



VELFERÐARRÁÐUNEYTIÐ

Heildarendurskoðun laga nr. 25/1975, um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir

Nóvember 2016

Samantekt unnin af nefnd sem ætlað var að vinna að heildarendurskoðun laga um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir

Heildarendurskoðun laga nr. 25/1975, um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um
fóstureyðingar og ófrjósemissaðgerðir
Nóvember 2016

Útgefandi: Velferðarráðuneytið
Hafnarhúsinu við Tryggvagötu
101 Reykjavík
Sími: 545 8100
Bréfasími: 551 9165
Netfang: postur@vel.is
Veffang: velferðarraduneyti.is

Umbrot og textavinnsla: Velferðarráðuneytið

©2016 Velferðarráðuneytið

ISBN 978-9935-477-23-1

Efnisyfirlit

Inngangur	5
Útdráttur	6
1. Sögulegt yfirlit um lögin á Íslandi	7
2. Ný löggjöf – er breytinga þörf?	9
2.1 Löggjöf um fóstureyðingar hér á landi	9
2.2 Löggjöf um fóstureyðingar erlendis	10
2.2.1 Danmörk	10
2.2.2 Noregur	10
2.2.3 Svíþjóð	11
2.2.4 Finnland	11
2.2.5 Bretland	11
2.2.6 Önnur lönd	12
2.3 Löggjöf um ófrjósemisaðgerðir hér á landi	12
2.4 Löggjöf um ófrjósemisaðgerðir erlendis	12
3. Kynheilbrigði	14
4. Frjósemi í íslensku samfélagi	16
4.1 Þunganir unglingsstúlkna	16
4.2 Fóstureyðingar	16
4.3 Ófrjósemisaðgerðir	17
5. Óráðgerð þungun	19
5.1 Aðgengi að getnaðarvörnum	21
6. Tillögur að breytingum á núverandi lögum	23
6.1 Uppbygging laganna	23
6.2 Fræðsla og ráðgjöf um kynheilbrigði	23
6.2.1 Almennt um lögin	23
6.2.2 Fagráð um kynheilbrigði	23
6.2.3 Kynheilbrigðisáætlun	24
6.2.4 Kynfræðsla	24
6.2.5 Kynheilbrigðismóttökur	25
6.2.6 Aðgengi og niðurgreiðsla getnaðarvarna	27
6.3 Um þungunarrof	28
6.3.1 Almennt um lögin	28
6.3.2 Orðanotkun	28
6.3.3 Sjálfsákvörðunarréttur kvenna	29
6.3.4 Tímamörk	30
6.3.5 Greinargerð tveggja fagaðila	32
6.3.6 Úrskurðarnefnd	33
6.3.7 Mismunur	34

6.4	Um ófrjósemisaðgerðir	34
6.4.1	Almennt um lögin	34
6.4.2	Aldursmörk	35
6.4.3	Börn yngri en 18 ára	35
6.4.4	Mismunun	36
7.	Heildartillögur	37
8.	Almenn atriði	38
	Lokaorð	39
	Heimildaskrá	40
	Fylgiskjal	45

Myndaskrá

MYND 1. FJÖLDI FÓSTUREYÐINGA MEÐAL ÍSLENSKRA KVENNA ÁRIÐ 2014 Á 1000 KONUR 15-49 ÁRA, SKIPT EFTIR ALDURSHÓPUM.	17
MYND 2. FÖLDI ÓFRJÓSEMISAÐGERÐA Á 1000 KONUR OG KARLA 25-54 ÁRA Á ÍSLANDI Á TÍMABILINU 2000–2015, SKIPT EFTIR KYNJUM.	18
MYND 3. HLUTFALL UNGLINGA Í NÍU LÖNDUM SEM VORU BYRJAÐIR AÐ STUNDA KYNMÖK VIÐ 15 ÁRA ALDUR ÁRIÐ 2005/2006.	20
MYND 4. NOTKUN NEYÐARPILLUNNAR Á 1000 KONUR 15–49 ÁRA ÁRIÐ 2014 Á FIMM NORÐURLÖNDUM.....	22

Inngangur

Í mars 2016 skipaði heilbrigðisráðherra nefnd sem ætlað var að vinna að heildarendurskoðun á lögum nr. 25/1975, um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir. Nefndin var þannig skipuð:

- ▶ Sóley S. Bender, formaður, sérfræðingur í kynheilbrigði og prófessor við Háskóla Íslands.
- ▶ Guðrún Ögmundsdóttir, félagsráðgjafi, cand.com og tengiliður vistheimila í innanríkisráðuneytinu.
- ▶ Jens A. Guðmundsson, sérfræðingur í fæðingar- og kvensjúkdómalækningum og dósent við Háskóla Íslands.

Starfsmaður nefndarinnar var Þórunn Oddný Steinsdóttir, lögfræðingur í velferðarráðuneytinu.

Nefndin fundaði 15 sinnum. Auk þess voru haldnir fundir með gestum og nokkrir vinnufundir.

Á fyrsta fundi nefndarinnar var lögð áhersla á að hefja vinnuna með samráði. Nefndin var sammála um að í stað hugtaksins fóstureyðing yrði í umfjöllun nýrra laga notað hugtakið þungunarrof. Ákveðið var að birta auglýsingu á vef velferðarráðuneytisins þar sem óskað væri eftir tillögum og athugasemdum varðandi heildarendurskoðun laganna. Veitti nefndin tæplega mánaðarfrest til að skila inn umsögnum. Alls bárust 27 umsagnir.

Nefndin fékk til sín gesti á nokkra fundi. Voru þeir m.a. frá fósturgreiningardeild Landspítalans, Félagi áhugafólks um Downs heilkenni, Þroskahjálp, Umboðsmanni barna og Siðfræðistofnun Háskóla Íslands.

Útdráttur

Við heildarendurskoðun laganna kynnti nefndin sér viðhorf, reynslu og þekkingu einstaklinga, félagasamtaka og stofnana varðandi lög nr. 25 frá 1975. Jafnframt kallaði hún til sín aðila til að skoða nánar ákveðin málefni. Að auki kynnti hún sér bækur, fræðigreinar, skýrslur, lög og annað efni hér á landi og erlendis er varðar málefnið.

Í byrjun skýrslunnar er gerð grein fyrir sögulegri þróun laga frá 1935 og fram til dagsins í dag. Síðan er fjallað um núverandi löggjöf um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir hér á landi og erlendis. Í framhaldi af því er fjallað almennt um kynheilbrigði til að gefa heildarsýn á þann málaflokk og réttarstöðu kvenna. Gefið er yfirlit yfir frjósemi í íslensku samfélagi og gerður samanburður við nágrannalönd. Í kjölfarið er fjallað um óráðgerða þungun sem er ástæða þess að konur hafa staðið frammi fyrir þeirri ákvörðun hvort þær eigi að ganga með barn eða fara í fóstureyðingu. Í framhaldi af því er fjallað um hvern hluta laganna fyrir sig. Fyrst er fjallað um *Fræðslu og ráðgjöf um kynheilbrigði*, því næst er umfjöllun um *Þungunarrof* og að lokum um *Ófrjósemisaðgerðir*. Í hverjum hluta eru færð rök fyrir helstu breytingum sem nefndin telur mikilvægt að gera á núverandi lögum og í kjölfar þeirrar umfjöllunar eru settar fram tillögur um breytingar.

Meginniðurstöður nefnarinnar lúta að kynheilbrigði fólks, rétti einstaklingsins til að taka ákvörðun um barneign og mikilvægi þess að afmá alla mismunun. Þær breytingar sem nefndin leggur til eiga að miklu leyti rætur í reynslu af núverandi lögum, þeim þjóðfélagslegu breytingum sem orðið hafa á síðustu áratugum, tæknilegri þróun læknávisindanna og þeim hugmyndafræðilegu áherslum sem kynheilbrigði byggist á.

„Mundi ég fyrir mitt leyti jafnvel geta fallist á þá löggjöf um fóstureyðingar, er þeir heimta, sem lengst vilja ganga og láta konur með öllu sjálfráða um, hvort þær vilja verða mæður eða ekki“ (Vilmundur Jónsson, landlæknir, Alþingi, 1934, bls 129).

1. Sögulegt yfirlit um lögina á Íslandi

Fram til ársins 1935 voru engin ákvæði í lögum sem heimiluðu læknum að framkvæma fóstureyðingu, jafnvel þótt lífi eða heilsu konu væri stefnt í hættu með áframhaldandi meðgöngu eða fæðingu. Áður en lög nr. 38/1935, um leiðbeiningar fyrir konur um varnir gegn því að verða barnshafandi og um fóstureyðingar, voru sett giltu ákvæði hegningarlaga frá árinu 1869. Þrátt fyrir þetta var það almennt viðurkennt að læknum væri heimilt og skylt að framkvæma þessa aðgerð ef það reyndist lífsnauðsynlegt fyrir móðurina. Lögina frá 1935 heimiluðu fóstureyðingar einkum af heilsufarsástæðum en taka mátti mið af félagslegum aðstæðum. Einnig heimiluðu lögina að framkvæma ófrjósemisaðgerðir að ósk kvenna ef þungun gæti verið lífshættuleg eða mikil sjúkdómshætta væri fyrir hendi. Í lögnum er einnig fjallað um leiðbeiningar lækna um getnaðarvarnir og er öðrum en læknum bannað að hafa slíkar leiðbeiningar með höndum.

Lögina frá 1935 voru samin af þáverandi landlækni, Vilmundi Jónssyni. Í þingskjali frá árinu 1934 lýsir hann þeirri skoðun sinni að kona eigi að vera sjálfráð um fóstureyðingu. Hann segir: „Mundi ég fyrir mitt leyti jafnvel geta fallist á þá löggjöf um fóstureyðingar, er þeir heimta, sem lengst vilja ganga og láta konur með öllu sjálfráða um, hvort þær vilja verða mæður eða ekki“ (Alþingi, 1934, bls 129). Í lögnum frá 1935 var ákvæði um að samþykki tveggja lækna væri krafist áður en fóstureyðing mætti fara fram.

Árið 1975 voru núgildandi lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir samþykkt á Alþingi. Það var þó ekki þrautalaust að koma þeim á. Árið 1970 skipaði þáverandi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, Eggert G. Þorsteinsson, nefnd sem skilaði af sér frumvarpi til laga árið 1973 um umrætt málefni. Frumvarpið olli miklum deilum bæði innan þings sem utan. Einkum var deilt um 9. gr. frumvarpsins þar sem margir töldu þar verið að leiða í lög svokallaðar frjálssar fóstureyðingar. Í ákvæðinu kom nánar tiltekið fram að fóstureyðing væri heimil að ósk konu, væri hún búsett hérlendis eða ætti íslenskt ríkisfang, væri aðgerðin framkvæmd fyrir lok 12. viku meðgöngu og ef engar læknisfræðilegar ástæðu mæltu gegn slíkri aðgerð.

Í nóvember 1974 skipaði þáverandi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, Matthías Bjarnason, nefnd til þess að undirbúa endurframlagningu frumvarpsins. Nefndin var skipuð þremur karlmönnum. Hún lagði til að gerðar yrðu verulegar breytingar á 9. gr. frumvarpsins þess efnis að heimildir til fóstureyðingar væru þrengdar umtalsvert. Í stað þess að kona gæti sjálf tekið ákvörðun um fóstureyðingu fram til loka 12. viku meðgöngu þá voru það ýmist tveir læknar eða lækni og félagsráðgjafi sem þurftu að samþykkja umsókn um fóstureyðingu.

Nefndin gerði auk þess breytingu á ákvæðum laganna um ófrjósemisaðgerðir. Fyrra frumvarpið gerði ráð fyrir svokölluðum frjálsum ófrjósemisaðgerðum eftir 18 ára aldur. Tók nefndin sérstaklega fram að hún væri fylgjandi ófrjósemisaðgerðum að ósk viðkomandi en taldi aldurstakmarkið hins vegar allt of lágt. Lagði nefndin til að aldurstakmarkið yrði hækkað upp í 25 ára aldur. Að auki var sú breyting gerð á fyrsta hluta laganna, er laut að ráðgjöf og fræðslu, að yfirumsjón með uppbyggingu og framkvæmd þessa hluta laganna yrði í höndum landlæknis. Einnig að skólayfirlæknir skyldi sjá um fræðslustarf í skólum.

Í meðförum þingsins komu fram ýmis sjónarmið varðandi frumvarpið sem nefndin lagði fram. Geti má þess að Magnús Kjartansson skilaði séráliti um frumvarpið þar sem hann lagði áherslu á mikilvægi fyrsta hluta laganna um ráðgjöf og fræðslu (Alþingi, 1975). Einnig fjallaði hann um breytinguna á 9. gr laganna. Þar segir hann: „Þetta ákvæði um ákvörðunarrétt konu er gersamlega fellt niður í þeirri nýju gerð frumvarpsins sem nú liggur fyrir ... Í fyrra frumvarpinu var lagt til að ákvörðunarvaldið yrði í höndum konunnar ... en í því frumvarpi sem nú liggur fyrir er lagt til að konan hafi ekkert ákvörðunarvald, heldur séu hinar orlagaríkustu ákvarðanir, sem varða líf hennar og framtíð, teknar af embættismönnum og sérfræðingum á tilteknum þröngum sviðum.“ Einnig kom fram í áliti stjórnar Kvenréttindafélags Íslands við frumvarpið að „venjuleg kona sé þess umkomin að

taka sjálf endanlega ákvörðun, eftir að hún hefur hlotið allar þær upplýsingar sem gert er ráð fyrir í frumvarpinu". Umrætt frumvarp var afgreitt á þingi vorið 1975 og varð þá að lögum.

Frá því að lög nr. 25/1975 voru sett hefur framkvæmd fóstureyðinga og túlkun laganna breyst fremur lítið. Umsóknum um fóstureyðingu var vísað til úrskurðarnefndar ef kona var gengin lengra en 12 vikur án þess að væri krafa um það í lögum. Árið 1997 féll dómur Hæstaréttar í máli 134/1997 þar sem læknir var ákærður fyrir brot á lögnum þar sem hann hafði framkvæmt fóstureyðingu á konu sem gengin var um 14 vikur. Í umræddu máli hafði konu verið synjað um fóstureyðingu þegar hún var gengin rúmlega 12 vikur og sú synjun staðfest af úrskurðarnefnd. Í héraðsdómi, sem staðfestur var í Hæstarétti, voru ákvæði laganna rakin og því slegið föstu að 10. gr. laganna veitti heimild til þess að fóstureyðing væri framkvæmd fram að lokum 16. viku að undangengnu samþykki tveggja lækna eða læknis og félagsráðgjafa. Í kjölfar niðurstöðu dómsins var umsóknum kvenna um fóstureyðingu eftir lok 12. viku áfram synjað af læknum og vísað til nefndarinnar þangað til árið 2006 þegar umræddu vinnulagi var breytt. Var umsóknum um fóstureyðingu þá einungis vísað til úrskurðarnefndar eftir lok 16. viku meðgöngu. Aðgengi að fóstureyðingum hefur talist gott hér á landi en talsvert hefur borið á gagnrýni á kröfu 11. gr. um greinargerð tveggja lækna, eða læknis og félagsráðgjafa, þegar fóstureyðing byggist á félagslegum forsendum. Umrædd gagnrýni hefur byggst á því að með ákvæðinu sé réttur kvenna til að taka sjálfar ákvörðun um barneign ekki virtur.

2. Ný löggjöf - er breytinga þörf?

Rúmlega 41 ár er liðið frá því að lög nr. 25/1975 voru samþykkt á Alþingi. Má í raun segja að niðurstaða þingsins á þeim tíma hafi að vissu leyti verið málamiðlun þegar litið er til þess frumvarps sem lagt var fram á þingi árið 1973. Byggðist það frumvarp á þeirri sannfæringu að virða ætti sjálfsákvörðunarrétt konu til að taka ákvörðun um barneign. Með tímanum hefur þróunin á sviði mannréttina verið í þá átt að auka sjálfsforræði einstaklingsins og má í því samhengi nefna fjölmarga alþjóðlega samninga, svo sem samning um afnám allrar mismunar gegn konum, nr. 5/1985, samninginn um vernd mannréttinda og mannglegrar reisnar með hliðsjón af starfsemi á sviði líffræði og læknisfræði og samning um mannréttind og líflæknisfræði sem samþykktur var í Oviedo árið 1997 og fullgiltur hefur verið hér á landi þar sem sjálfsforræði einstaklingsins er haft í hávegum (Samningur um vernd..., 2005). Einnig má nefna samning Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks, sem nýlega var fullgiltur hér á landi, þar sem höfuðáhersla er lögð á sjálfsforræði einstaklinga með fötlun. Í ljósi þessarar þróunar var nefndin einhuga um að nauðsynlegt væri að gera breytingar á lögum nr. 25/1975, um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir, með það fyrir augum að tryggja og undirstrika rétt hvers einstaklings til sjálfsforræðis yfir sínum líkama sem og rétt hvers einstaklings til þess að taka ákvörðun um barneign.

Einnig taldi nefndin mikilvægt að gerðar yrðu breytingar á lögnum með það að markmiði að stuðla að bættu kynheilbrigði í íslensku samfélagi. Fólk á rétt á góðum upplýsingum til að geta tekið sjálfstæðar ákvarðanir um barneign eða takmörkun þeirra. Jafnframt á fólk rétt á greiðu aðgengi að getnaðarvörnum til að koma í veg fyrir óráðgerða þungun.

2.1 Löggjöf um fóstureyðingar hér á landi

Í II. kafli laga nr. 25/1975 er að finna gildandi heimildir til fóstureyðinga hér á landi. Í 8. gr. laganna er að finna skilgreiningu á fóstureyðingu sem læknisaðgerð, sem kona gengst undir í því skyni að binda enda á þungun, áður en fóstrið hefur náð lífvænlegum þroska. Í þeim greinum sem á eftir koma eru þær heimildir útlistaðar sem byggja má fóstureyðingu á. Í 9. gr. kemur fram að fóstureyðingar sé heimilar ef þær byggjast á þremur tilteknum ástæðum, þ.e. félagslegum ástæðum, læknisfræðilegum ástæðum eða þegar þungun kemur til vegna nauðgunar eða annarrar refsiverðrar háttsemi. Undir félagslegar ástæður er sérstaklega tiltekið hvaða aðstæðna skuli taka tillit til, þ.e. ef að kona hefur alið mörg börn með stuttu millibili og skammt er liðið frá síðasta barnsburði, ef að kona býr við bágar heimilisaðstæður vegna ómegðar eða alvarlegs heilsuleysis annarra á heimilu, ef að kona getur ekki vegna æsku og þroskaleysis annast barnið á fullnægjandi hátt eða ef að aðrar ástæður liggja fyrir sem eru fyllilega sambærilegar við ofangreindar aðstæður. Undir læknisfræðilegar ástæður falla tilvik þar sem ætla má að heilsu konu, líkamlegri eða andlegri, sé hætta búin af áframhaldandi meðgöngu eða fæðingu, þegar ætla má að barn sem kona gengur með eigi á hættu að fæðast vanskapað eða haldið alvarlegum sjúkdómi vegna erfða eða sköddunar í fósturlíf eða þegar sjúkdómur, líkamlegur eða geðrænn, dregur alvarlega úr getu konu til að annast og ala upp barn. Í 10. gr. er síðan fjallað um frekari heimildir til fóstureyðinga en í 1. mgr. greinarinnar er það sjónarmið undirstrikað að fóstureyðing skuli framkvæmd eins fljótt og auðið er og helst fyrir lok 12. viku meðgöngutímans. Í 2. mgr. kemur svo fram að fóstureyðing skuli aldrei framkvæmd eftir 16. viku meðgöngutímans, nema fyrir hendi séu ótvíræðar læknisfræðilegar ástæður og lífi og heilsu konunnar stefnt í meiri hættu með lengri meðgöngu og/eða fæðingu. Einnig skal fóstureyðing leyfileg eftir 16. viku meðgöngu séu miklar líkur á vansköpun, erfðagöllum eða sköddun fósturs. Undanþágur samkvæmt greininni fást einungis heimilaðar að fenginni skriflegri heimild nefndar skv. 28. gr. laganna. Eins og komið hefur fram hefur framkvæmdin frá árinu 2006 verið sú að túlka 2. mgr. 10. gr. laganna þannig að heimilt sé að framkvæma fóstureyðingar fram að lokum 16. viku meðgöngu án þess að mál séu lögð fyrir nefnd skv. 28. gr. laganna. Gerð hefur verið krafa um undirritun tveggja lækna eða læknis og félagsráðgjafa, ef fóstureyðing byggist á félagslegum

forsendum, sbr. 11. gr. laganna. Einnig gera lögín kröfu um að konu sé veitt fræðsla um áhættu samfara aðgerðinni og að hún fái fræðslu um hvaða félagsleg aðstoð henni stendur til boða í þjóðfélaginu. Í gildandi lögum er gerð krafa um að foreldrar barns sem er yngri en 16 ára komi að umsókn um fóstureyðingu, nema sérstakar ástæður mæli gegn því. Einnig skal maðurinn taka þátt í umsókn konunnar, sé þess kostur, nema sérstakar ástæður mæli gegn því. Þá er gerð krafa um að kona sem hættir við fóstureyðingu staðfesti þann vilja sinn skriflega og að kona sem undirgengst fóstureyðingu fái leiðbeiningu um getnaðarvarnir áður en hún útskrifast af sjúkrahúsi og ef hún er gift eða í sambúð skuli maðurinn einnig hljóta leiðbeiningu um getnaðarvarnir.

