

Provokeret abort: Hvor skal grænsen gå?



DET
ETISKE
RÅD



04

Introduktion

06

Det Ethiske Råds anbefalinger

Anbefalinger vedrørende grænsen for fri abort

Anbefalinger vedrørende abortsamråd

Anbefalinger vedrørende 15- til 17-årige

14

Hvad er abort?

19

De centrale etiske hensyn

Den gravide

Fosteret

Sundhedspersonalet

Samfundet

Fosterdiagnostik og abort

25

Den eksisterende afvejning af de centrale hensyn

Menneskerettighederne og abort

Sundhedslovens afsnit VII: Svangerskabsafbrydelse

Abort i klinisk praksis

Fosterdiagnostik i klinisk praksis

Abortsamrådenes praksis

De gravides adfærd

Opsummering: den eksisterende håndtering af abort i Danmark

65

Alternative afvejn timer af de centrale hensyn

Hvor bør grænsen for den fri abort gå?

Hvad bør samrådenes rolle være?

Hvordan bør 15-17-åriges ønske om abort håndteres?

Det Etske Råd offentliggør hermed en ny redegørelse om provokeret abort. Beslutningen om at udarbejde en ny redegørelse blev truffet i forbindelse med rådets seneste emneudvælgelse i efteråret 2022, og emnet er blevet behandlet på i alt fem rådsmøder fra maj til september 2023.

I forbindelse med arbejdet med abort har rådet nydt godt af, at en række personer velvilligt har stillet deres viden og synspunkter til rådighed på rådsmøder eller i anden sammenhæng. Det drejer sig om juraprofessor Janne Rothmar Herrmann, KU. Tidl. Overlæge og professor i pædiatri (neonatologi), Gorm Greisen. Ph.d. i medicinsk antropologi, Laura Louise Heinsen. Overlæge i gynækologi og obstetrik, Nini Møller, NOH. Generalsekretær for Sex og Samfund, Majbrit Berlau. Overlæge i føtalmedicin, Anne Cathrine Roslev, NOH. Overlæge i genetik, Tina Duelund Hjortshøj, Rigshospitalet. Landsformand for Lev, Anni Sørensen. Abortankenævnet. Mødrehjælpen. Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik. Samt Retten til Liv.

Redegørelsen er blevet til med sekretariatsbistand fra projektleder Martin Ejsing Christensen og projektleder Anne-Sofie Hobolt-Pedersen og færdigbehandlet på et møde i rådet d. 21. september 2023.

Leif Vestergaard Pedersen
Formand for Det Etske Råd

Mia Trolle Borup
Sekretariatschef

I denne udtalelse tager Det Ethiske Råd stilling til nogle af de mest centrale etiske dilemmaer, som reguleringen af provokeret abort giver anledning til. Baggrunden for, at rådet har taget emnet op, er dobbelt. Dels er det over femten år siden, at rådet sidst har forholdt sig indgående til abort¹, og dels har rådet fundet det tankevækkende, at reguleringen af abort stort set ikke har ændret sig, selv om vi i år kan fejre 50-året for den fri aborts indførelse.

Når det er tankevækkende, at reguleringen af abort stort set ikke har ændret sig siden den fri aborts indførelse, så skyldes det, at det omkringliggende samfund i mellemtiden har ændret sig på en række områder. Det gælder fx for kvinder, som siden den fri aborts indførelse har set deres muligheder for selvbestemmelse styrket inden for en lang række områder. Samtidig har der siden den fri aborts indførelse også fundet en betydelig udvikling sted, hvad angår de fosterdiagnostiske muligheder. Mens der i 1973 kun var ganske få fosterdiagnostiske metoder tilgængelige og de kun blev tilbudt til gravide i særlig risiko, findes der i dag en række fosterdiagnostiske metoder, hvoraf nogle tilbydes alle gravide i det offentlige sundhedsvæsen, mens andre kan tilkøbes privat. Tæt forbundet med de nævnte ændringer, er det også muligt at mene, at der har fundet en forskydning sted i samfundets værdier. Da abort blev legaliseret for visse grupper i 1930'erne, spillede eugeniske begrundelser fx en central rolle, mens velfærdsstatslige hensyn til omsorgen for kvinden og barnet spillede en central rolle i forbindelse med den fri aborts indførelse i 1973. Velfærdsstatslige overvejelser om økonomi var også centrale, da de første fosterdiagnostiske tilbud for alvor blev rullet ud fra 1970'erne og frem. I nyere tid er det omvendt individets rettigheder og selvbestemmelse, som har stået stærkt, og for Det Ethiske Råd har et af de centrale spørgsmål i forbindelse med behandlingen af abort været, om denne overordnede samfundsudvikling kalder på en revidering af den danske abortlovgivning, så den i højere grad tager højde for den gravides selvbestemmelse? Eller om en sådan liberalisering, under dække af respekt for individets selvbestemmelse, i virkeligheden risikerer at understøtte en form for liberal eugenik, der ikke lader den statslige eugenik meget efter, blot fordi den har sit udspring i individets snarere end statens ideer om det gode eller perfekte barn?

