jordmors rolle, betydning og status i kommunene. En fersk rapport fra Helsedirektoratet sier det samme: Det anbefales økt jordmorkompetanse i kommunene.<sup>8</sup> En satsing på jordmortjenesten vil gi bedre tilbud til personer som gjennomgår eller har gjennomgått spontanabort, og det vil i tillegg gi et bedre tilbud gjennom svangerskapet, fødsel og i barseltiden. Den

---

<sup>5</sup> Sex og samfunn. (2019). [Innspill til høring om forslag til endring i abortloven – fosterreduksjon](#).

<sup>6</sup> Sex og samfunn. (2019). [Endringer i abortloven \(fosterreduksjon\). Prop. 106 L \(2018-2019\)](#), skriftlig innspill.

<sup>7</sup> Sex og samfunn. (2019). [Endringer i abortloven \(fosterreduksjon\). Prop. 106 L \(2018-2019\)](#), muntlig innspill.

<sup>8</sup> Helsedirektoratet. (2020). [Endringer i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem](#).

kommunale jordmortjenesten er i dag ikke dimensjonert for å møte de oppgaver som er pålagt, og vi etterlyser tiltak som gir økte ressurser og økt kompetanse for å sikre en bedre jordmortjeneste i hele landet. Vi mener i tillegg at jordmødre kan ta større del i kvinners helse, blant annet ved å tilby cytologiske prøver fra livmorhals og ved å tilby prevensjon, inkludert langtidsvirkende prevensjon (p-stav og spiral).

- 4. Stortinget ber regjeringen sikre at kvinner som skal gjennomføre et planlagt svangerskapsavbrudd, får tilbud om å gjennomføre dette på sykehuset, dersom kvinnen selv ønsker det.*

Sex og samfunn støtter dette, og det er jo et tilbud som finnes i dag, men som vi dessverre vet at noen kan oppleve som lite tilgjengelig. De som ønsker å få utført en medikamentell abort på sykehuset skal få mulighet til det. I tillegg må muligheten til hjemmeabort kommuniseres bedre og i større grad enn i dag, blant annet må tilgang til veiledning og oppfølging tydeliggjøres, for å gjøre situasjonen tryggest mulig for den som velger å utføre medikamentell abort hjemme.

Vi mener videre at et tredje alternativ bør tilbys: medikamentell abort i primærhelsetjenesten, slik Verdens helseorganisasjon anbefaler.<sup>9</sup> Flere land har gjort dette: I Canada kan preparatene for medikamentell abort (mifepriston og misoprostol) fås direkte fra farmasøyt eller helsepersonell.<sup>10</sup> I 2019 ble det i tillegg ikke lenger påkrevd å få utført ultralyd i forkant av medikamentell abort, som både var en ekstra barriere og som forlenget ventetiden for den som ønsket å få utført en abort.<sup>11</sup> I Australia kan fastleger skrive ut preparatet til medikamentell abort.<sup>12</sup>

I Norge ble det i perioden mars 2015 til mars 2017 gjennomført et prøveprosjekt hvor medikamentell abort ble tilbudt hos avtalespesialister, og resultatene var positive. Prosjektet inkluderte ni avtalespesialister i Oslo, Bærum, Stavanger og Bergen, og totalt 500 kvinner deltok i prosjektet. Formålet var å «øke kvinnens valgfrihet, og å bedre tilgjengeligheten til abort ved å etablere et lavterskeltilbud med medikamentell abort hos avtalespesialister».<sup>13</sup> Prøveprosjektet viste at kvinnene opplevde en stor grad av trygghet og var godt fornøyde med tilbudet, og i sin rapport konkluderer Helsedirektoratet med følgende:

---

<sup>9</sup> World Health Organization. (2012). [Safe abortion: technical and policy guidance for health systems](#).

<sup>10</sup> Health Canada. (2017). [Health Canada updates prescribing and dispensing information for Mifegymisio](#).

<sup>11</sup> Health Canada. (2019). [Health Canada approves updates to Mifegymisio prescribing information: Ultrasound no longer mandatory](#).

<sup>12</sup> Baird. (2015). [Medical abortion in Australia: a short history](#).

<sup>13</sup> Helsedirektoratet. (2018). [Medikamentell abort hos avtalespesialist. Prøveprosjekt mars 2015 – mars 2017](#): s. 2.

Prøveprosjektet har bekreftet at det store flertallet av kvinnene er fornøyde med å motta abortbehandling hos avtalespesialist. Medikamentell abort hos avtalespesialist vurderes ut fra resultatene i dette prosjektet å være et godt supplement til allerede eksisterende tilbud ved sykehusene.<sup>14</sup>

Sex og samfunn mener at det bør vurderes en permanent løsning basert på funn fra prøveprosjektet beskrevet over. I underkant av 45 % av personene som deltok i prøveprosjektet sa de benyttet seg av tilbudet hos avtalespesialist fordi de fikk raskere time der.<sup>15</sup> Som vi tidligere har vært inne på: Basert på møter med pasienter ved vår klinikk vet vi at de som blir uplanlagte gravide og ønsker å avslutte graviditeten, vil gjøre dette så raskt som mulig. Da er det viktig at vi ser på løsninger som bidrar til å gjøre tilbudet mer tilgjengelig.