Ýmis ákvæði er að finna í lögnum um formsatriði tengd umsókninni sem ekki verða nánar tíunduð hér. Þó er vert að nefna að lögín gera kröfu þess efnis að fóstureyðingar séu ætíð framkvæmdar á sjúkrahúsum.

2.2 Löggjöf um fóstureyðingar erlendis

2.2.1 Danmörk

Í Danmörku eru heimildir til fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerða að finna í heilbrigðislögum (d. Sundhedsloven nr. 546/2005) frá árinu 2005.

Fram að lokum 12. viku meðgöngu getur kona fengið framkvæmda fóstureyðingu samkvæmt beiðni án þess að fyrir því liggja nánari skýringar. Eftir lok 12. viku meðgöngu þarf kona að óska sérstaks leyfis kærunefndar og þarf sú beiðni að byggjast á tilteknum ástæðum, þ.e.:

- ▶ Áhættu tengdri andlegri eða líkamlegri heilsu móður.
- ▶ Þungun sem er afleiðing af refsiverðri háttsemi.
- ▶ Vegna heilsu fósturs.
- ▶ Ef kona hefur ekki tök á að hugsa um barn vegna andlegrar eða líkamlegrar heilsu, aldurs eða vanþroska.
- ▶ Ef þungun, fæðing eða umönnun barns muni valda alvarlegum röskunum á lífi konu þá sé heimilt að byggja slíkt leyfi t.d. á aldri konu, vinnuálagi og persónulegum högum hennar.

2.2.2 Noregur

Norsk löggjöf um fóstureyðingu (n. Lov om svangerskapsavbrudd [abortloven], nr. 50/1975) var sett árið 1975. Í upphafi laganna segir að samfélagið skuli, eftir því sem unnt sé, tryggja öllum börnum skilyrði fyrir öruggri æsku. Samfélagið skuli leitast við að allir fái kynfræðslu og ráðgjöf um kynlíf og barneignir til þess að stuðla að ábyrgu kynlífi og til þess að lágmarka tíðni fóstureyðinga. Í 2. gr. laganna er svo fjallað um rétt konu til aðstoðar í þeim tilvikum þegar þungun veldur henni erfiðleikum og skal henni þá boðin fræðsla og ráðgjöf svo að hún geti tekið upplýsta ákvörðun. Í framhaldinu er fjallað um heimildir til fóstureyðinga. Kona getur sjálf ákveðið fram að lokum 12 vikna meðgöngu að fara í fóstureyðingu ef að læknisfræðilegar ástæður mæla ekki gegn því. Eftir lok 12. viku þungunar er fóstureyging heimil í eftirtöldum tilvikum:

- ▶ Þegar þungun, fæðing eða forsjá barns er fyrirsjáanlega of mikil byrði (n. urimelig belastning) fyrir andlega eða líkamlega heilsu konunnar. Í þessu samhengi skal litið til þess hvort kona er haldin sjúkdómi.
- ▶ Þegar þungun, fæðing eða væntanleg forsjá barns veldur konunni miklum erfiðleikum.
- ▶ Mikil hætta er á að barnið verði haldið alvarlegum sjúkdómi sem er afleiðing arfgengra eiginleika, sjúkdóms eða alvarlegra fylgikvilla á meðgöngunni.
- ▶ Þungun kemur til vegna refsiverðrar háttsemi.
- ▶ Konan er haldin alvarlegum geðsjúkdómi eða er alvarlega þroskaskert.

Í lögunum er tekið fram að þegar lagt er mat á umsókn um fóstureyðingu, byggt á ofangreindum ástæðum, skuli taka mið af heildaraðstæðum konunnar og taka tillit til þess hvernig konan metur sjálf sínar aðstæður.

2.2.3 Svíþjóð

Sænsk löggjöf um fóstureyðingar (s. Abortlag nr. 595/1974) er upphaflega frá árinu 1974, en árið 1995 voru gerðar breytingar á ákvæðum laganna, sem og síðar (Abortlag, nr. 595/1974). Lögin veita heimild til að framkvæma fóstureyðingu að ósk konu fram að lokum 18. viku meðgöngu ef læknisfræðilegar ástæður mæla ekki gegn henni. Eftir lok 18. viku þungunar er heimilt að framkvæma fóstureyðingu með leyfi heilbrigðis- og félagsmálastofnunar (s. Socialstyrelsen) ef að kona er líkamlega fær um að undirgangast aðgerðina en ríkar ástæður þurfa að liggja að baki slíkri ákvörðun. Ef þungun skapar hættu fyrir líf eða heilsu konu er heimilt að framkvæma fóstureyðingu á öllum stigum meðgöngu. Ef aðstæður eru alvarlegar og ekki er hægt að bíða samþykkis má framkvæma aðgerð án samþykkis heilbrigðis- og félagsmálastofnunar. Samkvæmt lögunum skal bjóða konum stuðningsviðtal fyrir og eftir aðgerð.

2.2.4 Finnland

Lög um fóstureyðingu í Finnlandi eru frá árinu 1970 (nr. 239/1970). Heimildir til fóstureyðingar í Finnlandi eru að mörgu leyti sambærilegar þeim sem gilda á Íslandi þar sem þarf að jafnaði samþykki tveggja lækna til að kona geti fengið að fara í fóstureyðingu. Í Finnlandi er fóstureyðing heimil í eftirtöldum tilvikum:

- ▶ Þegar lífi eða heilsu konu er stefnt í hættu með áframhaldandi meðgöngu.
- ▶ Þegar fæðing eða umönnun barns, með hliðsjón af lífsskilyrðum konunnar og fjölskyldu hennar, yrði verulega íþyngjandi.
- ▶ Ef þungun hefur komið til vegna refsiverðrar háttsemi.
- ▶ Ef kona er yngri en 17 ára eða eldri en 40 ára þegar hún verður þunguð eða ef hún hefur nú þegar alið fjögur börn eða fleiri.
- ▶ Þegar ástæða er til að ætla að barnið verði þroskaskert eða muni þjást af alvarlegum sjúkdómi eða vansköpun.
- ▶ Ef annað foreldri er svo andlega eða líkamlega veikt að það skerðir verulega getu þess til að annast barn.

Í lögunum kemur fram að fóstureyðing skuli framkvæmd eins fljótt og auðið er og einungis megi framkvæma hana eftir lok 12. viku ef lífi og heilsu konunnar er stefnt í hættu. Heilbrigðisráðuneytið má þó, ef konan er ekki orðin 17 ára þegar hún verður þunguð, veita heimild til fóstureyðingar fram að lokum 20. viku meðgöngu og þegar eru sérstakar aðstæður. Þá er heimilt þar til undir lok 24. viku þungunar að framkvæma fóstureyðingu ef fóstur er haldið alvarlegum sjúkdómi eða er líkamlega fatlað. Í þeim tilvikum sem fjallað er um í 1.–3. punkti og 6. punkti hér að ofan er gerð krafa um tveggja lækna undirritun til að heimila framkvæmd fóstureyðingar. Læknir sem framkvæmir aðgerðina veitir heimild skv. 4. punkti og heilbrigisyrivöldum/læknaráði landsins er heimilt að veita heimild skv. 5. punkti.

2.2.5 Bretland

Fóstureyðingalöggjöf í Bretlandi er frá árinu 1967 (e. Abortion Act, 1967) og byggist löggjöfin í grunninn á því að einstaklingur er ekki saksóttur fyrir brot gegn hegningarlögum þegar hann lætur framkvæma fóstureyðingu í eftirfarandi tilvikum:

- ▶ Ef þungun er ekki komin lengra en 24 vikur og áframhaldandi meðganga stefnir þungaðri konu eða fjölskyldu hennar í andlega eða líkamlega hættu sem er alvarlegri en hættan af áframhaldandi meðgöngu.

- ▶ Fóstureyðing er nauðsynleg til að koma í veg fyrir alvarlegan skaða á andlegri eða líkamlegri heilsu konu.
- ▶ Áframhaldandi þungun stefnir lífi konu í hættu.
- ▶ Veruleg hættu er á að barnið verði alvarlega líkamlega eða andlega fatlað.

Skilyrði fyrir heimild samkvæmt ofangreindum tölulíðum er að tveir læknar staðfesti umrædda aðgerð.

2.2.6 Önnur lönd

Nefndin hafði til skoðunar löggjöf hinna ýmsu ríkja á sviði fóstureyðinga. Holland er eitt þeirra ríkja sem nefndin skoðaði og var það einna helst vegna sérstaks árangurs Hollendinga á sviði kynheilbrigðis, lágrar tíðni fóstureyðinga sem og þungana hjá ungum stúlkum. Aðgangur að getnaðarvörnum er sérstaklega góður í Hollandi og er niðurgreiðsla ríkisins á getnaðarvörnum umtalsverð. Holland heimilar fóstureyðingar fram að þeim tímapunkti þegar fóstur telst hafa náð lífvænlegum þroska og eru því flestar fóstureyðingar framkvæmdar fyrir lok 22. viku. Þröngar heimildir eru fyrir fóstureyðingu eftir það tímamark (Government of the Netherlands, e.d.).

Löggjöf í Kanada var einnig skoðuð og rædd í nefndinni, en breytingar urðu á fóstureyðingarlöggjöf í Kanada eftir að Hæstiréttur felldi dóm í máli R gegn Morgentaler árið 1988. Í dómi Hæstaréttar er því slegið föstu að löggjöf í Kanada sem takmarkaði heimildir kvenna til aðgangs að öruggum fóstureyðingum væri brot gegn stjórnarskrá Kanada, þ.e. ákvæði 7. gr. kanadísku stjórnarskrárinnar sem fjallar um réttinn til lífs, öryggis og frelsis. Síðan umræddur dómur féll hefur engin takmarkandi löggjöf gilt um fóstureyðingar í Kanada og sýnir reynslan í Kanada að þrátt fyrir víðtækar heimildir til fóstureyðinga þá eru yfir 90% allra fóstureyðinga framkvæmdar fyrir lok 12. viku og aðeins 0,3% eftir lok 20. viku (National Abortion Federation, e.d.).

2.3 Löggjöf um ófrjósemisaðgerðir hér á landi

Í III. kafla umræddra laga nr. 25/1975 er fjallað um heimildir til ófrjósemisaðgerða. Um er að ræða aðgerð þar sem sáðgöngum karla eða eggvegum kvenna er lokað og þannig komið í veg fyrir að viðkomandi auki kyn sitt. Lögin gera ráð fyrir að ófrjósemisaðgerð sé heimil að ósk viðkomandi, ef hún/hann er fullra 25 ára og óskar eindregið og að vel íhuguðu máli eftir því að komið verði í veg fyrir að hún/hann auki kyn sitt og ef engar læknisfræðilegar ástæður eru til staðar sem mæla gegn aðgerð. Heimilt er að framkvæma ófrjósemisaðgerð ef að einstaklingur er ekki fullra 25 ára ef ætla má að heilsu konu sé hættu búin af meðgöngu eða fæðingu, ef fæðing og forsjá barna yrði of mikið álag fyrir hana/hann með hliðsjón af lífskjörum fjölskyldunnar og af öðrum ástæðum, ef sjúkdómur, líkamlegur eða geðrænn, dregur alvarlega úr getu hennar/hans til að annast og ala upp börn og þegar ætla má að barn viðkomandi eigi á hættu að fæðast vanskapað eða haldið alvarlegum sjúkdómi, vegna erfða eða sköddunar á fósturstigi. Ef einstaklingur er ekki orðinn 25 ára þá þarf að liggja fyrir rökstudd greinargerð tveggja lækna eða læknis og félagsráðgjafa þegar beiðni byggist á félagslegum ástæðum. Ef einstaklingur er 25 ára en varanlega ófær um að gera sér grein fyrir afleiðingum aðgerðarinnar vegna geðsjúkdóms, mikils greindarskorts eða annarra geðtruflana er heimilt að veita leyfi til aðgerðar samkvæmt umsókn sérstaklega skipaðs lögráðamanns.

2.4 Löggjöf um ófrjósemisaðgerðir erlendis

Á Norðurlöndunum eru í gildi efnislega nokkuð lík lög um ófrjósemisaðgerðir. Í Danmörku, Noregi og Svíþjóð er heimilt að framkvæma ófrjósemisaðgerð á einstaklingi sem þess óskar ef hann hefur náð 25 ára aldri (Steriliseringslag nr. 580/1975, Steriliseringsloven nr. 57/1977, Sundhedsloven nr. 546/2005). Löndin veita síðan þrengri heimild til ófrjósemisaðgerða á einstaklingum yngri en 25 ára og þurfa slíkar aðgerðir að byggjast á sérstökum ástæðum. Er þetta sambærilegt núverandi löggjöf hér á landi. Í Danmörku er að finna einna víðtækastar heimildir þar sem heimildir til

Ófrjósemisaðgerða á einstaklingum yngri en 25 ára geta byggst á félagslegum ástæðum líkt og sú heimild sem finna má í 2. tölul. 18. gr. II núverandi laga hér á landi. Að öðru leyti heimila Damörk og Noregur ófrjósemisaðgerðir á einstaklingum yngri en 25 ára í tilvikum þegar mikil hættu er á að afkvæmi verði haldið alvarlegum erfðagalla, ef að þungun er hættuleg lífi eða heilsu konu og þegar móðir eða faðir barns er haldinn alvarlegum andlegum eða líkamlegum sjúkdómi þess eðlis að það geti ekki annast barn á forsvaranlegan hátt. Svíþjóð veitir sambærilegar heimildir, þó nokkuð þrengri þar sem veita má heimild til ófrjósemisaðgerðar á einstaklingi yngri en 25 ára þegar miklar líkur eru á að barn verði haldið alvarlegum erfðagalla, meðganga eða fæðing er hættuleg lífi eða heilsu konu eða ef aðrar ástæður mæla með því að slík aðgerð verði framkvæmd og er það heilbrigðis-og félagsmálastofnunar (s. Socialstyrelsen) að meta í hverju tilviki fyrir sig. Ekki er þó hægt að útiloka að félagslegar ástæður geti fallið undir slík tilvik.

3. Kynheilbrigði

Hugtakið kynheilbrigði greinist í tvö lykilhugtök, kynlífsheilbrigði og frjósemisheilbrigði. Settar hafa verið fram skilgreiningar á þessum tveimur lykilhugtökum (WHO, 2006; UN, 1994). Þegar þessar tvær skilgreiningar eru settar saman í eina heild þá er meginkjarni þeirra eftirarandi:

Kynheilbrigði er líkamleg, tilfinningaleg, andleg og félagsleg vellíðan er viðkemur kynlífi og frjósemi. Það felur í sér að geta lifað ánægjulegu og öruggu kynlífi án þvingana, mismununar og ofbeldis. Fólk hafi frelsi til að ákveða hvort, hvenær og hversu oft það eignast börn. Í því felst að eiga rétt á upplýsingum og hafa greitt aðgengi að öruggum, ásættanlegum og fjárhagslega viðráðanlegum getnaðarvörnum að eigin vali. Til að ná og viðhalda kynheilsu þarf að virða, vernda og uppfylla rétt einstaklingsins til kynheilbrigðis.

Kynheilbrigði lýtur að heilbrigðu kynlífi og vellíðan, en ekki eingöngu að vera án sjúkdóma. Kynlífsheilbrigði felur það í sér að einstaklingurinn getur notið sín sem kynvera og myndað heilbriggt kynferðislegt samband þar sem báðir aðilar sýna hvor öðrum virðingu og taka sameiginlega ábyrgð á kynferðislegum athöfnum og afleiðingum þeirra. Í frjósemisþættinum felst það frelsi að taka ákvörðun um barneign þegar fólk er tilbúið til þess en jafnframt að takmarka frjósemina þegar það á við. Mikilvægur þáttur í frjósemisvernd er að vernda líkamann gagnvart sýkingum sem valdið geta skaða á frjósemi.

Til að stuðla að kynheilbrigði er nauðsynlegt að viðurkenna og viðhalda rétti fólks til kynlífsheilbrigðis (e. sexual rights) og frjósemisheilbrigðis (e. reproductive rights). Réttur til kynlífsheilbrigðis nær til þess að hafa möguleika á því að njóta kynlífs. Að einstaklingurinn geti notið einkalífs er viðkemur kynlífi hans. Hann búi við sjálfræði, heilindi og öryggi varðandi eigin líkama. Hann hafi frelsi til að tengjast öðrum kynferðislega og geti óhindrað tjáð sínar kynferðislegu tilfinningar. Hann eigi rétt á alhliða kynfræðslu. Jafnframt að hann hafi möguleika á því að taka óþvingaðar ákvarðanir um barneignir og takmörkun þeirra. Hann hafi aðgang að upplýsingum sem byggjast á gagnreyndri þekkingu og hafi aðgengi að kynheilbrigðisþjónustu (PAHO og WHO, 2000). Réttur til frjósemisheilbrigðis lýtur að rétti til að ákveða á frjálstan hátt og án nokkurrar þvingunar hvenær fólk vill eignast barn, bil milli barneigna og fjölda barna. Það nær til þess réttar að fá upplýsingar til að geta tekið ákvörðun um barneign eða takmörkun þeirra og að hafa aðgengi að getnaðarvörnum (WHO, 2006). Bæði réttur til kynlífs- og frjósemisheilbrigðis byggjast á grundvallar-mannréttindum (Dixon-Mueller, Germain, Fredrick og Bourne, 2009; Kismödia, Cottingham, Gruskin, og Millerd, 2015).