I sin tilgang til emnet har rådet lagt vægt på, at abort er et fænomen, der let vækker stærke følelser og intens debat. Som rådet ser det, skyldes det bl.a., at abort vedkommer så godt som hele befolkningen – om end særligt den kvindelige del. Men det skyldes også, at abort berører helt grundlæggende fænomener: skabelsen af nyt liv og afbrydelsen af samme. Fordi abort på denne måde både rammer bredt og dybt, er det efter rådets mening særligt vigtigt, at alle parter bestræber sig på at fremstille egne og andres synspunkter så sagligt og nuanceret som muligt. For

uanset hvad debatten ender med, vil resultatets langsigtede holdbarhed afhænge af, i hvilken grad de forskellige parter har følt sig hørt og respekteret – eller det modsatte.

Selv om Rådet i denne udtalelse har bestræbt sig på at leve op til et sådant krav om en saglig og nuanceret tilgang til emnet, er det bevidst om, at der især er ét område, hvor det er svært at undgå at blive opfattet som forudindtaget: valg af ord og sprog². Det kan ikke lade sig gøre at tale om et fænomen som abort uden at bruge ord. Men selve valget af ord er ofte noget af det mest omstridte, fordi det sjældent kan undgå at afspejle ens grundlæggende syn på fænomenet. Det gælder fx betegnelsen for det, som aborteres: er det 'en celleklump'? 'Graviditetsvæv'? 'Et foster'? 'Et barn'? 'Et menneske'? 'En lille en'? Hvert ordvalg afspejler mere eller mindre eksplicit et bestemt syn på det omtalte, og kan derfor vække anstød hos dem, der har et andet syn på sagen. Og det samme gælder for betegnelsen af selve processen: er det 'abort'? 'svangerskabsafbrydelse'? 'drab'? Eller noget helt fjerde?

Selv om der på denne måde ikke er nogen vej uden om at vælge én terminologi frem for en anden, har det dog ikke været rådets ønske at give udtryk for en bestemt holdning med sit valg af terminologi i denne udtalelse, og det håber derfor, at det også er den ånd, udtalelsen vil blive læst i.

Hvad angår udtalelsens opbygning, indledes den med en kort definition af fænomenet abort samt en beskrivelse af fosterets udvikling og de mest gængse måder, indgrebet kan foretages på. Derefter præsenteres de mest centrale etiske hensyn sammen med de forskellige forståelser og argumenter, som kan gøre, at et bestemt hensyn trækker i den ene eller den anden retning eller tillægges en bestemt vægt. Efter gennemgangen af de mest centrale etiske hensyn følger en beskrivelse af, hvordan de forskellige hensyn rent faktisk er vægtet i den nuværende måde at håndtere abort på. Det gælder både vægtningen på det lovgivningsmæssige plan, men også vægtningen på det kliniske plan og på det, man kan kalde det befolkningsmæssige plan. Efter denne beskrivelse af den faktiske vægtning af de centrale hensyn følger til sidst en beskrivelse af en række alternative måder at håndtere abort på, sammen med en angivelse af den vægtning af de centrale hensyn, som de kan ses som udtryk for.