Daværende styremedlem i Praktiserende legers landsforening, Runa Sigrud Aabø, var en av de som initierte det norske prøveprosjektet. Hun uttalte i 2018 følgende i et intervju med Tidsskriftet for Den norske legeförening:

Dette er en behandling som kan utføres på laveste, effektive nivå – til beste for kvinnen. For oss i avtalepraksis er det viktig å vise at vi ønsker å være med i utviklingen med å tilby god behandling til abortsøkende kvinner. Valgfriheten til den enkelte er viktig.<sup>16</sup>

I 2019 utgjorde medikamentell abort over 92 % av antall svangerskapsavbrudd utført innen utgangen av uke 12.<sup>17</sup>

- 5. Stortinget ber regjeringen utrede og etablere rådgivende team i hele landet med kvalifisert helsepersonell som støtter og veileder kvinnen og sikrer kvinnen reell selvbestemmelse, som erstatning for dagens nemndsystem ved svangerskapsavbrudd etter uke 12.*

Sex og samfunn støtter tiltak som sikrer støtte og veiledning dersom dette er et ønske fra pasienten. Vi støtter videre at pasienten skal få mulighet til å snakke med noen dersom dette er et ønske. Et slikt team burde bygge på jordmortjenesten i kommunen, ved å gi jordmødrene et større ansvarsområde, se våre argumenter under punkt tre. Vi mener at alle kommuner bør ha en jordmortjeneste, for eksempel egne jordmorklinikker, som kan fungere slik representantene ønsker.

---

<sup>14</sup> Ibid.: s. 27.

<sup>15</sup> Ibid.: s. 13.

<sup>16</sup> Tidsskrift for Den norske legeförening. (2018). [Abort nesten hjemme](#).

<sup>17</sup> Abortregisteret. (2020). [Rapport om svangerskapsavbrudd 2019](#): s. 18.



## Sex og samfunn

Vi mener en utvidelse av rett til selvbestemt abort sikrer reell selvbestemmelse, og at det i utgangspunktet ikke trengs en erstatning for dagens nemnds-system innenfor en eventuelt utvidet rett til selvbestemt abort, dersom representantenes ønske om en utvidet rett til selvbestemt abort skulle blitt vedtatt. Som nevnt over etterlyser vi en diskusjon om hva som skal gjøres etter selvbestemmelsesperioden og frem til uke 22, se punkt én.

### Forebyggende arbeid

Sex og samfunn mener i tillegg det er viktig å jobbe forebyggende for å hindre uplanlagte svangerskap og aborter. Vi ønsker å adressere fire områder vi mener i større grad bør inkluderes i det forebyggende arbeidet:

- Unge under 16 år bør få bedre tilgang til prevensjon. For å få til dette må unge under 16 år inkluderes i statens subsidieordning for prevensjon, slik at prevensjon blir gratis. I tillegg bør helsesykepleiere og jordmødre også få forskrivningsrett til prevensjon til unge under 16 år, og i 2019 gjorde Stortinget følgende vedtak: *Stortinget ber regjeringen fjerne begrensningen som gjør at helsesykepleiere og jordmødre ikke har forskrivningsrett på alle typer prevensjon til unge under 16 år.*<sup>18</sup> Vi venter på at vedtaket skal følges opp.
- Tilbudet om helsestasjon for ungdom bør styrkes, og Sex og samfunn mener at det bør være krav til kommunene å tilby helsestasjon for ungdom opp til 25 år, og ikke kun opp til 20 år som er kravet i dag.<sup>19</sup> Et utvidet tilbud vil sikre at flere vil ha tilgang til lavterskel og forebyggende tjenester, og vi mener at dette er et viktig tiltak for å gi unge bedre tilgang til informasjon og prevensjon som vil redusere uplanlagte svangerskap.
- Ifølge Rapport om svangerskapsavbrudd er det aldersgruppen 25-29 år som de siste årene har stått for den høyeste andelen svangerskapsavbrudd.<sup>20</sup> Vi opplever samtidig at det er få forebyggende tiltak rettet mot denne aldersgruppen. Aldersgruppen 25-29 har ikke tilgang til lavterskeltilbud lik tilbudet ved helsestasjon for ungdom, og de må selv betale for prevensjon. Sex og samfunn mener det bør iverksettes tiltak som også adresserer uplanlagte svangerskap og aborter i denne aldersgruppen.

---

<sup>18</sup> Stortinget.no. (2019). [Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn. Meld. St. 19 \(2018-2019\), Innst. 369 S \(2018-2019\)](#): Stortingsvedtak 589.

<sup>19</sup> Helsedirektoratet. (2017). [Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom](#).

<sup>20</sup> Abortregisteret. (2020). [Rapport om svangerskapsavbrudd 2019](#): s. 11.



## Sex og samfunn

- Kvinnen er den eneste som kan ta avgjørelser knyttet til egen kropp, og det er kun kvinnen som skal ta avgjørelsen angående hvorvidt et svangerskap skal avsluttes eller ikke. Vi savner likevel et fokus på menns rolle i det forebyggende arbeidet, og vi mener begge parter må inkluderes for å forebygge uplanlagte svangerskap.

### **Avslutningsvis**

Sex og samfunn ønsker å takke representantene Kaski og Wilkinson for å adressere tiltak knyttet til abort. Vi støtter tiltak som vil utvide retten til selvbestemt abort, og vi støtter tiltak som vil gi bedre veiledning og oppfølging, før, under og etter svangerskapet, uavhengig av hvorvidt svangerskapet fullføres eller ikke.

Vårt ønske er også at mer veiledning og oppfølging skal bidra til å fjerne den skammen mange føler etter å ha opplevd en spontanabort eller fått utført en selvbestemt abort.

Med vennlig hilsen

Maria Røsok  
Daglig leder

Tore Holte Follestad  
Assisterende daglig leder