Á þingi Sameinuðu þjóðanna um mannréttindi í Teheran árið 1968 var samþykkt að foreldrar hefðu þann grundvallarrétt að ákveða á frjálstan og ábyrgan hátt fjölda barna og bil milli barneigna og ættu rétt á upplýsingum til að framfylgja því (Dixon-Mueller o.fl., 2009). Á þingi Sameinuðu þjóðanna árið 1979 um að afmá alla mismunun gegn konum var m.a. lögð áhersla á mikilvægi jafnréttis kynjanna í sambandi við rétt til frjósemisheilbrigðis (UN Women, e.d). Í framhaldi af þeim fundi var samningur Sameinuðu þjóðanna um afnám allrar mismununar gagnvart konum samþykktur og árið 1985 var samningurinn lögleiddur hér á landi með lögum nr. 5/1985. Í 16. gr. segir að aðildarríkin skuli gera allar viðeigandi ráðstafanir til þess að afnema mismunun gagnvart konum í öllum málum varðandi hjúskap og samskipti innan fjölskyldunnar, sérstaklega á grundvelli jafnréttis karla og kvenna. Einnig eru tilgreind réttindi til þess að ákveða á frjálstan og ábyrgan hátt fjölda barna þeirra og bil milli barneigna og að hafa aðgang að upplýsingum, fræðslu og aðferðum til þess að þær geti notfært sér þessi réttindi.

Árið 1994 var haldinn fundur Sameinuðu þjóðanna í Kairó um mannfjölda og þróun. Þar var lagður grunnur að breyttum áherslum sem fólust í því að hverfa frá þeirri sýn að stýra frjósemi heilla þjóða. Í stað þess var lögð áhersla á þarfir einstaklingsins og rétt hans í sambandi við kynheilbrigði.

Áherslan var á heilbrigði, þ.e. kynheilbrigði. Á þinginu var einnig lögð áhersla á kynheilbrigðisþjónustu og alla upplýsingagjöf til fólks til að það gæti tekið upplýsta ákvörðun um sín kynheilbrigðismál. Sérstök áhersla var á kynheilbrigðisþjónustu fyrir ungt fólk (Hardon og Hayes, 1997, UN, 1994).

Þótt réttur til kynheilbrigðis hafi verið settur fram á umræddu þingi þá er ekki þar með sagt að rétturinn nái fram að ganga og að konur nái að lifa lífinu í samræmi við hann. Slíkt er háð mörgum þáttum. Má þar nefna það menningarsamfélag sem konan býr í, hvernig staða konunnar er, hvort jafnrétti kynjanna sé til staðar, hvort konan búi við fjárhagslegt og félagslegt öryggi og hver sé möguleiki hennar til að vera frjáls að taka ákvarðanir um eigið kynheilbrigði. Margir þættir geta hindrað einstaklinginn í að lifa heilbrigðu kynlífi. Í þjóðfélaginu sjálfu getur lítil áhersla verið lögð á kynfræðslu og takmarkað aðgengi að kynheilbrigðisþjónustu og foreldrar, eiginmenn og heilbrigðisstarfsfólk getur einnig á einn eða annan hátt komið í veg fyrir að einstaklingurinn nái að lifa heilbrigðu kynlífi og taka þær ákvarðanir sem eru honum fyrir bestu (Hardon og Hayes, 1997).

Kynfræðsla og heilbrigðisþjónusta eru grundvallarþættir kynheilbrigðis. Til að vel takist með þessa þætti þá þurfa þeir báðir að byggjast á gæðavísunum. Kynfræðslunámsefni þarf t.d. að byggjast á gagnreyndri þekkingu, kenna þarf efnið með gagnvirkum kennsluáðferðum og hæfileikaríkir kennarar, sem hafa fengið sérstaka menntun og þjálfun, þurfa að kenna það. Kynheilbrigðisþjónusta þarf einnig að byggjast á gæðavísunum er lúta t.d. að gagnreyndum klínískum leiðbeiningum sem heilbrigðisstarfsfólk styðst við og starfsfólk þarf að hafa fengið menntun og þjálfun í hugmyndafræði ráðgjafar. Í ráðgjafarviðtölum þarf heilbrigðisstarfsmaður að virða rétt einstaklingsins til kynheilbrigðis. Dæmi um það er að halda vörð um rétt einstaklings, sem leitar á kynheilbrigðismóttöku, til að vera frjáls að því að taka ákvörðun um getnaðarvarnir en til þess þarf hann að fá nægjanlegar upplýsingar.

4. Frjósemi í íslensku samfélagi

Heildarfjöldi þungana í heiminum árið 2012 var um 213 milljónir en í Evrópu um 14 milljónir (Sedgh, Singh og Hussain, 2014). Á Íslandi fæddust 4.129 börn árið 2015 sem er nokkru minna en árinu á undan en þá fæddust 4.375 börn. Meginmælikvarði á frjósemi er fjöldi lifandi fæddra barna á ævi hvarrar konu og er mælieining þessi á ensku nefnd *total fertility rate* (TFR) (Weeks, 1981). Almenn er stuðst við það viðmið að frjósemi þurfi að vera um 2,1 barn til þess að viðhalda mannfjöldanum yfir lengri tíma. Frjósemi íslenskra kvenna á 1000 konur 15-49 ára árið 2015 var 1,81 barn og hefur hún aldrei mælst lægri frá því mælingar hófust árið 1853. Frjósemin mældist 1,93 árin 2013 og 2014 sem er næst minnsta frjósemi sem hefur mælst á landinu. Fyrir utan þessar niðursveiflur síðustu ára þá hefur frjósemi á Íslandi undanfarna áratugi verið liðlega tvö börn á ævi hvarrar konu (Hagstofa Íslands, 2015a). Heildarfjöldi fæðinga á ævi hvarrar konu hefur almennt verið nokkuð hár hér á landi borið saman við önnur Norðurlönd og mörg lönd í Evrópu. Á Norðurlöndunum voru árið 2014 flestar fæðingar á hverjar 1000 konur 15–49 ára í Færeyjum (2,6), Grænlandi (2,0), Svíþjóð (1,9) og Íslandi (1,9). Finnland (1,7) og Danmörk (1,7) ráku lestina þar sem fæðingar voru nokkuð færri. Þegar litið er til landa Evrópubandalagsins árið 2014 þá var frjósemin (TFR) 1,5. (The World Bank, e.d.). Frjósemi er almennt meiri í þeim löndum þar sem fátækt er mikil (The World Bank, e.d.).

4.1 Þunganir unglingsstúlkna

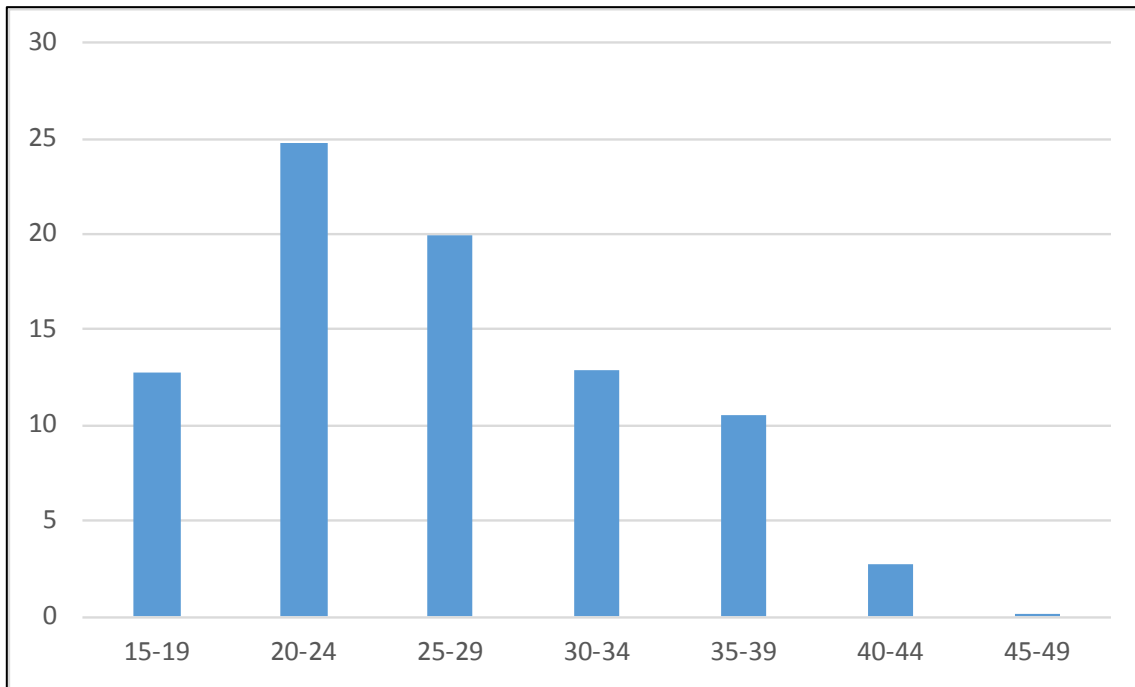
Í hinum vestræna heimi hafa þunganir meðal unglingsstúlkna verið hvað algengastar í Bandaríkjunum en á síðustu árum hefur orðið fækkun úr um 70 á hverjar 1000 konur 15–19 ára árið 2007 og niður í um 50 árið 2011. Er þessi fækkun einkum rakin til bættrar notkunar gernaðarvanna meðal unglunga (Lindberg, Santelli og Desai, 2016). Í Evrópu hafa þunganir meðal unglingsstúlkna verið hvað flestar í Bretlandi (England og Wales), um 47 á hverjar 1000 konur 15–19 ára árið 2011 (Sedgh o.fl, 2015). Í Hollandi hafa þunganir meðal unglingsstúlkna verið mjög fáar og árið 2011 voru þær 14 á hverjar 1000 konur 15–19 ára. Hefur það m.a. verið rakið til markvissrar notkunar getnaðarvanna og jákvæðrar og hispurslausrar kynfræðslu bæði í skólum og í fjölmiðlum (Bell, 2009, Sedgh, o.fl, 2015). Hér á landi hafa þunganir meðal unglingsstúlkna í áratugi verið hvað flestar borið saman við önnur Norðurlönd (Bender og Geirsson, 2003). Árið 2011 voru þunganir unglingsstúlkna enn flestar á Íslandi miðað við hin Norðurlöndin eða 30 á hverjar 1000 stúlkur 15–19 ára, 29 í Svíþjóð, 23 í Finnlandi og Noregi og 21 í Danmörku (Sedgh o.fl, 2015).

4.2 Fóstureyðingar

Á Íslandi hafa fóstureyðingar verið undir meðaltali miðað við önnur Norðurlönd (Heino og Gissler, 2013). Árið 2013 voru fóstureyðingar meðal íslenskra kvenna 15–49 ára 12,5 á hverjar 1000 konur n meðaltal fyrir hin Norðurlöndin það ár var 13,5. Fæstar voru fóstureyðingar í Finnlandi, 7,5 á hverjar 1000 konur, en Svíþjóð með flestar, þ.e. 17,5 (2012).

Á tímabilinu 2003–2013 voru fóstureyðingar hér á landi flestar hjá aldurshópnum 20–24 ára. Í töliverðan tíma höfðu fóstureyðingar verið algengari hjá aldurshópnum 15–19 ára en hjá aldurshópnum 25–29 ára. Breyting varð á því frá og með árinu 2005. Eftir það eru það konur í aldurshópnum 20–24 ára og 25–29 ára sem oftast fara í fóstureyðingu hér á landi (Heino og Gissler, 2013). Eins og sést á mynd 1 þá var algengast á árinu 2014 að konur á aldursbilinu 20–29 ára færu í fóstureyðingu (Hagstofa Íslands, 2015b).

Um 18% af þeim konum sem urðu þungaðar hér á landi árið 2013 tóku þá ákvörðun að fara í fóstureyðingu. Til samanburðar var þetta hlutfall 25% í Svíþjóð (2012). Það voru því hlutfallslega fleiri þungaðar konur í Svíþjóð sem fóru í fóstureyðingu borið saman við íslensku konurnar (Heino og Gissler, 2013).



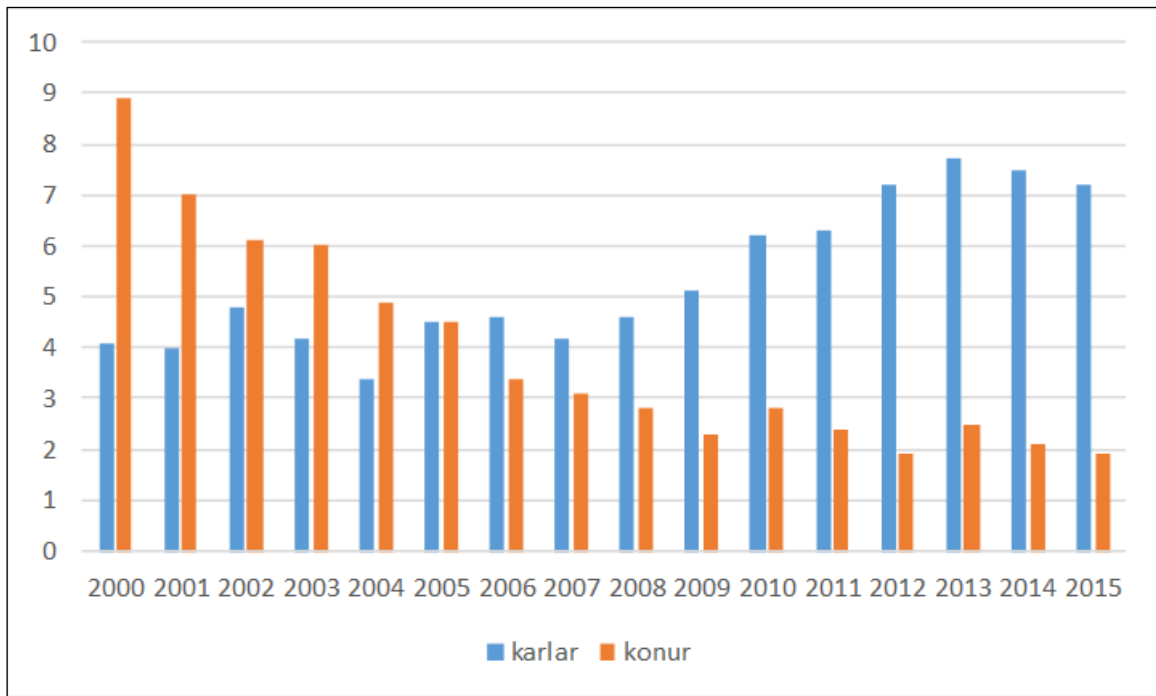
Mynd 1. Fjöldi fóstureyðinga meðal íslenskra kvenna árið 2014 á 1000 konur 15-49 ára, skipt eftir aldurshópum.

Heimild: Hagstofa Íslands, 2015b.

4.3 Ófrjósemisaðgerðir

Árið 1981 var framkvæmd 461 ófrjósemisaðgerð hér á landi en árið 2015 voru þær 625 alls. Það er algengast, bæði meðal karla og kvenna, að fara í ófrjósemisaðgerð á aldrinum 35–44 ára. Hefur ófrjósemisaðgerðum á hverja 1000 einstaklinga fækkað; (8,9 árið 2000, 1,9 árið 2015) á tímabilinu 2000–2015 meðal kvenna 25–54 ára en farið fjölgandi meðal karla (4,1 árið 2000, 7,2 árið 2015) (Embætti landlæknis, e.d.). Á mynd 2 er sýnd þessi þróun.

Á tímabilinu 1981–2015 hefur orðið veruleg breyting á því hvort fleiri konur eða karlar færu í ófrjósemisaðgerð. Á árunum 1981–2005 var mun algengara að konur færu í ófrjósemisaðgerð. Eftir 2005 hafa fleiri karlar en konur farið í slíka aðgerð. Árið 1981 var kynjahlutfallið 70% konur og 30% karlar en árið 2015 er hlutfallið 21% konur og 79% karlar (Embætti landlæknis, e.d.). Þessi mikla breyting sýnir viðhorfsbreytingu í íslensku samfélagi sem felst í því að það þykir ekki lengur sjálfsagt að konur séu ábyrgar fyrir öllum getnaðarvörnum heldur sé það ekki síður á ábyrgð karla. Í viðtölum við fólk sem íhugar ófrjósemisaðgerð hefur það viðhorf komið fram að karlmaðurinn segi að það sé löngu kominn tími til að hann taki að sér að axla ábyrgð á frjóseminni þar sem konan hafi öll þessi ár séð um þennan pakka í þeirra lífi.



Mynd 2. Földi ófrjósemisaðgerða á 1000 konur og karla 25-54 ára á Íslandi á tímabilinu 2000–2015, skipt eftir kynjum.

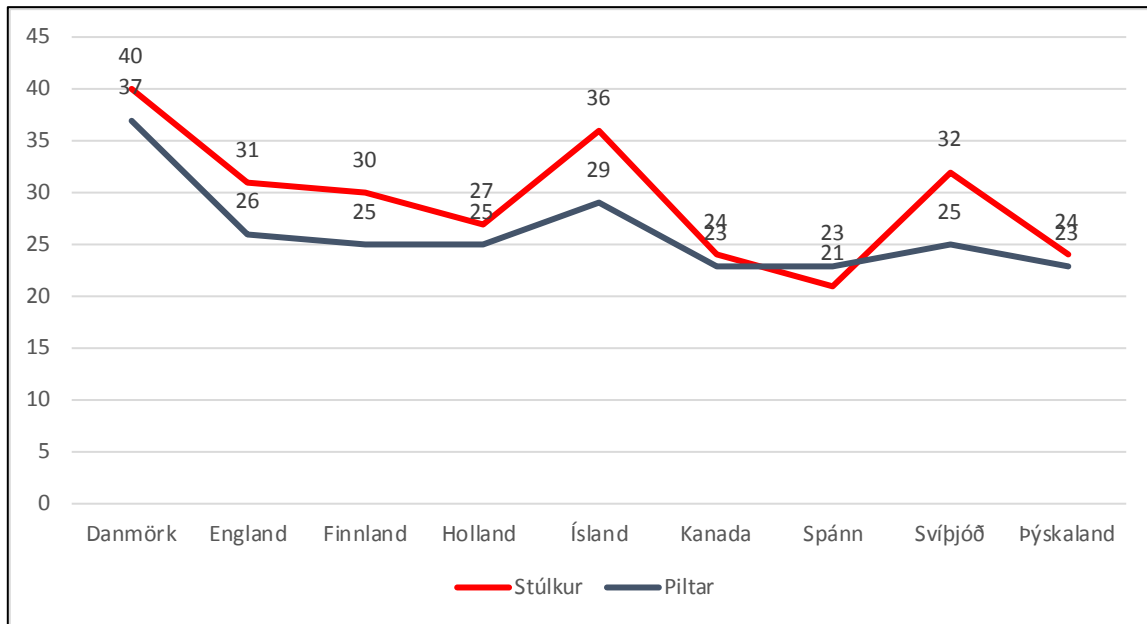
Heimild: Embætti landlæknis (e.d.).

5. Óráðgerð þungun

Skilgreining á óráðgerðri þungun hefur miðast við áætlun konunnar áður en hún verður þunguð og hefur annars vegar átt við um ótímabæra þungun (e. mistimed) og hins vegar óvelkomna þungun (e. unwanted). Ótímabær þungun er sú þungun sem verður áður en konan hefur ætlað sér að eignast barn, óháð því hvort hún á barn eða ekki. Óvelkomin þungun á við um þungun sem verður þegar konan hefur alls ekki ætlað sér að eignast barn eða fleiri börn. Ráðgerð þungun er því sú þungun sem verður á þeim tíma sem konan hefur ætlað sér að eignast barn eða seinna. Þessar skilgreiningar ganga út frá því að um meðvitaða ákvörðun um barneign sé að ræða. Það er þó oft ekki þannig þar sem konur hafa oft tvíbentar tilfinningar til barneignar. Sem dæmi má nefna að kona sem hefur ekki neina löngun til að eignast barn notar samt ekki getnaðarvarnir þegar hún stundar kynlíf (Santelli o.fl., 2003).