På baggrund af den udtalelse, hvis opbygning netop er beskrevet, har Det Etiske Råd taget stilling til tre spørgsmål vedrørende abort: Hvor bør grænsen for den fri abort gå? Hvad bør abortsamrådenes funktion være? Og hvordan bør 15- til 17-åriges ønske om abort håndteres? For hvert af spørgsmålene angives i det følgende de enkelte rådsmedlemmers anbefalinger sammen med de overvejelser og argumenter, som især har spillet en rolle for deres stillingtagen. Uanset hvad de er endt med at anbefale, har følgende hensyn spillet en central rolle i alle rådsmedlemmernes overvejelser: hensynet til den gravide, til fosteret, til personalet og til samfundet. Alle rådsmedlemmerne mener altså, at der bør tages hensyn til alle de involverede parter. Når de alligevel er kommet frem til forskellige anbefalinger, skyldes det, at de ikke altid har tillagt hensynene den samme vægt. Og selv i de tilfælde, hvor rådsmedlemmerne er kommet frem til den samme anbefaling, er det ikke nødvendigvis sådan, at hvert enkelt medlem har lagt lige stor vægt på alle de overvejelser, som nævnes i forbindelse med en bestemt anbefaling. For det er muligt at komme til den samme konklusion ad forskellige veje.

Anbefalinger vedrørende grænsen for fri abort

Hvad angår spørgsmålet om grænsen for den fri abort, er alle rådsmedlemmer enige om, at gravide bør have let og lige adgang til neutral information og rådgivning om abort. De er dog ikke enige om, hvor grænsen for den fri abort bør gå.

9 rådsmedlemmer (Lise Müller, Grete Christensen, Merete Nordoft, Christian Gamborg, Rasmus Willig, Birgitte Arent Eiriks-son, Knud Kristensen, Svend Brinkmann, Jacob Giehm Mikkelsen) anbefaler, at grænsen for fri abort flyttes til uge 18

Til grund for deres anbefaling har rådsmedlemmerne især lagt vægt på en eller flere af følgende overvejelser:

- At en udvidelse til uge 18 styrker kvinders selvbestemmelse, idet den bl.a. giver dem mulighed for at fordøje og handle på den viden, der kan erhverves igennem 1. trimester scanningen, som udføres mellem uge 11 og 14. Det vil herudover give bedre tid til at foretage eventuelle genetiske undersøgelser, som kan bidrage til et sikrere grundlag at træffe beslutning ud fra. Rådsmedlemmerne er bevidste om, at samrådene også kan have en moralsk aflastende funktion for nogle gennem at godkende ønsket om abort. De vurderer dog, at det især gælder for de aborter, som foretages efter uge 18, og at almindelig rådgivning i nogen grad kan have den samme funktion.
- At der baseret på erfaringer fra andre lande ikke er grund til at tro, at en sådan 18-ugersgrænse vil føre til væsentligt flere aborter eller senaborter. Alle gravide er interesseret i at få en abort så hurtigt som muligt, når de bliver klar over, at de ikke ønsker barnet, og der er ifølge rådsmedlemmerne ikke noget, som tyder på, at sammenlignelige lande med en højere abortgrænse har betydeligt flere aborter eller senaborter.
- At en 18-ugers grænse stadig efterlader en betydelig margin til levedygtighedstidspunktet omkring uge 22, som ifølge rådsmedlemmerne er af etisk relevans.
- At der ikke er et betydeligt forøget risiko for den gravide forbundet med abort efter uge 12, selv om det er vigtigt, at alle, der får foretaget en abort senere i graviditeten, er bevidste om, at det pga. fosterets størrelse kan minde mere om en fødsel.
- At der baseret på erfaringer fra lande, som allerede har en grænse omkring eller efter uge 18 ikke er grund til at tro, at den udvidede mulighed for abort vil blive brugt som middel til fx kønsselektion.
- At en 18-ugers grænse vil øge den lige adgang til sundhed ved at gøre det lige let for alle danskere at få den adgang til fri abort som ressourcestærke borgere har haft mulighed for ved fx at tage til Sverige.

- At der allerede i dag gives tilladelse til langt de fleste ansøgte senaborter

4 rådsmedlemmer (Leif Vestergaard Pedersen, Christine Nellemann, Henrik Nannestad Jørgensen og Anette Hygum) anbefaler, at grænsen for fri abort flyttes til uge 15.