Óráðgerðar þunganir meðal kvenna um allan heim árið 2012 voru taldar vera um 40% af öllum þungunum. Í Norður Ameríku var hlutfallið 51%, í Evrópu 45% og V-Evrópu um 34% (Sedgh, Singh og Hussain, 2014). Hlutfall óráðgerðra þungana meðal unglingsstúlkna er iðulega mun hærra en meðal eldri aldurshópa, jafnvel um 80% (Henshaw, 1998). Samkvæmt íslenskri rannsókn var hlutfall óráðgerðrar þungunar 50% meðal stúlkna á aldrinum 18–24 ára, 26% meðal kvenna 25–34 ára og 18% meðal kvenna 35 ára og eldri (Hildur Kristjánsdóttir o.fl., 2012).

Óráðgerð þungun er iðulega tengd fjárhagslegum erfiðleikum, lágu menntunarstigi, erfiðleikum með að stjórna eigin frjósemi og lélegu aðgengi að getnaðarvörnum og kynheilbrigðisþjónustu (Finer og Zolna, 2011; Klima, 1998). Ástæður óráðgerðra þungana meðal unglingsstúlkna eru margþættar (Amu og Appiah, 2006; Sóley S. Bender, 2005). Sumar tengjast samfélaginu eins og kynfræðslu og kynheilbrigðisþjónustu en aðrar tengjast foreldrum, jafningjum og kynlífsfélaga. Enn aðrar hafa með unglingsstúlkna sjálfan að gera, hans viðhorf, þekkingu og færni. Má í þessu sambandi nefna að líkur eru á færri þungunum ef alhliða gagnreynd kynfræðsla er kennd í skólum af vel þjálfuðum kennurum og greitt aðgengi er að kynheilbrigðisþjónustu sem byggist á gagnreyndri þekkingu. Það hefur sýnt sig, t.d. í Finnlandi þegar dregið hefur verið úr kynheilbrigðisþjónustu, að þá hefur fóstureyðingum fjölgað (Kosunen, Vikat, Gissler og Rimpelä, 2002). Minna er um þunganir unglingsstúlkna þegar foreldrar hafa gott samband við unglingsstúlkna, fræða hann um kynheilbrigði nógu snemma og fylgjast vel með honum (Sóley S. Bender, í prentun). Jafningjar sem eru ábyrgir í kynlífi eru jafnframt líklegir til að stuðla að ábyrgri hegðun vana sinna. Hvað varðar unglingsstúlkna sjálfan þá er mun meiri þungunarhætta þegar unglingsstúlkur byrja snemma að stunda kynlíf (fyrir 16 ára aldur), þegar unglingsstúlkur bíða með að sækja kynheilbrigðisþjónustu þar til nokkru eftir að þær eru byrjaðar að stunda kynlíf, þegar stúlkur fá ekki ávísun á getnaðarvörn vegna aldurs og getnaðarvörn er ekki notuð þegar á þarf að halda. Hér á landi byrjar ungt fólk snemma að stunda kynlíf borið saman við unglingsstúlkna í nágrannalöndunum. Meðalaldur við fyrstu kynmök var 15,4 ár árið 1996 og 15,8 árið 2009 (Sóley S. Bender, í prentun). Á mynd 3 er sýnd kynhegðun stúlkna og pilta við 15 ára aldur og hún borin saman við unglingsstúlkna á sama aldri í nokkrum nágrannalöndum. Hlutfallslega (%) eru fleiri íslensk ungmenni byrjuð að stunda kynlíf borið saman við þessar átta samanburðarþjóðir, nema danskir unglingsstúlkna.



Mynd 3. Hlutfall unglunga í níu löndum sem voru byrjaðir að stunda kynmök við 15 ára aldur árið 2005/2006.

Heimild: CAHRU, 2008.

Óráðgerð þungun getur haft ýmsar alvarlegar afleiðingar. Kona sem býr í landi þar sem fóstureyðingar eru ekki löglegar getur gripið til þess ráðs að framkvæma sjálf fóstureyðingu eða leitað til einhvers sem framkvæmir hana undir óöruggum aðstæðum. Slíkt getur leitt til heilsubrests og í versta falli valdið dauða hennar. Ákvæðum líkt og 2. mgr. 216. gr. almennra hegningarlaga, nr. 19 frá árinu 1940, er ætlað að koma í veg fyrir framkvæmd sem þessa. Í 2. mgr. 216. gr. fyrrgreindra laga er hverjum sem með samþykki móður deyðir fóstur hennar eða ljær henni lið sitt til fóstureyðingar gert að sæta fangelsi allt að fjórum árum, átta árum ef um mikla sök er að ræða og ef brot er framið án samþykkis móður skal refsing vera fangelsisvist, ekki styttri en tvö ár og allt að 12 árum. Heimildir í lögum til öruggra fóstureyðinga eru því afar mikilvægar til að vernda heilsu kvenna og sporna við ótryggum fóstureyðingum sem reynst geta lífshættulegar (Furedi, 1995).

Þegar einstaklingurinn stendur frammi fyrir óráðgerðri jafnvel óvelkominni þungun er úr vöndu að ráða. Taka þarf erfiða ákvörðun um það annars vegar að ganga með barnið eða hins vegar að fara í fóstureyðingu. Orð þáverandi landlæknis við fyrrgreint frumvarp frá árinu 1935 eiga ekki síður við í dag en þá þegar hann segir:

[m]un nú vera lítill ágreiningur um það, að krafa fólks um sjálfráða barneignir sé að öllu leyti siðleg og réttmæt. Hvað ættu foreldrar að athuga betur en það, hvort þau vilja taka á sig þá ábyrgð að eignast afkvæmi? Heimurinn er enn ekki svo eftirsóknarverð vistarvera, að minna megi krefjast til handa hverju barni, sem fæðist, en að það sé að minnsta kosti aufúsugestur móður sinnar, hvað sem föðurnum líður (Alþingi, 1934, bls. 125)

Að eignast barn sem ekki er velkomið getur aukið á erfiðleika sem fyrir eru innan fjölskyldunnar og tengst heilsu og velferð barnsins. Óvelkomið barn fær mögulega ekki notið þess atlætis sem það samkvæmt barnalögum á rétt á. Mál sem koma reglulega til barnaverndaryfirvalda vegna vanrækslu á börnum gefa til kynna að börn skorti þá umhyggju sem þeim er nauðsynleg. Í Bandaríkjunum hefur verið sýnt fram á tengsl milli óráðgerðrar þungunar og þess að byrja seinna í mæðraeftirliti; færri mæður gefa brjóst og í styttri tíma, andleg og líkamleg heilsa mæðra er verri, börn eru verr sett menntunar- og hegðunarlega og samband móður og barns er veikara (Finer og Zolna, 2011; Sedgh, Singh og Hussain, 2014).

Talið er að rekja megi um helming (52%) allra óráðgerðra þungana í Bandaríkjunum til þess hóps kvenna (10,7%) sem ekki notar neinar getnaðarvarnir. Hinar þunganirnar megi skýra með því að notkun getnaðarvarna hafi verið stopul eða getnaðarvarnir brugðist (Cleland o.fl, 2011). Notkunarleysi getnaðarvarna meðal kvenna sem sækja um fóstureyðingu hefur almennt verið á bilinu 30–40% (Sóley S. Bender, 2005). Rannsókn á kvennadeild Landspítalans á árunum 1999–2000 sýndi að 54% kvenna notuðu ekki getnaðarvörn þegar að getnaður varð. Var það hlutfall hærra meðal unglingsstúlkna (59%) borið saman við eldri konur (50%). Í sömu rannsókn kom fram að um helmingur þeirra óráðgerðu þungana sem enduðu í fóstureyðingu voru vegna þess að getnaðarvarnir voru ekki notaðar, um þriðjung mátti rekja til rangrar notkunar getnaðarvarna, um 10% voru vegna þess að óöruggar getnaðarvarnir voru notaðar og í 10% tilvika var ekki tilgreind ástæða (Sóley S. Bender, 2001). Röng notkun getnaðarvarna getur stafað af því að viðkomandi fær ekki nægjanlega fræðslu og ráðgjöf um getnaðarvarnir og notar þær ekki á þann hátt sem æskilegt er.

Það er iðulega erfið fjárhagsleg og félagsleg staða konunnar sem eykur líkur á óráðgerðri þungun sem og takmarkað aðgengi að getnaðarvörnum og kynheilbrigðisþjónustu. Hjá ungu fólki eru áhrifaþættirnir lítil og léleg kynfræðsla foreldra og skóla og lélegt aðgengi að unglingsvænni kynheilbrigðisþjónustu. Einnig hefur áhrif kynferðislegur þrýstingur af hálfu jafningja og kynlífsfélaga sem er eldri sem og það þegar unglingurinn sjálfur er óviss um hvað hann vill og hvert hann stefnir og þegar hann gerir sér ekki grein fyrir afleiðingum áhættukynhegðunar (Amu og Appiah, 2006; Sóley S. Bender, í prentun). Öll þessi atriði eiga við um íslenska unglinga.

5.1 Aðgengi að getnaðarvörnum

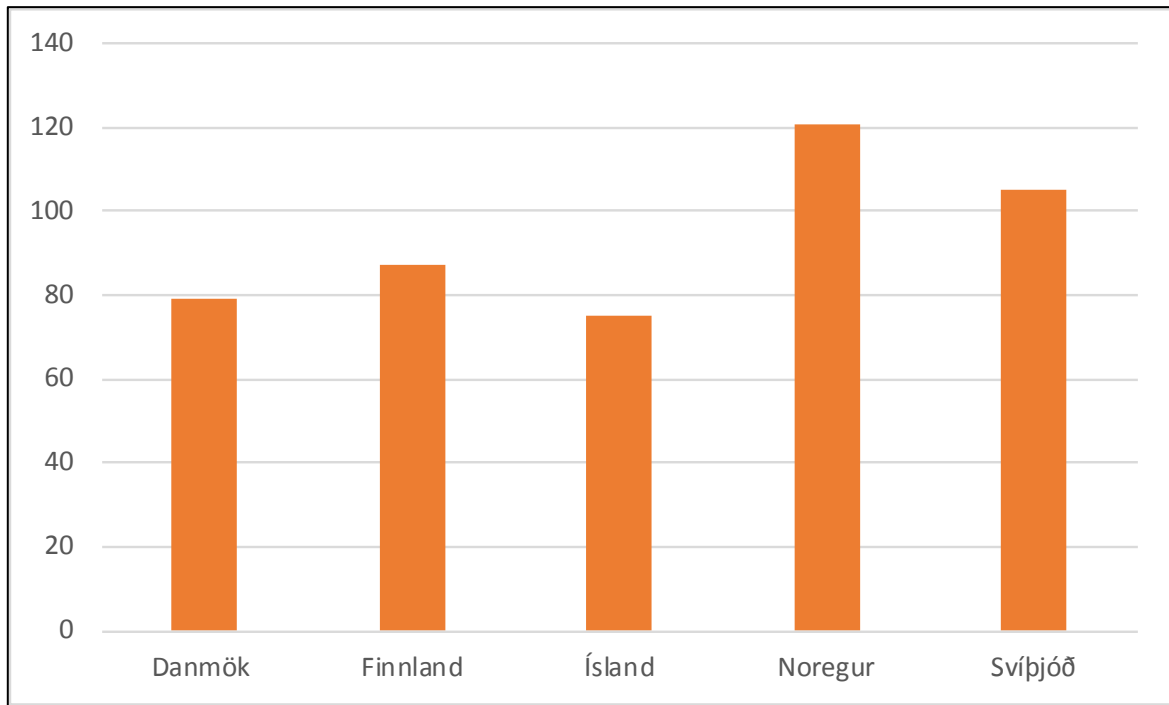
Á alþjóðavísu hefur verið lögð mikil áhersla á gæði ráðgjafar um getnaðarvarnir (Bruce, 1990; Hardon og Hayes, 1997). Ef ráðgjöf um getnaðarvarnir er af litlum gæðum verður það til þess að konur hætta að nota viðkomandi getnaðarvörn sem aukið getur líkur á óráðgerðri þungun (Hardon og Hayes, 1997). Mikilvægt er að ráðgjöfin byggist á samráði og að kona fái í ráðgjafarviðtali fullnægjandi upplýsingar til að hún geti sjálf tekið ákvörðun um sína getnaðarvörn. Kona sem kemur í ráðgjöf um getnaðarvarnir, og hefur t.d. enga reynslu af notkun hormónagetnaðarvara eða hefur slæma reynslu af notkun getnaðarvarna, þarf aukna ráðgjöf samanborið við aðrar konur. Eins er mjög mikilvægt að þeir sem veita ráðgjöf um getnaðarvarnir séu menntaðir í hugmyndafræði ráðgjafar (e. counselling). Ekki hefur verið gerð rannsókn á þessu viðfangsefni hér á landi en slíkt er mikilvægt til að greina hvort þörfum kvenna varðandi notkun getnaðarvarna er sinnt sem skyldi í íslensku samfélagi. Gæta þarf þess að aðgengi að getnaðarvörnum sé gott og þá sérstaklega aðgengi að ráðgjöf um getnaðarvarnir (Sóley S. Bender, 2009).

Hvað varðar getnaðarvarnir almennt þá eru ákveðnir hópar í samfélaginu sem eiga erfiðara með að nálgast og nota getnaðarvarnir. Má þar nefna unglingsstúlkur, konur sem eru í erfiðri fjárhagslegri og félagslegri stöðu og konur sem eiga við geðræn vandamál eða andlega fötlun að stríða.

Lítið er til af rannsóknum um almenna notkun getnaðarvarna hér á landi en sölutölur gefa vísbendingu um notkun. Sölutölur takmarkast þó við notkun annarra hormónagetnaðarvarna en hormónasprautu og hormónastafs og gefa því ekki nema takmarkaða mynd af heildarnotkun. Árið 2005 var notkun hormónagetnaðarvarna meðal kvenna hér á landi 192 á hverjar 1000 konur 15–49 ára en hafði aukist í 210 árið 2014. Á sama tíma varð einnig aukning í Finnlandi og Noregi en í Danmörku og Svíþjóð minnkaði aftur á móti notkunin á þessu tímabili (NOMESCO, 2015).

Sú getnaðarvörn sem er aðgengilegust í íslensku samfélagi er neyðarpillan. Árið 2000 var hún gerð aðgengileg í apótekum. Frá og með þeim tíma hefur hún verið afgreidd án lyfseðils. Hefur sala á henni verið töluverð þrátt fyrir kostnað. Á síðustu 10 árum hefur dregið nokkuð úr sölu neyðarpillunnar. Árið 2005 var sala hennar 87 á hverjar 1000 konur 15–49 ára en var 75 árið 2014.

Notkun neyðargetnaðarvarnar er útbreidd á Norðurlöndunum ef tekið er mið af sölu hennar. Eins og sést á mynd 4 þá er notkun hennar árið 2014 mest í Noregi en minnst á Íslandi (NOMESCO, 2015).



Mynd 4. Notkun neyðarpillunnar á 1000 konur 15-49 ára árið 2014 á fimm Norðurlöndum.

Heimild: NOMESCO, 2015.

6. Tillögur að breytingum á núverandi lögum

6.1 Uppbygging laganna

Lögum nr. 25/1975 er skipt upp í fjóra kafla. Í fyrsta kafla laganna er fjallað um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir, í öðrum kafla er fjallað um fóstureyðingar, í þriðja kafla um ófrjósemisaðgerðir og er almenn ákvæði að finna í fjórða kafla þeirra. Nefndin ræddi kaflaskiptinguna og kannaði hvernig lagasetningu er háttað á Norðurlöndunum. Í Noregi, Svíþjóð og Finnlandi eru sérstök lög um fóstureyðingar og sérstök lög um ófrjósemisaðgerðir. Í Danmörku er að finna lög um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir í heildstæðum heilbrigðislagabálki. Var nefndin sammála um að lög um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir væru ekki þess eðlis að eiga að standa saman í löggjöfinni heldur væri um mjög óskildar aðgerðir að ræða sem eðlilegra væri að hafa sem tvenn sjálfstæð lög. Hvað varðar fyrsta kafla laganna var nefndin sammála um mikilvægi þess að ákvæði um fræðslu og ráðgjöf varðandi kynlíf og barneignir héldust inni í lögum og var því lagt til að sérlög yrðu sett sem bæru heitið lög um fræðslu og ráðgjöf varðandi kynheilbrigði. Sérstök lög yrðu um þungunarrof sem og um ófrjósemisaðgerðir.

Tillaga:

Lögunum verði skipt upp í þrjá sjálfstæða lagabálka, þ.e. lög um fræðslu og ráðgjöf varðandi kynheilbrigði, lög um þungunarrof og lög um ófrjósemisaðgerðir.

6.2 Fræðsla og ráðgjöf um kynheilbrigði

6.2.1 Almennt um lögin

Fyrsti kafli núverandi laga nr. 25/1975 fjallar um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir. Mikil sátt var um þennan hluta laganna þegar þau tóku gildi. Hann fjallar um kynfræðslu og ráðgjafarþjónustu. Lögin kveða á um að það skuli veita fræðslu og ráðgjöf um notkun getnaðarvarna, ráðgjöf fyrir fólk sem íhugar að fara í fóstureyðingu, ófrjósemisaðgerð eða kynlífsfræðslu. Þá þurfi að veita ráðgjöf og fræðslu um ábyrgt foreldrahlutverk og ráðgjöf og fræðslu um þá aðstoð sem konum stendur til boða í sambandi við meðgöngu og barnsburð. Í lögunum kemur fram að allar viðurkenndar getnaðarvarnir skuli fást hjá ráðgjafarþjónustunni og unnið skuli að því að auðvelda almenningi útvegum getnaðarvarna, m.a. með því að sjúkrasamlög taki þátt í kostnaði þeirra.

Mikil þörf er á því í Íslensku samfélagi að standa vörð um kynheilbrigði fólks. Einn af mikilvægum mátarstólpum kynferðislega heilbrigðs samfélags eru lög í landinu um kynheilbrigði (Sóley S. Bender, 2006). Það er þó ekki nægjanlegt að hafa góð lög ef þeim er ekki framfylgt. Hefur I. kafla laga nr. 25/1975 því miður ekki verið framfylgt sem skyldi. Sem dæmi má nefna að getnaðarvarnir hafa aldrei verið niðurgreiddar hér á landi eins og lagt er upp með í lögunum. Því er mikilvægt að ákvæði í nýjum lögum setji skýran ramma um framkvæmd. Mikilvægt er að löggjöf stuðli að kynheilbrigði fólks. Í því sambandi þarf að tryggja fólki, einkum þeim sem yngri eru og þeim sem standa höllum fæti, greiðan aðgang að getnaðarvörnum og kynheilbrigðisþjónustu, m.a. í því skyni að fyrirbyggja óráðgerða þungun.

6.2.2 Fagrað um kynheilbrigði

Í fyrsta kafla núverandi laga sem nefnist *Ráðgjöf og fræðsla* kemur fram að landlæknir hafi yfirumsjón með framkvæmd og uppbyggingu ráðgjafar og fræðslu. Jafnframt eiga fræðsluyfirvöld í

samráði við skólayfirlækni að sjá um kynfræðslu í grunn- og framhaldsskólum landsins. Hefur embætti skólayfirlæknis verið lagt niður og hefur Embætti landlæknis nú yfirumsjón með málefnum tengdum kynheilbrigði. Lagt er til að komið verði á fót fagráði um kynheilbrigði, byggt á heimild í 4. gr. a. laga nr. 41/2007, um landlækni og lýðheilsu, sem fái það hlutverk að hafa umsjón með þessum málaflokki. Í fagráðinu eigi sæti sérfróðir aðilar og fulltrúar stofnana og félagasamtaka á viðkomandi sviði. Fagráðinu er ætlað að vera landlækni til ráðgjafar og standa fyrir gerð kynheilbrigðisáætlunar.

Mikilvægi þess að leggja áherslu á fagráð um kynheilbrigði felst í því að íslenskt samfélag stendur frammi fyrir margvíslegum vandamálum á sviði kynheilbrigðis sem nauðsynlegt er að sinna betur. Ýmsir aðilar hér á landi eru að vinna að verkefnum sem tengjast kynheilbrigði en heildstæða mynd af því framlagi skortir sem og að vita hverju sú vinna skilar samfélaginu. Auk þess skortir samvinnu milli aðila. Mikilvægt er t.d. að huga að gæðum kynfræðslu og að þeir sem henni sinna styðjist við gagnreynda þekkingu og fái reglulega endurmenntun á sviðinu.

Tillaga:

Lagt er til að fagráð um kynheilbrigði verði stofnað sem starfi innan Embættis landlæknis. Hlutverk þess sé að halda utan um málaflokkinn kynheilbrigði.

6.2.3 Kynheilbrigðisáætlun

Hinn 14. september 2016 var samþykkt ný framkvæmdaáætlun um kynheilbrigði í Evrópu (WHO, 2016). Hún getur reynst góður vegvísir við gerð kynheilbrigðisáætlunar. Ísland er eitt af aðildarlöndum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO). Í hinum vestræna heimi hafa víða verið settar fram kynheilbrigðisáætlanir. Má þara nefna Bandaríkin (2001), Nýja Sjáland (2001), Skotland (2005), Finnland (2007) og Noreg (2016) (Coleman, Hyde og Ross, 2001; Helsedirektoratet, 2016; Ministry of Health 2001; Nikula og Ritamo, 2009; The Scottish Executive Health Department, 2005).

Slík kynheilbrigðisáætlun er mikilvæg til að skapa heildarsýn á málaflokkinn kynheilbrigði og vinna markvisst að mikilvægum málefnum þess. Gera þarf úttekt á kynheilbrigðismálum í því skyni að forgangsraða áhersluatriðunum. Ísland þarf eins og önnur lönd að fylgja eftir alþjóðlegum samþykktum um kynheilbrigði sem gerðar hafa verið, t.d. á alþjóðlegri ráðstefnu Sameinuðu þjóðanna um mannréttindi í Teheran 1968 og alþjóðlegri ráðstefnu Sameinuðu þjóðanna um mannfjölda og þróun í Kairó árið 1994 (Hardon og Hayes, 1997).

Til að stuðla að kynheilbrigði í íslensku samfélagi þarf nauðsynlega að standa að gerð kynheilbrigðisáætlunar þar sem sett eru fram markmið, leiðir og tillögur um hvernig meta megir árangur.

Tillaga:

Fagráð um kynheilbrigði, í samvinnu við lykilaðila hér á landi, vinni að gerð kynheilbrigðisáætlunar sem taki mið af kynheilbrigðisáætlun Evrópu.

6.2.4 Kynfræðsla

Í Aðalnámskrá grunnskóla og framhaldsskóla er fjallað um heilbrigði og velferð. Þar segir: „Helstu þættir heilbrigðis sem leggja þarf áherslu á eru: jákvæð sjálfsmynd, hreyfing, næring, hvíld, andleg vellíðan, góð samskipti, öryggi, hreinlæti, kynheilbrigði og skilningur á eigin tilfinningum og annarra“ (Mennta og menningarmálaráðuneytið, 2012, bls. 21). Samkvæmt þessari tilvitnun er ljóst að leggja ber áherslu á kynheilbrigði í grunn- og framhaldsskólum landsins.

Hér á landi er aðgengilegt alhliða kynfræðslunámsefni ætlað efstu bekkjum grunnskólans og framhaldsskólum. Margt af því efni sem ætlað er grunnskólanum hefur þó ekki verið prófað áður en byrjað var að nota það. Einnig hefur vantað að meta námsefni eftir gæðavísunum áður en það er samþykkt til notkunar. Því þarf að huga betur að þróun og eftirliti með gæðum og árangri þess námsefnis sem notað er. Undirstrikar þetta sjónarmið mikilvægi þess að sett verði á stofn fagráð um kynheilbrigði sem m.a. sinni því hlutverki að tryggja að námsefni um kynheilbrigði uppfylli gæðakröfur.

Þó til sé námsefni þá hefur ekki verið lögð áhersla á að þjálfa kennara og aðra í skólunum, svo sem skólahjúkrunarfræðinga, til að miðla því námsefni til nemenda. Það er mikið undir kennara komið hvaða árangri er hægt að ná með kynfræðslunni (Sóley S. Bender, 2012). Ekki er nægjanlegt að kenna kynfræðslu eingöngu innan veggja skólans heldur þarf hún einnig að ná til þeirra ungmenna sem hafa dottið út úr námi. Það er mikilvægt að fagráð um kynheilbrigði hugi að þessum hópi sérstaklega og vinni með öðrum aðilum í samfélaginu, svo sem Hinu húsinu, sem hafa reynslu á þessu sviði.

Rannsóknir sýna að kynfræðsla foreldra skiptir sköpum varðandi seinkun þess að unglingur verði virkur í kynlífi sem og að hann sýni ábyrga notkun getnaðarvarna þegar kemur að því að þurfa að nota þær (Krauss o.fl., 2012; Whitaker og Miller, 2000). Því er mikilvægt að foreldrar eigi kost á fræðslufundum og námskeiðum á sviði kynheilbrigðis ungmenna.

Tillögur:

- Gerð verði úttekt á kynfræðslu í grunn- og framhaldsskólum landsins.
- Fagráð um kynheilbrigði fari yfir heildstætt kynfræðsluefni og gæti þess að það uppfylli gæðavísu áður en það er nýtt í fræðsluskyni.
- Fagráð um kynheilbrigði sjái til þess að haldin séu námskeið reglulega fyrir þá kennara og aðra í skólum landsins sem sinna kynfræðslunni.
- Fagráð um kynheilbrigði gæti þess að kynfræðsla nái til unglinga og ungs fólks sem dottið hefur úr námi.

6.2.5 Kynheilbrigðismóttökur

Í núverandi lögum frá 1975 er í 1. kafla fjallað um ráðgjafarþjónustu. Nefndin telur sérstaklega mikilvægt að koma á stofn kynheilbrigðismóttöku fyrir ungt fólk. Kynheilbrigðisþjónusta (e. sexual- and reproductive health services) er þjónusta sem stuðlar að kynlífs- og frjósemisheilbrigði einstaklingsins með því að fyrirbyggja vandamál á því sviði og leysa úr vandamálum sem viðkomandi stendur frammi fyrir (WHO, 2001). Starfsemi kynheilbrigðisþjónustu getur náð til margvíslegra þjónustupátta sem hvetja til heilbrigðs kynlífs, svo sem með því að stuðla að og stjórna frjósemi, greina og meðhöndla kynsjúkdóma og stuðla að heilbrigði á meðgöngu. Markmið með kynheilbrigðisþjónustu er að efla kynheilsu fólks. Í því felst að ýta undir og styrkja jafnræði í kynferðislegum samböndum og sameiginlega ábyrgð, að fólk hafi tök á upplýstri ákvörðun um barneignir og takmörkun þeirra og geti hlúð að eigin frjósemi.

Mikilvægar alþjóðlegar samþykktir um kynheilbrigðisþjónustu fyrir unglinga voru m.a. gerðar á alþjóðlegu þingi um mannfjölda og þróun í Kaíró árið 1994. Á þeirri ráðstefnu var lögð áhersla á að gæta réttar ungs fólks hvað varðar fræðslu og ráðgjöf um kynheilbrigðismál. Einnig var lögð áhersla á sérþarfir ungs fólks og að koma á fót viðeigandi kynheilbrigðismóttöku fyrir þennan hóp. Þar skyldi lögð áhersla á að sýna ungu fólki virðingu og gæta trúnaðar og jafnframt lögð áhersla á að þróa þjónustuna með hagsmuni ungs fólks í huga (ICPD, 1994).

Erlendis hefur kynheilbrigðismóttaka fyrir ungt fólk ýmist verið starfrækt eingöngu með áherslu á kynheilbrigðismál en í öðrum tilvikum hefur hún verið í tengslum við önnur heilbrigðismál svo sem tannvernd, næringu og geðheilbrigði. Þrengri nálgunina má sjá í Bretlandi þar sem víða eru fjölskylduáætlunarmóttökur en víðari nálgunina má t.d. sjá í Bandaríkjunum þar sem móttökur eru starfræktar innan veggja skóla (e. school based clinics).

Eftir að lögin nr.25/1975 tóku gildi hér á landi var hugur í fólki að vinna að forvörnum á þessu sviði og það sama ár var opnuð kynfræðsludeild á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur. Þessi móttaka var ekki upphaflega þróuð með unglunga í huga. Henni var ætlað það hlutverk að veita fólki á öllum aldri fræðslu og ráðgjöf um kynlíf, barneignir og getnaðarvarnir. Auk þess var henni ætlað að veita fólki fræðslu, ráðgjöf og meðferð við kynlífsvandamálum (Sóley S. Bender, 1990). Tæpum tuttugu árum síðar (1993) var henni lokað. Í kjölfarið (árið 1995) var opnuð kynheilbrigðisþjónusta fyrir unglunga í Hinu húsinu á vegum Fræðslusamtaka um kynlíf og barneignir. Tveimur árum síðar (1997) tók til starfa kynheilbrigðisþjónusta (ráðgjöf um getnaðarvarnir) á kvennadeild Landspítalans sem m.a. er ætluð ungu fólki, þ.e. stúlkum (pörum) 20 ára og yngri sem hafa farið í fóstureyðingu á spítalanum eða unglungum sem hafa þörf fyrir fræðslu og ráðgjöf á þessu sviði og hafa t.d. ekki greiðan aðgang að heilsugæslustöð í Reykjavík.

Hér á landi var ekki byrjað á markvissan hátt að þróa sérstaka kynheilbrigðisþjónustu fyrir unglunga fyrr en undir lok níunda áratugar síðustu aldar. Það er nokkrum áratugum síðar en í mörgum nágrannalöndum (Bandaríkin, Bretland, Svíþjóð). Sú leið var einkum farin hér á landi að þróa þjónustuna innan veggja heilsugæslustöðva. Í upphafi var þó ætlunin sú að starfrækja hana á félagsmiðstöðvum. Fyrsta unglungamóttakan sem tók til starfa innan veggja heilsugæslustöðvar var á Akureyri árið 1999 og fljótlega fylgdu aðrar í kjölfarið, einkum á höfuðborgarsvæðinu (t.d. í Hafnarfirði, Kópavogi og Seltjarnarnesi). Þessar móttökur fyrir unglunga lögðu áherslu á fleira en kynheilbrigðisþjónustu. Móttökurnar voru samkvæmt stefnu heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu árið 2002 sem lagði áherslu á að efla þjónustu heilsugæslustöðva við unglunga (14–18 ára) (Heilsugæslan, 2002). Þessar móttökur voru einkum starfræktar einu sinni í viku og voru sumar opnar í nokkur ár. Margt varð til þess að starfsemi þeirra var lögð niður. Með þessari tilraun varð ljóst að það gekk ekki upp að hafa unglungamóttökur á hverri heilsugæslustöð. Slík móttaka þyrfti að vera skipulögð miðlægt og með sérþjálfuðu starfsfólki.

Hinn 1. september 2010 var skipaður starfshópur af þáverandi heilbrigðisráðherra til að gera tillögur um leiðir til að efla heilbrigði og bæta heilbrigðisþjónustu við ungt fólk á aldrinum 14–23 ára. Árið 2011 skilaði starfshópurinn skýrslu þar sem m.a. kom fram nauðsyn þess að sniða þjónustuna að þeirra þörfum (Velferðarráðuneytið, 2011). Á 140. löggjafarþingi landsins árið 2011–2012 lagði velferðarnefnd Alþingis til að skipa starfshóp sem ætti að fá það hlutverk að undirbúa unglungamóttöku fyrir ungt fólk á aldrinum 14–23 ára. Var sú tillaga samþykkt á Alþingi í maí 2012. Vinna hófst í samræmi við þingsályktun sem síðan sameinaðist vinnu að heildstæðri velferðarstefnu – heilbrigðisáætlun til ársins 2020. Var sú stefna lögð fram á Alþingi á 141. löggjafarþingi árið 2012–2013. Í henni er að finna aðgerð undir liðnum Heilsugæsla þar sem lagt er til að sett verði á fót unglungamóttaka fyrir fólk á aldrinum 14–23 ára þar sem heilbrigðisþjónusta er sniðin að þörfum þess með áherslu á ráðgjöf um geðheilbrigði, kynlíf og kynheilbrigði. Átti tilraunarverkefni byggt á aðgerðinni að vera komið á fót fyrir árslok 2016. Umrædd stefna var þó aldrei samþykkt og hefur því ekki komið til framkvæmdar.

Miðað við fyrri reynslu er mikilvægt hér á landi að starfrækja a.m.k. eina móttöku í Reykjavík og eina á Akureyri sem tekur á málefnum ungs fólks. Gert sé ráð fyrir að þær geti sinnt allri landsbyggðinni með nútímataekni, svo sem skype. Þegar reynsla er komin af þessum móttökum má skoða þörf fyrir fleiri móttökur.

Tillaga:

Lagt er til að settar verði á stofn kynheilbrigðismóttökur fyrir ungt fólk í Reykjavík og á Akureyri. Þær sinni einnig ungmennum landsbyggðar, sem þess óska, með nútímatækni (viðtöl á skype).

6.2.6 Aðgengi og niðurgreiðsla getnaðarvarna

Í 5. gr. núverandi laga kemur eftirfarandi fram: „allar viðurkenndar getnaðarvarnir skulu fást hjá ráðgjafarþjónustunni. Unnið skal að því að auðvelda almenningi útvegum getnaðarvarna, m.a. með því, að sjúkrasamlög taki þátt í kostnaði þeirra“. Í einstaka tilfellum hafa getnaðarvarnir verið til staðar þar sem þjónusta um getnaðarvarnir hefur verið veitt en ekki almennt. Niðurgreiðsla getnaðarvarna hefur aldrei komið til framkvæmda og því hefur fólk hér á landi ávallt þurft að greiða þær fullu verði.

Alls kyns hindranir geta heft aðgang að getnaðarvörnum og kynheilbrigðisþjónustu. Má þar nefna staðsetningu móttökunnar, hvenær hún er opin og gæði sjálfrar þjónustunnar (Bender og Fulbright, 2013). Hér á landi hafa ekki verið skýr ákvæði um ávísun hormónagetnaðarvarna til unglingsstúlkna. Stundum hafa heimilislæknar ávísað hormónagetnaðarvörn á stúlkur undir lögaldri en aðrir tilgreint nauðsyn þess að hafa samþykki foreldra til að geta ávísað slíkri getnaðarvörn. Ýmis dæmi eru um að þessar sömu stúlkur hafi síðan þurft að fara í fóstureyðingu þar sem það reyndist vera of grýttur vegur fyrir þær að nálgast getnaðarvörn í íslensku heilbrigðiskerfi. Því er mjög mikilvægt að ný lög kveði skýrt á um þetta atriði. Í því sambandi er vert að hafa í huga að lágmarksaldur til að stunda kynlíf samkvæmt lögum, sem er 15 ár, sbr. 202. gr. almennra hegningarlaga.

Annar þáttur sem tengist aðgengi að getnaðarvörnum er kostnaður þeirra. Hér á landi hefur fólk ávallt greitt að fullu fyrir allar getnaðarvarnir sem er ólíkt því sem gerist í ýmsum nágrannalöndum okkar. Í Bretlandi eru t.d. getnaðarvarnir án endurgjalds og hafa verið það frá árinu 1974 (Rowlands, 2007). Önnur lönd í Evrópu hafa ýmist getnaðarvarnir án endurgjalds eða hafa þær að einhverju leyti niðurgreiddar (Center for Reproductive Rights, 2009). Þannig er það t.d. í Hollandi, Danmörku og Belgíu. Í ýmsum löndum Evrópu eru ákveðnar tegundir getnaðarvarna niðurgreiddar og fyrir ákveðinn aldurshóp kvenna. Má þar t.d. nefna Finnland og Þýskaland þar sem miðað er við aldurshópinn yngri en 20 ára (Bell, 2009; Nikula og Ritamo, 2009). Það kemur kannski ekki að sök að fólk greiði getnaðarvarnir fullu verði þegar efnahagur er góður en það er að sama skapi afleitt þegar stúlkur og konur standa höllum fæti í samfélaginu og hafa ekki ráð á að greiða fyrir getnaðarvarnir. Sumar konur í íslensku samfélagi eru í þeirri stöðu að neyðast til að velja getnaðarvarnir sem eru ódýrastar en ekki endilega þær getnaðarvarnir sem best henta viðkomandi eins og langtímagetnaðarvarnir (hormónastafir og hormónalykkja). Slíkt kemur iðulega niður á meðferðarhæðni síðar meir. Ein mikilvæg leið til að fyrirbyggja óráðgerðar þunganir er notkun langtímagetnaðarvarna (Blumenthal, Voedisch og Gemzell-Danielsson, 2011). Þótt þessar getnaðarvarnir séu dýrari í upphafi notkunar þá eru þær mun ódýrari en margar aðrar hormónagetnaðarvarnir þegar til lengri tíma er litið.

Ungu fólki hér á landi finnast getnaðarvarnir vera of dýrar. Fram kom í rannsókn meðal ungs fólks árið 1996 að 71% vildi lækka verð á getnaðarvörnum (Sóley S. Bender, 1997). Í ýmsum tilvikum hefur kostnaður hamlað notkun getnaðarvarna. Því er mikilvægt að smokkar séu aðgengilegir í öllum framhaldsskólum án endurgjalds. Nauðsynlegt er að hafa umsjón með þeirri aðgerð og er lagt til að það verði á vegum Embættis landlæknis.

Tillögur:

- Heimilt sé að ávísa hormónagetnaðarvörnum til stúlkna yngri en 18 ára án samráðs við foreldra.
- Hormónagetnaðarvarnir séu án endurgjalds fyrir stúlkur yngri en 20 ára.
- Hormónagetnaðarvarnir séu án endurgjalds fyrir konur sem standa höllum fæti í samfélaginu. Byggist það á mati fagaðila hverju sinni.
- Smokkar séu án endurgjalds í framhaldsskólum landsins. Skal Embætti landlæknis hafa umsjón með þeirri framkvæmd.

6.3 Um þungunarrof

6.3.1 Almennt um lög

Í umfjöllun nefndarinnar voru lög rædd í heild sinni. Þau atriði sem fjallað er um í þessum inngangi telur nefndin mikilvægt að tekið sé mið af við gerð nýrra laga. Önnur atriði álitur nefndin nauðsynlegt að skýra nánar.

Í nýju lögunum þarf áfram að hafa skýr ákvæði um þá fræðslu og ráðgjöf sem konum stendur til boða varðandi ráðgjöf um getnaðarvarnir og félagslega aðstoð. Einnig þurfa þær að eiga kost á stuðningsviðtölum. Það er mikilvægt að konur hafi val um þetta. Í núverandi lögum (13. gr. 4. liður) er þess getið að karlar taki þátt í umsókn kvenna, ef þess er kostur. Nefndin var sammála um að slíkt ákvæði ætti ekki að vera í nýju lögunum. Miðað við 15. gr. núverandi laga þá skal fóstureyðing eingöngu fara fram á sjúkrahúsum. Í umfjöllun nefndarinnar um lög var það niðurstaða hennar að heimila að þungunarrof fari fram á sjúkrahúsum, heilbrigðisstofnunum og lækna- og læknaþingum sem uppfylla kröfur um nauðsynlega sérþekkingu og aðstöðu og fengið hafa leyfi Embættis landlæknis skv. 26. gr laga nr 40/2007, um heilbrigðisþjónustu. Núverandi lög gera ráð fyrir að stúlkur sem eru 16 ára og eldri geti sótt um fóstureyðingu. Telur nefndin mikilvægt að miða heimild til þungunarrofs við 15 ára aldur þar sem sá aldur samræmist þeim aldri sem tilgreindur er í almennum hegningalögum (gr. 202) um lágmarksaldur einstaklings til að stunda kynlíf. Nefndin telur mjög mikilvægt að þungunarrof og sú fræðsla og ráðgjöf sem konur fá í tengslum við aðgerðina og um getnaðarvarnir séu þeim áfram að kostnaðarlausu og ákvæði um það tilgreint í lögum um þungunarrof. Í 27. grein laga nr. 25/1975 er fjallað um þagnarskyldu. Þetta ákvæði (17. gr) er í lögum um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012, og því ekki talið nauðsynlegt að það sé í þessum lögum.

6.3.2 Orðanotkun

Nefndin var sammála um að nota hugtakið þungunarrof í stað fóstureyðingar. Orðið fóstureyðing er gildishlaðið og með neikvæðum blæ (Jens A. Guðmundsson, Ósk Ingvarsdóttir, Reynir T. Geirsson og Sóley S. Bender, 2015). Hvergi í löndunum í kringum okkur er notað samsvarandi orð. Á Norðurlöndum heitir það *avbrytande av havandeskap/ svangerskabsavbrydelse/ svangerskapsavbrudd* eða í almennum tali *abort*. Á ensku *abortion* eða *termination of pregnancy*. Athugasemdir við þessa hugtakanotkun voru einnig áberandi í innsendum umsögnum, t.d. frá Kvennréttindafélagi Íslands og Félagi íslenskra fæðingar- og kvensjúkdómalækna, sem lagði þó til að orðið meðgöngurof yrði notað. Á kvennadeild Landspítala hefur á undanförunum árum verið reynt að nota hugtakið „meðgöngurof“ sem nálgun við enskuna, *termination of pregnancy*. Það hefur reynt erfitt og óþjálmt og ekki verið starfsfólki tamt. Meðganga er jákvætt orð, vísar frekar til þess að ganga með barn og væntinga um barnsfæðingu, en orðið meðganga er sjaldnar notað á fyrstu vikum þungunar. Á

meðgöngudeild eru konur oft til umönnunar vegna meðgöngu sem leiða mun til barnsfæðingar. Í mæðravernd er jafnan talað um meðgöngu og meðgönguvandamál og meðgöngusjúkdóma eins og meðgönguháþrýsting o.fl. Að rjúfa meðgöngu vísar jafn mikið til þess að koma af stað fæðingu eins og að framkvæma fóstureyðingu.

Orðið þungun vísar því frekar til fyrstu mánaðanna. Þungunarrof er betri þýðing á *termination of pregnancy* og þjálta í notkun og samsetningum því talað er um:

- ▶ þungunarpróf - ekki meðgöngupróf
- ▶ þungunareinkenni á fyrstu vikum meðgöngu
- ▶ fósturlát í snemmpungun - sjaldan í snemma meðgöngu
- ▶ utanlegspungun/þykkt - aldrei utanlegsmeðgöngu því það ástand leiðir nær aldrei til barnsfæðingar
- ▶ móttöku fyrir vandamál í snemmpungun - „*early pregnancy unit*“

Það getur verið erfitt að breyta almennri hugtakanotkun en með tímanum ætti það að takast og væri breyting á hugtakanotkun í lögum skref í rétta átt.

Tillaga:

Lagt er til að í stað þess að nota hugtakið fóstureyðingu þá skuli frekar nota hugtakið þungunarrof.

6.3.3 Sjálfsákvörðunarréttur kvenna

Nefndin var sammála um að fyrst og fremst þyrftu þær breytingar sem gera ætti á lögum að endurspeglu nýja sýn á rétt kvenna og sjálfsforræði. Ný lög þyrftu því að endurspeglu það viðhorf að konur ættu rétt á að taka ákvörðun um eigin líkama og eigin framtíð og til þess þyrfti aðgangur að öruggum fóstureyðingum að vera greiður og óhindraður. Byggjast tillögur nefndarinnar fyrst og fremst á þessu sjónarmiði. Í umsögn sem barst nefndinni frá Félagi fæðingar- og kvensjúkdómalækna er einnig fjallað um þetta sjónarmið undir kafla sem ber yfirskriftina *Réttur til að taka sjálfstæðar ákvarðanir*. Þar segir m.a.:

Það er því sjálfsagt framfaraskref að þessi viðhorf verði til grundvallar við lagasetningu. Þá er átt við að konan hafi sjálf fullan rétt til að taka ákvörðun um framtíð sína, heilsu og líkama og með ráðgjöf og aðstoð fagfólks ef þörf er á. Þannig sé ekki gert ráð fyrir að sérfræðingar hafi betri hugmyndir um aðstæður konu og því ekki þeirra að taka ákvörðun. Þannig yrði meginreglan að ákvörðun um meðgöngurof yrði ákvörðun konunnar einnar og staðfest með hennar undirskrift.

Miðað við alþjóðlegar samþykktir þá eiga konur rétt á því að taka sjálfar ákvörðun um það hvenær þær eru tilbúnar að eignast barn og hvenær ekki. Þannig sé það mat konunnar sjálfrar á sínum eigin aðstæðum sem eigi að skipta mestu máli. Ef aðrir en konan taka ákvörðun um hvort henni er heimilað að fara í fóstureyðingu má líklega segja að samþykki hennar sé vanvirt og mætti líkja því við sjálfræðissviftingu.

Þess má geta í þessu samhengi að réttur kvenna til að ráða yfir eigin líkama er ekki nýtt fyrirbæri. Í ritinu *The Woman Rebel*, sem Margaret Sanger, frumkvöðull fjölskylduáætlunar í Bandaríkjunum, byrjaði að gefa út árið 1914, er lögð áhersla á þennan rétt kvenna (Kolbrún S. Ingólfssdóttir, 2015 bls. 115).

Samkvæmt gildandi lögum þarf kona að fá leyfi frá tveimur fagaðilum, ýmist tveimur læknum eða einum lækni og einum félagsráðgjafa, til að fá framkvæmda fóstureyðingu. Konur í íslensku

samfélagi hafa upplifað þetta fyrirkomulag á neikvæðan hátt og vilja sjálfar taka þessa ákvörðun. Ein lýsti því svo: „Það að fara í viðtal á kvennadeildinni og fá „leyfi“ til að fara í fóstureyðingu var mesta niðurlægning sem ég hef upplifað“ (bls. 76). Önnur sagði: „Ég er ... mótfallin því að það sé í höndun annarra en konunnar sjálfrar hvort hún fái leyfi til að fara í aðgerð. Það á að vera frjálst val hversrar konu og eingöngu að miðast við hennar vilja“ (bls. 102). Enn önnur kona sagði: „Ég hitti félagsráðgjafa formsins vegna, en hún breytti ekki ákvörðun minni ... við erum fullorðnar konur og eigum að ráða sjálfar yfir lífi okkar og líkama“ (bls. 106). Enn önnur kona sagði: „Ég vona að fyrir næstu kynslóðir verði þetta ekki þannig að það séu einhverjir að reyna að hafa áhrif á ákvörðun manns. Það er alltaf valdriðsla, ég sé ekki að maður geti upplifað það á neinn annan hátt þegar maður fær ekki að standa á sínu“ (bls. 60–61) (Silja Bára Ómarsdóttir og Steinunn Rögnvaldsdóttir, 2015).

Talsverðar þjóðfélagslegar breytingar hafa átt sér stað frá því að núverandi lög frá 1975 tóku gildi. Mun mannúðlegri sýn er til flestra málaflokka. Ísland er talið á heimsmeilvarða hvað varðar stöðu kvenna og erum við því fyrirmynd annarra þjóða á því sviði. Það er mikilvægt að Ísland sýni umheiminum að konur hér á landi eru virtar, ákvarðanir þeirra um fóstureyðingu eru virtar, sjálfstæði þeirra og sjálfstjórn virt og þær studdar í þeirri ákvörðun með faglegri fræðslu og ráðgjöf sem byggist á gagnreyndri þekkingu. Það grundvallast á alþjóðlegum samþykktum og mannréttindum að geta tekið ákvörðun um barneign eða takmörkun barneigna (UN, 1994).

Vegur kvenna til sjálfstæðis hefur oft á tíðum verið erfiður. Þegar konur á Íslandi fengu kosningarétt fyrir um 100 árum síðan (1915) var sú barátta bæði löng og ströng (Kolbrún S. Ingólfssdóttir, 2015). Þegar umræða var í íslensku samfélagi um kosningarétt kvenna þá héldu margir karlmenn því fram að konur gætu ekki skilið pólitík því heili þeirra næði ekki slíkri umræðu (Kolbrún S. Ingólfssdóttir, 2015). Í nútímasamfélagi er ekki við hæfi að taka ákvörðunarvald kvenna um fóstureyðingu úr þeirra höndum. Með slíkri aðgerð er í raun gefið í skyn að þær séu ekki vitsmunalega færar um að taka þá ákvörðun.

Tillaga:

Lagt er til að konur fái sjálfar að taka ákvörðun um þungunarrof, nema læknisfræðilegar ástæður mæli gegn því.

6.3.4 Tímamörk

Nefndin ræddi tvo möguleika varðandi tímamörk. Annar laut að því hvort konan ætti að hafa frjálst val um að taka ákvörðun um þungunarrof fram að því að fóstur telst hafa náð lífvænlegum þroska eða til loka 22. viku þungunar án aðkomu úrskurðarnefndar. Hinn laut að því að konan hefði ákvörðunarrétt til þungunarrofs til loka 16. viku þungunar en eftir það þyrfti umsókn hennar að fara til úrskurðarnefndar sem hefði heimild til að samþykkja umsókn á félagslegum forsendum auk þeirra heimilda sem eru til staðar í núgildandi lögum. Telur nefndin fyrri kostinn mun betri út frá þeim sjónarmiðum að virða sjálfsákvörðunarrétt konunnar, unnt er að taka strax á þeim örfáu málum sem geta komið fram eftir 16. viku þungunarinnar og ekki er um kerfisbundna mismunun að ræða gagnvart fötluðum einstaklingum. Annmarkar við seinni útfærsluna eru þeir að sjálfsákvörðunarréttur konunnar er ekki virtur nema að hluta, áfram þyrfti að hafa úrskurðarnefnd og heimildir til þungunarrofs eftir 16. viku þungunar gætu falið í sér mismunun gagnvart fötluðum einstaklingum ef áfram yrði haldið með það verklag sem nú er til staðar að veita undanþágur til þungunarrofs eftir 16 vikur ef fóstur greinist með litningafrávik eða sköpulagsgalla. Niðurstaða nefndarinnar var því sú að heimild til þungunarrofs að ósk konu, fram að lokum 22 vikna þungunar, væri ákjósanlegust og leggur nefndin fram tillögu þess efnis. Í umfjöllun hér á eftir er í byrjun fjallað um almenn atriði er varða tímamörk. Í framhaldi af því er gerð nánari grein fyrir þessum tveimur leiðum.

Ef þungun lýkur fyrir 23 vikur og fóstur vegur < 500 g er það skilgreint sem fósturlát samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO, e.d.). Ljúki þungun eftir 22 vikur er það skilgreint sem fæðing. Þessi viðmið hafa verið notuð á Íslandi frá árinu 1987 og er burðarmálsdauði miðaður við það í íslensku fæðingarskránni. Fóstur sem fæðist fyrir fullar 22 vikur þungunar hefur nánast engar líkur á því að geta lifað af. Við 23 vikna meðgöngu lifa um 10–35% barna af, við 24–25 vikur um 40–70% og þegar meðgangan er komin 26–27 vikur þá er talið að um 80–90% barna geti lifað af við bestu hugsanlegar aðstæður og þjónustu í nýburalækningum (Wikipedia, e.d.). Tímamark lífvænleika hefur færst fram á síðustu áratugum vegna aukinnar tækni í nýburaumönnun og má ætla að slík þróun haldi áfram og þannig muni umrætt tímamark færast fram (BPAS, e.d.). Var nefndin sammála um að mörkin ættu að liggja við lífvænleika fósturs og ekki væri réttlætánlegt að heimila þungunarrof eftir það tímamark nema lífi konu væri stefnt í hættu eða ljóst væri að barn teldist ekki lífvænlegt, þ.e. fyrirsjáanlegt væri að barn myndi deyja á meðgöngu eða stuttu eftir fæðingu.

Hafa ber í huga að árið 2015 áttu 93,8% allra fóstureyðinga hér á landi sér stað fyrir lok 12. viku meðgöngu, 4,2% á 13.–16. viku meðgöngu, 0,6% á 17.–20. viku meðgöngu og 1,3% þegar meðgangan var komin 20 vikur eða lengra (Embætti landlæknis, e.d.). Af þessu er ljóst að 98% allra fóstureyðinga árið 2015 áttu sér stað fyrir lok 16. viku meðgöngu. Síðastliðin tíu ár (2006–2015) var hlutfall fóstureyðinga innan 12 vikna meðgöngu á bilinu 91–95%. Gera má ráð fyrir því að þetta hlutfall verði svipað áfram þó að framlengdur sé tími til þungunarrofs. Framkvæmd fóstureyðinga í Svíþjóð sýnir að þó að heimild til fóstureyðingar sé til loka 18. viku meðgöngu þá þýði það ekki að fleiri þungunarrof séu framkvæmd undir lok þessa tíma. Á tímabilinu 1983–2015 voru langflestar (90,4–94,2%) fóstureyðingar framkvæmdar í Svíþjóð innan 12 vikna meðgöngu, á bilinu 5,3–8,5% voru framkvæmdar á 12.–18. viku meðgöngu og 0,5–1,2% ef meðganga var komin 18 vikur eða meira (Sosialstyrelsen, e.d.).

Aðferðir við þungunarrof hafa breyst á undanförunum áratugum. Á Norðurlöndunum og í Vestur-Evrópu hefur það verið viðtekin aðferð að framkvæma aðgerð í svæfingu eða deyfingu fram að fullum 12 vikum þungunar. Eftir 12 vikur hefur verið beitt lyfjameðferð af ýmsu tagi þar eð aðgerð eingöngu er erfiðari og áhættusamari eftir þann tíma. Með þróun andhormóna (antiprogesterone) og prostaglandín lyfja á sjöunda og áttunda áratug síðustu aldar, auk framfara í ómgreiningu og betra eftirlits, hafa aðferðir við þungunarrof orðið öruggari á öllum stigum meðgöngu. Þungunarrof með lyfjum er víða framkvæmt sem fyrsta val fram að fullum níu vikum þungunar, en fremur mælt með aðgerð milli 9. og 12. viku. Eftir 12. viku er lyfjameðferð í tveimur áföngum aftur talin öruggari. Lyfjameðferð með notkun andhormóns við þungunarrof var tekin upp á Íslandi árið 2006 og er nú beitt í meira en 50% tilvika. (Ágúst Ingi Ágústsson, Kristín Jónsdóttir og Jens A. Guðmundsson, 2010). Árið 2013 voru 55% fóstureyðinga framkvæmd hér á landi með lyfjum. Það sama ár var þetta hlutfall á öðrum Norðurlöndum mun hærra en hér. Í Danmörku var það 63%, í Svíþjóð (2012) 78%, í Noregi 83% og í Finnlandi 94% (Heino og Gissler, 2013). Því má telja líklegt að þetta hlutfall muni enn hækka hér á landi.

Nefndin var sammála um að í nýjum lögum væri mikilvægt að ákvæði 1. mgr. 10. gr. núverandi laga myndi halda sér. Í ákvæðinu segir að fóstureyðing skuli framkvæmd eins fljótt og auðið er og helst fyrir lok 12. viku meðgöngutímans. Til að gefa áfram skýr skilaboð til samfélagsins um framkvæmd þungunarrofs þá leggur nefndin til að þetta ákvæði haldi gildi sínu í nýjum lögum.

a) Þungunarrof að ósk konu til loka 22. viku þungunar.

Með því að færa það viðmið að kona geti óskað eftir þungunarrofi þar til undir lok 22 vikna þungunar er verið að viðurkenna nauðsyn þess að virða sjálfsákvörðunarrétt kvenna til að ráða yfir eigin líkama. Til að taka upplýsta ákvörðun þarf kona að hafa kost á gagnreyndri fræðslu og ráðgjöf. Kona á að geta tekið þessa ákvörðun svo framarlega sem engar læknisfræðilegar ástæður mæla móti aðgerð. Það má telja afar sjaldgæft að kona á frjósemisskeiði (15–49 ára) geti ekki farið í

lyfjameðferð eða aðgerð vegna þungunarrofs út frá heilsufarslegum þáttum, þ.e. að kona þoli ekki svæfingu eða lyfjameðferð. Það er læknir sem ber ábyrgð á framkvæmd þungunarrofs og þarf hann því að vera samþykkur aðgerðinni út frá læknisfræðilegum forsendum, eins og á við um allar aðgerðir.

Fyrir lok 22. viku þungunar liggja einnig, í langflestum tilfellum, fyrir helstu niðurstöður úr fósturskimunum og greiningum sem áhrif hafa á ákvörðun um þungunarrof. Í þeim afar fáu tilvikum sem upp koma þar sem alvarlegur fósturgalli finnst eftir lok 22. viku þungunar er ljóst að ákvæði um líf og heilsu konu eða lífvænleika fósturs myndu koma til skoðunar.

Fjölmargir þættir höfðu áhrif á ofangreinda niðurstöðu nefndarinnar um tímamörk en ljóst er að eftirfarandi afstaða Félags íslenskra fæðingar- og kvensjúkdómalækna (FIFK), sem ítrekuð var á fundi fósturgreiningardeildar Landspítalans með nefndinni, vóg nokkuð þungt:

FIFK telur því fulla ástæðu til að styðja lagabreytingu sem byggir á sjálfsákvörðunarrétti konunnar yfir eigin líkama til að ákveða meðgöngurolf þar til fóstur sem hún gengur með nær lífvænleika. Eigi að síður á að hvetja konur almennt til að koma eins snemma og auðið er og að þeir sem sinni þessum málum hafi aðstöðu til að sinna málum faglega og tímanlega.

b) Þungunarrof að ósk konu til loka 16. viku þungunar.

Með þessu fyrirkomulagi væri sjálfsákvörðunarréttur konunnar aðeins viðurkenndur að hluta og hún því ekki talin fær um að taka ákvörðun eftir 16. viku þungunar. Heimildir til þungunarrofs eftir lok 16. viku og fram að lokum 22. viku, eða þangað til fóstur telst hafa náð lífvænlegum þroska, væri bundið sérstökum takmörkunum sem úrskurðarnefnd myndi skera úr um. Rök fyrir því að vísa þurfi umsóknum til úrskurðarnefndar eftir 16 vikur þungunar eru þau að kanna þurfi betur hvað liggir að baki því að umsókn kemur svo seint fram, sérstaklega þegar eingöngu er um félagslegar ástæður að ræða. Í þeim örfáu tilvikum sem upp kunna að koma er oft um mjög sérstakar ástæður að ræða og konan í slæmri stöðu, m.a. vegna æsku og þroskaleysis eða annarra sérstakra aðstæðna. Auk þess getur nefndin byggt mat sitt á heimild til þungunarrofs á svipuðum lagaákvæðum sem eru í núverandi lögum. Heimildir til þungunarrofs eftir 16. viku gætu þó verið þess eðlis að þær ýttu undir mismunun gagnvart fötluðum einstaklingum. Undanþágur til fóstureyðinga eftir 16 vikna þungun skv. 2. og 3. málsgrein 10. gr. nógildandi laga hafa hingað til verið veittar ef við rannsókn á fóstri hafa komið í ljós frávik sem benda til að einstaklingur muni fæðast sem búa muni við mismikla andlega eða líkamlega fötlun. Erfitt getur verið að setja fram ákvæði sem veitir heimildir sem þessar án þess að fjalla um tiltekna hópa einstaklinga, svo sem fatlaða einstaklinga.

Tillögur:

- Áfram verði ákvæði í lögum um að þungunarrof skuli framkvæmt eins fljótt og auðið er og helst fyrir lok 12. viku þungunar.
- Þungunarrof verði gert heimilt að ósk konu fram að lokum 22. viku þungunar eða þar til fóstur telst hafa náð lífvænlegum þroska.

6.3.5 Greinargerð tveggja fagaðila

Í lögum nr. 38/1935, um leiðbeiningar fyrir konur um varnir gegn því að verða barnshafandi og um fóstureyðingar, var gerð krafa um tveggja lækna greinargerð og var tekin ákvörðun um það í nefnd sem undirbjó núverandi lög að slík skylda ætti að haldast inni í lögnum.

Núverandi nefnd fjallaði um umrædda kröfu og taldi á frumstigum vinnunnar ljóst að fella þyrfti brott þessa kröfu um tveggja lækna greinargerð, eða greinargerð læknis og félagsráðgjafa, þegar um þungunarrof á félagslegum forsendum væri að ræða. Byggðist afstaða nefndarinnar á því að konur eigi sjálfar að fá að stjórna því hvort þær ákveða að eiga barn eða hvort þær kjósa að láta rjúfa þungun. Einnig hafði það sjónarmið áhrif á niðurstöðu nefndarinnar að þungunarrof telst ekki meðferð við sjúkdómi sem krefst greiningar læknis í læknisfræðilegum skilningi. Vissulega þarf læknir að greina þungun áður en þungunarrof er framkvæmt en þungunarrof er ekki meðferð sem byggist á þeirri greiningu í sama skilningi og þegar um aðra meðferð er að ræða. Þungunarrof er aðgerð sem framkvæmd er að beiðni konu vegna þess að hún hefur tekið ákvörðun um að eiga ekki það barn sem hún gengur með. Ákvörðunin er ekki læknisfræðileg heldur persónuleg og að öllu leyti einstaklingsbundin, ólíkt annarri lækni meðferð, sem yfirleitt byggist á ákvörðun og samþykki sjúklings um þá meðferð sem læknir telur rétta. Þungunarrof á því fátt skylt með öðrum lækni aðgerðum sem byggjast á greiningu á sjúkdómi sem er meðhöndlaður.

Í umsögn Félags fæðingar- og kvensjúkdómalækna kom sú afstaða félagsins fram að *enginn annar en konan sjálf* ætti að koma að undirritun umsóknar um þungunarrof. Í þeim löndum sem hafa sambærilegt kerfi og það sem nú gildir á Íslandi, sbr. Bretland, hefur ítrekað verið sett fram gagnrýni á gildandi fyrirkomulag um undirskrift tveggja lækna og réttmæti þess (Mason, 2007).

Tillaga:

Lagt er til að fella niður greinargerð tveggja fagaðila (tveggja lækna eða læknis og félagsráðgjafa) og að þungunarrof sé eingöngu byggt á mati þess læknis sem framkvæmir aðgerðina.

6.3.6 Úrskurðarnefnd

Í samræmi við tillögur hér að ofan um að kona geti óskað eftir þungunarrofi fram að lokum 22. viku þungunar eða þangað til fóstur telst hafa náð lífvænlegum þroska er ljóst að úrskurðarnefndar núverandi laga verður ekki lengur þörf.

Frá árinu 2006 hafa beiðnir kvenna, sem eru komnar 16 vikur eða lengur á meðgöngutímanum og eru skjólstæðingar kvennadeildar Landspítalans, farið fyrir úrskurðarnefnd. Fyrir þann tíma var miðað við 12 vikur. Úrskurðarnefndin eftir 16 vikur er álitin af sérfræðingum, sem að þessum málum koma á Landspítalanum, skapa flækjustig og tefja afgreiðslu mála jafnvel þótt nefndin hafi afgreitt öll mál eins fljótt og auðið hefur verið. Mikilvægt er að kona geti farið eins fljótt í þungunarrof og unnt er ef hún er gengin lengur en 16 vikur.

Samkvæmt skýrslu úrskurðarnefndar frá 2013 kom fram að á árunum 2005–2013 var sex konum synjað um þungunarrof. Af þessu er ljóst að um afar fá tilfelli er að ræða sem teljast þess eðlis að þurfi að synja þeim (Arnar Hauksson, Guðrún Ögmundsdóttir og Þuríður Árnadóttir, 2013).

Í viðtölum nefndarinnar við sérfræðinga á sviðinu kom fram að konur upplifa úrskurðarnefndina sem eins konar siðapostula. Þannig er vald konunnar til að taka ákvörðun um eigin líkama komið í hendur úrskurðarnefndar ásamt því að sjálfstjórn og sjálfstæði konunnar er tekið af henni. Ákvörðunarvaldið er fært í hendur úrskurðarnefndar sem ekki er endilega með sérþekkingu á málefni viðkomandi konu og þarf nefndin því iðulega að leita sérálits um þau mál. Með því að leggja niður úrskurðarnefndina er lögð áhersla á grundvallarsjónarmiðið um sjálfsákvörðunarrétt konunnar.

Tillaga:

Lagt er til að úrskurðarnefnd samkvæmt ákvæði 28. gr. laganna verði lögð niður ef lögin kveða á um þungunarrof að ósk konu til loka 22. viku þungunar.

6.3.7 Mismunun

Í umsögnum sem bárust nefndinni sem og í viðtölum nefndarinnar við gesti var ítrekað bent á mikilvægi þess að lögin mismunuðu ekki einstaklingum á grundvelli fötlunar.

Alþingi hefur nýverið ályktað að heimila ríkisstjórninni fyrir Íslands hönd að fullgilda samning Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks þar sem skýrt er kveðið á um réttindi fatlaðra til jafns við aðra (löggjafarþing nr. 145). Í 1. mgr. 1. gr. kemur fram að markmið samningsins sé að stuðla að því að fatlað fólk njóti allra mannréttinda og mannfrelsis til fulls og jafns við aðra. Í 2. mgr. 12. gr. kemur fram að aðildarríki samningsins skuli viðurkenna að fatlað fólk skuli njóta gerhæfis til jafns við aðra á öllum sviðum mannlífs. Í 23. gr. samningsins er fjallað um virðingu fyrir heimili og fjölskyldu og þar segir að aðildarríkin skuli gera árangursríkar og viðeigandi ráðstafanir í því skyni að uppræta mismunun gagnvart fötluðu fólki í öllum málum sem lúta að hjónabandi, fjölskyldu, foreldrahlutverki og samböndum, á sama hátt og gildir um aðra. Þetta er m.a. gert til þess að tryggja rétt alls fatlaðs fólks til þess að stofna fjölskyldu sem og rétt til óheftrar og ábyrgrar ákvörðunartöku um fjölda barna og bil milli barneigna og til að hafa aðgang, þar sem tekið er tillit til aldurs, að upplýsingum og fræðslu um getnað og að fjölskylduáætlanir séu viðurkenndar og að því séu tiltæk nauðsynleg ráð sem gera því kleift að nýta sér þennan rétt. Í c. lið greinarinnar kemur fram að ríki skuli tryggja að fatlað fólk, þ.m.t. börn, fái haldið frjósemi sinni til jafns við aðra.

Eftirlitsnefnd samningsins hefur gert athugasemdir við löggjöf ríkja þar sem veittar eru heimildir til að framkvæma þungunarrof á öllum stigum meðgöngu þegar fóstur er talið alvarlega fatlað. Í þessu sambandi er vert að benda á ákvæði 2. mgr. 10. gr. gildandi laga hérlendis þar sem fram kemur að þungunarrof skuli aldrei framkvæma eftir lok 16. viku meðgöngu nema fyrir hendi séu ótvíræðar lækisfræðilegar ástæður og lífi og heilsu konunnar stefnt í því meiri hættu með lengri meðgöngu og/eða fæðingu. Enn fremur segir að einnig skuli þungunarrof leyfileg eftir 16 vikur séu miklar líkur á vansköpun, erfðagöllum eða sköddun fósturs. Í ljósi fyrrnefndra tilmæla eftirlitsnefndarinnar verður að telja mikilvægt að endurskoða ákvæði 2. mgr. 10. gr. með það fyrir augum að afnema þann greinarmun sem gerður er á fósturum.

Í ljósi tillögu nefndarinnar um að heimila þungunarrof fram að lokum 22. viku þungunar eða þangað til fóstur telst hafa náð lífvænlegum þroska telur nefndin mikilvægt að í lögnum verði afmáð öll mismunun vegna fötlunar.

Tillaga:

Lagt er til að ný lög um þungunarrof geri ekki greinarmun á einstaklingum eftir fötlun.

6.4 Um ófrjósemisaðgerðir

6.4.1 Almennt um lögin

Nefndin ræddi um núverandi lög í heild sinni. Vill nefndin leggja áherslu á eftirfarandi atriði við gerð nýrra laga en önnur eru sérstaklega útskýrð.

Nefndin telur mikilvægt að það verklag sé haft við beiðni um ófrjósemisaðgerð að einungis þurfi aðkomu eins læknis (þegar viðkomandi er 18 ára eða eldri) og að úrskurðarnefnd sé óþörf. Þegar viðkomandi er yngri en 18 ára þá þurfi aðkomu tveggja lækna. Í 23. gr. núverandi laga er ákvæði um að ófrjósemisaðgerð geti eingöngu farið fram á sjúkrahúsum. Telur nefndin að heimila eigi þessa aðgerð á sjúkrahúsum og öðrum heilbrigðisstofnunum sem fengið hafa leyfi Embættis landlæknis skv. 26. gr. laga nr. 40/2007, um heilbrigðisþjónustu. Áfram skuli vera í lögnum ákvæði (29. gr.) um að ófrjósemisaðgerð sé einstaklingnum að kostnaðarlausu. Það gildir einnig um kostnað vegna fræðslu og ráðgjafar er lýtur að þessari aðgerð. Í 27. grein laga nr. 25/1975 er fjallað um þagnarskyldu. Þetta ákvæði (17. gr.) er í lögum um heilbrigðisstarfsmenn, nr. 34/2012, og því ekki talið nauðsynlegt að það sé í þessum lögum.

6.4.2 Aldursmörk

Nefndin var sammála um að gera ætti breytingar á aldurstakmörkum laganna og færa þau niður í 18 ár í samræmi við gildandi sjálfræðisaldur. Nefndin taldi engar ástæður fyrir hendi sem mæltu gegn því að einstaklingar eldri en 18 ára fengju að taka ákvörðun um ófrjósemisaðgerð og slík forræðishyggja væri því óþörf. Er það í samræmi við fyrra frumvarp til laga nr. 25/1975. Í framkvæmd laga nr. 25/1975 hefur Embætti landlæknis bent á að þeir sem eru yngri en 25 ára hafi þurft undirritun lögráðamanns og samræmist það ekki lögræðislögum, nr. 71/1997.

Auk þess má benda á að algengast er hér á landi að konur og karlar séu á aldrinum 35–44 ára þegar farið er í ófrjósemisaðgerðir. Í Finnlandi voru á bilinu 0–9 einstaklingar yngri en 25 ára sem á árunum 1958–1995 fóru í ófrjósemisaðgerð (Hemminki, Rasimus og Forssas, 1997). Það eru því afar fáir sem fara í ófrjósemisaðgerð á þessum aldri.

Mikilvægt er að tryggja fræðslu fyrir einstaklinga sem óska eftir ófrjósemisaðgerð svo að öruggt sé að einstaklingur geri sér grein fyrir afleiðingum aðgerðar. Ákvæði 21. gr. núgildandi laga á að tryggja að áður en ófrjósemisaðgerð er heimiluð samkvæmt lögum þessum sé viðkomandi skýrt frá því í hverju aðgerð sé fólgin og að hún geti komið varanlega í veg fyrir að viðkomandi auki kyn sitt. Í ljósi lækkaðs aldurstakmarks telur nefndin afar mikilvægt að sambærilegt ákvæði standi áfram í nýrri löggjöf.

Tillaga:

Lagt er til að lækka lágmarksaldurs niður í 18 ár í samræmi við gildandi lögræðislög.

6.4.3 Börn yngri en 18 ára

Í samræmi við þá tillögu nefndarinnar að lækka aldurstakmark niður í 18 ár sem og þær skyldur sem fylgja fullgildingunni samnings Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks var niðurstaða nefndarinnar sú að þrengja þyrfti heimildir laganna til ófrjósemisaðgerða á einstaklingum yngri en 18 ára frá því sem er í núverandi lögum. Þess ber þó að geta að núverandi heimildir gilda um einstaklinga yngri en 25 ára. Leggur nefndin því til að heimildir til ófrjósemisaðgerða af félagslegum ástæðum, sbr. 2. tölul. 18. gr. II, þ.e. ef fæðing og forsjá barna yrði of mikið álag fyrir hana/hann með hliðsjón af lífskjörum fjölskyldunnar og af öðrum ástæðum, verði felldar úr lögnum. Nefndin telur ekki réttmætt að foreldrar eða forráðamenn geti tekið óafturkræfa ákvörðun fyrir ólögráða börn sín um framtíðarbarneignir þeirra á félagslegum ástæðum. Slíkt telur nefndin ekki í samræmi við löggjöf hér á landi á sviði barnaréttar, þ.e. barnaverndarlög og barnalög sem og réttindi barna samkvæmt samningi Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins.

Nefndin var þeirrar skoðunar að einungis ætti að heimila ófrjósemisaðgerðir á börnum yngri en 18 ára þegar ætla mætti að lífi eða heilsu konu væri stefnt í hættu af meðgöngu eða fæðingu. Einnig

taldi nefndin koma til greina að heimila slíkar aðgerðir þegar talið væri einsýnt að barn viðkomandi yrði alvarlega vanskapað eða lífshættulega veikt.

Tillaga:

Einungis skal heimila ófrjósemisaðgerðir á börnum (yngri en 18 ára), af læknisfræðilegum ástæðum, ef lífi eða heilsu stúlku er stefnt í hættu með þungun eða fæðingu eða ef einsýnt er að barn viðkomandi yrði alvarlega vanskapað og/eða lífshættulega veikt.

6.4.4 Mismunun

Nefndin skoðaði gildandi ákvæði um ófrjósemisaðgerðir með hliðsjón af samningi Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks sem nýverið var fullgildur hér á landi. Í samningnum eru skýr ákvæði þess efnis að fatlaðir einstaklingar skuli njóta réttinda til jafns við aðra. Samkvæmt 1. gr. samningsins skulu fatlaðir fá að taka eigin ákvarðanir og sbr. 12. gr. skal virða líkamlega og andlega friðhelgi þeirra. Samkvæmt 17. gr. eiga fatlaðir rétt á að stofna fjölskyldu og að taka ábyrga ákvrörðun um fjölda barna, bil milli barneigna og til að hafa aðgang, þar sem tekið er tillit til aldurs, að upplýsingum og fræðslu um getnað og fjölskylduáætlanir og að því séu tiltæk nauðsynleg ráð sem gera því kleift að nýta sér þennan rétt, sbr. 23. gr. Enn fremur gerir 23. gr. ríkjum skylt að tryggja að fatlað fólk, þ.m.t. börn, fái að halda frjósemi sinni til jafns við aðra.

Með hliðsjón af samningi Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks er ljóst að gera þarf nokkuð umfangsmiklar breytingar á III. kafla laganna til að tryggja að ákvæði íslenskra laga stangist ekki á við skuldbindingar Íslands samkvæmt samningnum. Meginsjónarmiðið í þeim breytingum þarf að tryggja að fatlaðir einstaklingar, hvort sem þeir eru líkamlega eða andlega fatlaðir, fái ekki sérstaka meðferð samkvæmt lögunum heldur sömu meðferð og aðrir. Þannig þarf að tryggja að núverandi heimildir til ófrjósemisaðgerða á einstaklingum á grundvelli fötlunar verði tekin út úr lögunum þannig að aðgerðir sem grundvallast á fötlun einstaklinga séu ekki framkvæmdar nema í fullu samráði við einstaklinginn og af óvæfengjanlegum læknisfræðilegum ástæðum.

Tillaga:

Afmá skal alla mismunun í lögunum gagnvart fötluðum einstaklingum.

7. Heildartillögur

- ▶ Lögnum verði skipt upp í þrjá sjálfstæða lagabálka, þ.e. lög um fræðslu og ráðgjöf varðandi kynheilbrigði, lög um þungunarrof og lög um ófrjósemisaðgerðir.

Fræðsla og ráðgjöf um kynheilbrigði:

- ▶ Lagt er til að fagráð um kynheilbrigði verði stofnað sem starfi innan Embættis landlæknis. Hlutverk þess sé að halda utan um málaflokkinn kynheilbrigði.
- ▶ Fagráð um kynheilbrigði, í samvinnu við lykilaðila hér á landi, vinni að gerð kynheilbrigðisáætlunar sem taki m.a. mið af kynheilbrigðisáætlun Evrópu.
- ▶ Gerð verði úttekt á kynfræðslu í grunn- og framhaldsskólum landsins.
- ▶ Fagráð um kynheilbrigði fari yfir heildstætt kynfræðsluefni og gæti þess að það uppfylli gæðavísu áður en það er nýtt í fræðsluskyni.
- ▶ Fagráð um kynheilbrigði sjái til þess að haldin séu regluleg námskeið fyrir þá kennara og aðra í skólum landsins sem sinna kynfræðslunni.
- ▶ Fagráð um kynheilbrigði gæti þess að kynfræðsla nái til unglunga og ungs fólks sem dottið hefur úr námi.
- ▶ Lagt er til að settar verði á stofn kynheilbrigðismóttökur fyrir ungt fólk í Reykjavík og á Akureyri. Þær sinni einnig ungmönnum landsbyggðar, sem þess óska, með nútímataækni (viðtöl á skype).
- ▶ Heimilt sé að ávísu hormónagetnaðarvörnum til stúlkna yngri en 18 ára án samráðs við foreldra.
- ▶ Hormónagetnaðarvarnir séu án endurgjalds fyrir stúlkur yngri en 20 ára.
- ▶ Hormónagetnaðarvarnir séu án endurgjalds fyrir konur sem standa höllum fæti í samfélaginu. Byggist það á mati fagaðila hverju sinni.
- ▶ Smokkar séu án endurgjalds í framhaldsskólum landsins. Skal Embætti landlæknis hafa umsjón með þeirri framkvæmd.

Um þungunarrof:

- ▶ Lagt er til að í stað þess að nota hugtakið fóstureyðing þá skuli frekar nota hugtakið þungunarrof.
- ▶ Lagt er til að konur fái sjálfar að taka ákvörðun um þungunarrof, nema læknisfræðilegar ástæður mæli gegn því.
- ▶ Áfram verði ákvæði í lögum um að þungunarrof skuli framkvæmt eins fljótt og auðið er og helst fyrir lok 12. viku þungunar.
- ▶ Þungunarrof verði gert heimilt að ósk konu fram að lokum 22. viku þungunar eða þar til fóstur telst hafa náð lífvænlegum þroska.
- ▶ Lagt er til að fella niður greinargerð tveggja fagaðila (tveggja lækna eða lækni og félagsráðgjafa) heldur sé þungunarrof eingöngu byggt á mati þess lækni sem framkvæmir aðgerðina.
- ▶ Lagt er til að úrskurðarnefnd samkvæmt ákvæði 28. gr. laganna verði lögð niður ef lögin kveða á um þungunarrof að ósk konu til loka 22. viku þungunar.
- ▶ Lagt er til að ný lög um þungunarrof geri ekki greinarmun á einstaklingum eftir fötlun.

Um ófrjósemisaðgerðir:

- ▶ Lagt er til að lækka lágmarksaldurs niður í 18 ár í samræmi við gildandi lögræðislög.
- ▶ Einungis skal heimila ófrjósemisaðgerðir á börnum (yngri en 18 ára), af læknisfræðilegum ástæðum, ef lífi eða heilsu stúlku er stefnt í hættu með þungun eða fæðingu eða ef einsýnt er að barn viðkomandi yrði alvarlega vanskapað og/eða lífshættulega veikt.
- ▶ Afmá skal alla mismunun í lögum gagnvart fötluðum einstaklingum.

8. Almenn atriði

Nefndin vill koma á framfæri þeim upplýsingum sem ekki hafa komið fram annars staðar og varða áframhaldandi vinnu við lögin. Nefndin ræddi þær upplýsingar sem fram eiga að koma á umsóknareyðublaðinu um fóstureyðingu. Það er álit nefndarinnar að það þurfi að endurskoðast m.t.t. hvernig lögin verða afgreidd á þingi. Huga þurfi vel að því hvaða upplýsingar eru algjörlega nauðsynlegar.

Fram kom í umsögn frá Embætti landlæknis að skv. 24. gr. laganna skuli leggja sjúkráskrá sjúklings með umsókn. Þessi framkvæmd þótti viðkvæm og ekki viðeigandi að láta þessar umsóknir um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir liggja með sjúkráskrá. Það hefði á hinn bóginn skapast sátt um það að umsóknareyðublöðin skyldi senda til varðveislu hjá landlækni. Hafa þarf þetta í huga við endurskoðun laganna. Einnig kom fram í umsögn frá Embætti landlæknis að rafrænar skrár um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir hafi verið persónugreinanlegar fyrstu tvo áratuginna en fyrir um 10 árum hafi þær verið gerðar ópersónugreinanlegar samkvæmt kröfu Persónuverndar þar sem skorti beina lagastoð. Hafa íslenskir fæðingarlæknar og vísindamenn lýst yfir óánægju með þetta fyrirkomulag því ekki er unnt að tengja saman skrár sem gæti haft ótvírátt vísindalegt gildi.

Á fundum nefndarinnar með gestum komu ítrekað fram athugasemdir varðandi fósturskimanir og klínískar leiðbeiningar um mæðravernd. Töldu gestir nefndarinnar, m.a. Þroskahjálpi og Félag áhugafólks um Downs heilkenni, að um væri að ræða kerfisbundna leit að tilteknum frávikum hjá fósturum sem ýtti undir fordóma og mismunun gagnvart þeim hópum. Gerðar voru athugasemdir við það að í klínískum leiðbeiningum landlæknis kemur fram að við fyrstu samskipti við heilbrigðisstarfsmann (t.d. í símaviðtali eða viðtali við ljósmóður, heimilislækni eða fæðingar- og kvensjúkdómalækni á stofu) ætti að upplýsa um áhættu og ávinning allra skimana sem standa til boða á meðgöngu, þ.m.t. skimun fyrir sköpulagsgöllum og Downs-heilkenni.

Nefndin var sammála um að hennar sérþekking næði ekki yfir ákvörðun um hvort að breyta ætti núverandi refsíákvæðum laganna. Óskað var eftir afstöðu innanríkisráðuneytisins um þetta atriði og munu upplýsingar ráðuneytisins nýtast við áframhaldandi vinnu við breytingu laganna.

Lokaorð

Nefndin vill þakka þeim sem sendu inn umsagnir og gestum fyrir þeirra framlag. Frá fyrsta fundi nefndarinnar var einhugur um að standa vörð um sjálfsákvörðunarrétt kvenna. Telur nefndin að best sé að því staðið með því að heimila konu að óska eftir þungunarrofi til loka 22. viku þungunar. Þannig er virtur réttur hennar til að taka á frjálstan hátt ákvörðun um að koma í veg fyrir barneign þegar hún er ekki tilbúin til að eignast barn. Við þessa breytingu er ekkert sem bendir til þess að konur muni fara seinna í þungunarrof en hingað til né að þeim muni fjölga. Það er þó mjög brýnt að stjórnvöld hugi betur að forvörnum og ráðgjöf um getnaðarvarnir sem komið geta í veg fyrir óráðgerða þungun. Þar skiptir aðgengi að getnaðarvörnum og fagleg ráðgjöf miklu máli. Sérlega þarf að huga að yngri konum og konum sem standa höllum fæti í samfélaginu. Þannig eigi samfélagið að stuðla að ábyrgu kynlífi fólks.

Heimildaskrá

Abortlag no. 595/1974.

Abortion act. (1967). Sótt af

http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/pdfs/ukpga_19670087_en.pdf

Almenn hegningalög nr. 19/1940.

Almenn hegningalög 1869.

Alþingi. (1934). *Frumvarp til laga um leiðbeiningar fyrir konur um varnir gegn því að verða barnshafandi og um fóstureyðingar*. Þingskjal 19 lagt fyrir Alþingi 1934.

Alþingi. (1975). *Nefndarálit um frumvarp til laga um ráðgjöf og fræðslu og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir*.

Amu, O. og Appiah, K. (2006). Teenage pregnancy in the United Kingdom: Are we doing enough? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 11(4), 314–318.

Arnar Hauksson, Guðrún Ögmundsdóttir og Þuríður Árnadóttir. (2013). *Skýrsla úrskurðarnefndar skv. 28. gr. laga nr. 25/1975 fyrir tvö síðustu skipunartímabil*. Reykjavík: Úrskurðarnefnd.

Ágúst Ingi Ágústsson, Kristín Jónsdóttir og Jens A. Guðmundsson. (2010). Fóstureyðing með lyfjum: Fyrstu 24,6 meðferðirnar á Íslandi. *Læknablaðið*, 96 (5), 331–33.

Bell, K. J. (2009). "Wake up and smell the condoms: An analysis of sex education programs in the United States, the Netherlands, Sweden, Australia, France, and Germany." *Inquiries Journal/Student Pulse*, 1(11). Sótt af <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=40>.

Bender, S.S. og Fulbright, K. (2013). Content analysis: A review of perceived barriers to sexual and reproductive health services by young people. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18, 159–167.

Bender, S.S. og Geirsson, R.T. (2003). Trends in teenage fertility, abortion and pregnancy rates in Iceland compared with other Nordic countries, 1976–99. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 38–47.

Blumenthal, P.D., Voedisch, A. og Gemzell-Danielsson, K. (2011). Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of longacting reversible contraception. *Human Reproduction Update*, 17 (1), 121–137.

BPAS (e.d.). *Viability of extremely premature babies*. Sótt af <https://www.bpas.org/get-involved/advocacy/briefings/premature-babies/>.

Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care : A simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61–91.

CAHRU (2008). *HBSC Inequalities in young people's health*. Copenhagen: WHO.

Center for Reproductive Rights (2009). *European standards on subsidizing contraceptives*. Sótt af http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_fac_slovak_european%2ostandards_9%2008_WEB.pdf.

Cleland, K., Peipert, J.F., Westhoff, C., Spear, S. og Trussell, J. (2011). Family planning as a cost-saving preventive health service. *The New England Journal of Medicine*, 364 (18), e37 (1–3). DOI: 10.1056/NEJMp1104373.

Coleman, E., Hyde, J.S. og Ross, M.W. (ritstj.) (2001). *The surgeon general's call to action to promote sexual health and responsible sexual behavior*. Sótt á http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44216/pdf/Bookshelf_NBK44216.pdf.

- Dixon-Mueller, Germain, A., Fredrick, B. og Bourne, K. (2009). Towards a sexual ethics of rights and responsibilities. *Reproductive Health Matters*, 17(33), 111–119.
- Dómur hæstaréttar (1997). Dómur hæstaréttar. *Dómasafn hæstaréttar*, LXVIII, 3600–3607.
- Embætti landlæknis (e.d.). *Aðgerðir-tölur*. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsóknir/tolfraedi/heilbrigdisthjonusta/adgerdir/>.
- Finer, L.B. og Zolna, M.R. (2011). Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception*, 84, 478–485.
- Furedi, A. (ritstj.). (1995). *The abortion law in Northern Ireland. Human rights and reproductive choice*. Dublin: Family Planning Association Northern Ireland.
- Governmentn of the Netherlands (e.d.). *Abortions*. Sótt af <https://www.government.nl/topics/abortion>.
- Hagstofa Íslands (2015a). *Frjósemi aldrei verið lægri en árið 2015*. Sótt af <https://www.hagstofa.is/utgafur/frettasafn/mannfjoldi/faeddir-2015/>.
- Hagstofa Íslands (2015b). *Landshagir, 2015*. Reykjavík: Hagstofa Íslands.
- Hardon, A. og Hayes, E. (1997). *Reproductive rights in practice*. London: Zed Books Ltd.
- Helsedirektoratet. (2016). *Sunn seksualitet: 2. gangs skisse for strategi for seksuell helse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Heilsugæslan (2002). *Heilsugæsla til framtíðar. Stefna, markmið og leiðir*. Reykjavík: Heilsugæslan.
- Heino, A. og Gissler, M. (2013). *Induced abortions in the Nordic countries 2013*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Hemminki, E., Rasimus, A. og Forssas, E. (1997). Sterilization in Finland: from eugenics to contraception. *Social Science Medicine*, 45(12), 1875–1884.
- Henshaw, S.K. (1998) Unintended pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives*, 30(1), 24–29, 46.
- Hildur Kristjánsdóttir, Þóra Steingrímisdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Jóhann Ágúst Sigurðsson (2012). Barneign og heilsa. Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna frá því snemma á meðgöngu þar til tveimur árum eftir fæðingu barns. *Ljósmeðrablaðið*, 90(2), 13–21.
- ICPD. (1994). *Report of the international conference on population and development*. Sótt af <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.
- Jens A. Guðmundsson, Ósk Ingvarsdóttir, Reynir T. Geirsson og Sóley S. Bender. (2015). Þungunarrof á Íslandi í 80 ár. Góð reynsla en er þörf á að breyta? *Læknablaðið*, 101(12), 602–603.
- Kismödia, E., Cottingham, J., Gruskin, S. og Millerd, A.M. (2015). Theme: sexual health, human rights and the law, Advancing sexual health through human rights: The role of the law. *Global Public Health*, 10(2), 252–267.
- Klima, C.S. (1998). Unintended pregnancy: Consequences and solutions for worldwide problem. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 43(6), 483–491.
- Kolbrún S. Ingólfssdóttir. (2015). *Þær ruddu brautina. Kvenréttindakonur fyrri tíma*. Reykjavík: Veröld.
- Kosunen, E., Vickat, A., Gissler, M. og Rimpela, M.K. (2002). Teenage pregnancy and abortions in Finland in the 1990s. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 300–305.
- Krauss, H., Bogdanski, P., Szulinska, M., Malewski, M., Buraczynska-Andrzejewska, B., Przemyslaw, S. o.fl. (2012). Sexual initiation of youths in selected European countries compared with their

- sexual and contraceptive knowledge. *Annals of Agriculture and Environmental Medicine*, 19(3), 587–592.
- Lindberg, L., Santelli, J. og Desai, S. (2016). Understanding the decline in adolescent fertility in the United States, 2007–2012. *Journal of Adolescent Health*. Sótt af [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(16\)30172-0/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(16)30172-0/pdf).
- Lov om svangerskapsavbrudd* nr. 50/1975.
- Lög um heilbrigðisstarfsmenn* nr. 34/2012.
- Lög um heilbrigðisþjónustu* nr. 40/2007.
- Lög um landlækni og lýðheilsu* nr. 41/2007.
- Lög um leiðbeiningar fyrir konur um varnir gegn því að verða barnshafandi og um fóstureyðingar* nr. 38/1935.
- Lög um ráðgjöf og fræðslu varðandi kynlíf og barneignir og um fóstureyðingar og ófrjósemisaðgerðir* nr. 25/1975.
- Löggjafarþing nr. 145 2015–2016. *Þingskjal*. 1693 – 856. mál.
- Mason, J.K.(2007). *The troubled pregnancy, legal wrongs and rights in reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mennta- og menningarmálaráðuneytið. (2012) *Aðalnámskrá grunnskóla 2011, almennur hluti*. Sótt af <https://www.menntamalaraduneyti.is/utgefing-efni/namskrar/adalnamskra-grunnskola/>.
- Mennta- og menningarmálaráðuneytið. (2012). *Aðalnámskrá framhaldsskóla 2011, almennur hluti*. Sótt af <https://www.menntamalaraduneyti.is/utgefing-efni/namskrar/adalnamskra-framhaldsskola/>.
- Ministry of Health. (2001). *Sexual and reproductive health strategy, phase one*. Sótt af www.moh.govt.nz.
- National Abortion Federation (e.d.). *Legal abortion in Canada*. Sótt af <http://www.nafcanada.org/legal-abortion-ca.html>.
- Nikula, M. og Ritamo, M. (2009). *Finland-Action programme for the promotion of sexual and reproductive health*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- NOMESCO. (2015). *Health statistics in the Nordic countries 2015*. Sótt af <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:874109/FULLTEXT01.pdf>.
- PAHO og WHO. (2000). *Promotion of sexual health recommendations for action*. Guatemala: PAHO, WHO, WAS.
- Rowlands, S. (2007). Contraception and abortion. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100: 465–468.
- Samningur Sameinuðu þjóðanna um réttindi fatlaðs fólks*. (2013). Sótt af <https://www.innanrikisraduneyti.is/frettir/nr/28756>.
- Samningur um afnám allrar mismununar gagnvart konum* nr. 5/1985.
- Samningur um vernd mannréttinda og mannglegrar reisnar við hagnýtingu líffræði og læknisfræði: samningur um mannréttindi og líflæknisfræði, viðbótarbókun um bann við einræktun manna og viðbótarbókun varðandi flutning á líffærum og vefjum úr mönnum. (2005). *Stjórnartíðindi C deild*, 7. okt. 2005.

- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B.C., Curtis, K., Cabral, R. o.fl. (2003). The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives og Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 95–101.
- Sedgh, G., Finer, L.B., Bankole, A., Eilers, M.A. og Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: Levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health*, 56, 223–230.
- Sedgh, G., Singh, S. og Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301–314.
- Silja Bára Ómarsdóttir og Steinunn Rögnvaldsdóttir. (2015). *Rof. Frásagnir kvenna af fóstureyðingum*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Socialstyrelsen (e.d.). Abortion statistics. Sótt af <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter>.
- Sóley S. Bender. (í prentun). Kynhegðun unglina: Snemma byrjað að stunda kynlíf. Í Sóley S. Bender, Guðrún Kristjánsdóttir og Sigrún Aðalbjarnardóttir (ritstjórar), *Ungt fólk - Tekist á við tilveruna*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Sóley S. Bender. (2012). Ferlismat á nýju kynfræðslufni fyrir unglina. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 88(4), 48–56.
- Sóley S. Bender. (2009). Nýjar áherslur í ráðgjöf um getnaðarvarnir, ungt fólk þarf breytta þjónustu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(1)44–47.
- Sóley S. Bender. (2006). Kynlífsheilbrigði: Þörf fyrir stefnumótun. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 4(82), 52–56.
- Sóley S. Bender. (2005). *Adolescent Pregnancy*. Óbirt doktorsritgerð: Háskóli Íslands.
- Sóley S. Bender. (2001). *Contraceptive practices by Icelandic teenagers in comparison to older women before and after abortion*. Óbirt handrit.
- Sóley S. Bender. (1997). *Kynheilbrigði unglina*. Óbirt handrit.
- Sóley S. Bender. (1990). *Kynfræðsla. Fræðslu- og ráðgjafarstöð fyrir ungt fólk*. Reykjavík: Heilsuverndarstöð Reykjavíkur.
- Steriliseringslag nr. 580/1975*.
- Steriliseringsloven 1977*
- Sundhedsloven nr. 546/2005*.
- The Scottish Executive Health Department. (2005). *Respect and Responsibility. Strategy and Action Plan for Improving Sexual Health*. Edinburgh: The Scottish Executive Health Department.
- The World Bank (e.d.). *Fertility rate, total (births per woman)*. Sótt af <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>.
- United Nations. (1994). *UN Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development*. Paragraphs 7.2.–7.11. Sótt af <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>.
- UN WOMEN. (e.d.). *Convention on the elimination of all forms of discrimination against women*. Sótt af <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>
- Velferðarráðuneytið. (2011). *Bætt heilbrigðisþjónusta og heilbrigði ungs fólks á aldrinum 14–23 ára, skýrsla starfshóps velferðarráðherra*. Reykjavík: Velferðarráðuneytið.

- Weeks, J.R. (1981). *Population. An introduction to concepts and issues*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Whitaker, D.J. og Miller, K.S. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, 15(2), 251–273.
- WHO. (2016). *Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe-leaving no one behind*. Copenhagen: WHO.
- WHO. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*. Geneva: WHO.
- WHO (2001). *WHO regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhagen: WHO.
- WHO (e.d.). *RHL the WHO reproductive health library*. Sótt af http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cdo08679_mehtam_com/en/
- Wikipedia. (e.d.) *Fetal viability*. Sótt af https://en.wikipedia.org/wiki/Fetal_viability

Fylgiskjal

Umsögn vegna heildarendurskoðunar á lögum nr. 25/1975 veittu eftirtaldir aðilar:

Stofnanir og félagasamtök:

- ▶ Embætti landlæknis (minnisblað með áherslu á 24. gr. laganna)
- ▶ Félag áhugafólks um Downs-heilkenni og Landssamtökin Þroskahjálp
- ▶ Félag íslenskra fæðingar- og kvensjúkdómalækna
- ▶ Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga
- ▶ Kvenréttindafélag Íslands
- ▶ Siðmennt, félag siðrænna húmanista
- ▶ Umboðsmaður barna

Einstaklingar:

- ▶ Denis O'Leary
- ▶ Guðbjörg Jónsdóttir
- ▶ Guðrún C. Emilsdóttir
- ▶ Guðrún Harpa Bjarnadóttir
- ▶ Halldóra Traustadóttir
- ▶ Jakob Hafþór Björnsson
- ▶ Jakob Ingi Jakobsson
- ▶ Jóhannes H. Laxdal
- ▶ Jón Valur Jensson
- ▶ Katelin Parsons og Guðmundur Steinn Gunnarsson
- ▶ Lilja Sif Þorsteinsdóttir
- ▶ Magnús Ingi Sigmundsson
- ▶ Ólöf Embla Eyjólfsdóttir
- ▶ Ragnar Geir Brynjólfsson
- ▶ Sigrún Jóhannesdóttir
- ▶ Sigurður Ragnarsson
- ▶ Silja Bára Ómarsdóttir og Steinunn Rögnvaldsdóttir
- ▶ Snæbjörn Brynjarsson
- ▶ Sveinbjörn Gizurarson
- ▶ Örn Leó Guðmundsson