Til grund for deres anbefaling har rådsmedlemmerne især lagt vægt på en eller flere af følgende overvejelser:

- At en udvidelse til uge 15 styrker kvinders selvbestemmelse, idet den bl.a. giver dem mulighed for at fordøje og handle på den viden, der kan erhverves igennem 1. trimester scanningen, som udføres mellem uge 11 og 14. Det vil herudover give bedre tid til at foretage eventuelle genetiske undersøgelser, som kan bidrage til et sikrere grundlag at træffe beslutning ud fra. Rådsmedlemmerne er bevidste om, at samrådene også kan have en moralsk aflastende funktion for nogle gennem at godkende ønsket om abort. De vurderer dog, at det især gælder for de aborter, som foretages efter uge 15, og at almindelig rådgivning i nogen grad kan have den samme funktion.
- At der baseret på erfaringer fra andre lande ikke er grund til at tro, at en sådan 15-ugersgrænse vil føre til væsentligt flere aborter eller senaborter. Alle gravide er interesseret i at få en abort så hurtigt som muligt, når de bliver klar over, at de ikke ønsker barnet, og der er ifølge rådsmedlemmerne ikke noget, som tyder på, at sammenlignelige lande med en højere abortgrænse har betydeligt flere aborter eller senaborter.
- At en 15-ugers grænse stadig efterlader en betydelig margin til levedygtighedstidspunktet omkring uge 22, som ifølge rådsmedlemmerne er af etisk relevans.

- At der ikke er et betydeligt forøget risiko for den gravide forbundet med abort efter uge 12, selv om det er vigtigt, at alle, der får foretaget en abort senere i graviditeten, er bevidste om, at det pga. fosterets størrelse kan minde mere om en fødsel.
- At der baseret på erfaringer fra lande, som allerede har en grænse omkring eller efter uge 15 ikke er grund til at tro, at den udvidede mulighed for abort vil blive brugt som middel til fx kønsselektion.
- At en 15-ugers grænse vil øge den lige adgang til sundhed ved at gøre det lige let for alle danskere at få den adgang til fri abort som ressourcestærke borgere har haft mulighed for ved fx at tage til Sverige.

4 rådsmedlemmer (Ida Donkin, Mie Oehlenschläger, Berit Andersen og Mikkel Wold) anbefaler, at grænsen for fri abort fortsat går ved uge 12, som det er tilfældet i dag.

Til grund for deres anbefaling har rådsmedlemmerne især lagt vægt på en eller flere af følgende overvejelser:

- At en 12-ugers grænse på klar vis markerer, at fosteret har selvstændig værdi og at denne tiltager i takt med fosterets udvikling. Selvom fosteret ikke opnår egentlige rettigheder før fødslen, mener de fortsat, at det undervejs i sin udvikling bliver mere og mere beskyttelsesværdigt. Uge 12 angiver for dem en rimelig balance mellem hensynet til fosteret og hensynet til kvindens selvbestemmelsesret
- At en 12-ugers grænse alt andet lige er bedre til at sikre mod tendenser til et selektionssamfund end en senere grænse, idet den gør flere beslutninger om abort på baggrund af fosterdiagno-

stik til et samfundsanliggende snarere end en privat sag. I lyset af den hastige udvikling i fosterdiagnostiske metoder og en generel samfundsudvikling hen imod mindre og mindre accept af det anderledes og uperfekte, finder de, at en 12-ugers grænse er et velegnet middel til at beskytte mod det, de ser som problematiske tendenser til et selektionssamfund. Dette udelukker dog ikke behovet for at belyse, hvorvidt de nuværende rammer og anbefalinger omkring de senere års nye fosterdiagnostiske muligheder fortsat opfylder de formål, vi som samfund anser for relevante.

- At en 12-ugers grænse fortsat giver de fleste gravide, som ikke ønsker et barn, god mulighed for at opdage graviditeten og få foretaget en abort inden udgangen af uge 12.

Anbefalinger vedrørende abortsamråd

Uanset hvor rådsmedlemmerne mener, at grænsen for den fri abort bør gå, er det deres holdning, at abortsamrådene eller lignende organer stadig bør spille en rolle i de tilfælde, hvor der ønskes abort, selv om grænsen for den fri abort er overskredet. Uanset om grænsen for den fri abort ændres eller ej, vil rådet også opfordre til, at grundlaget for samrådenes virke tages op til gennemsyn. I den forbindelse vil rådet pege på vil rådet pege på følgende spørgsmål vedrørende etiske problemstillinger, som efter rådets mening bør indgå i et sådan gennemsyn:

- Er samrådenes virke retssikkerhedsmæssigt betryggende? Er deres praksis i overensstemmelse med loven (fx hvad angår den betydning, gestationsalderen tillægges) og er processen så gennemsigtig og forudsigelig som mulig under hensyntagen til, at der altid vil være tale om en konkret vurdering?

- Er det rimelige forståelser af alvorlighed og fare (risiko), som ligger til grund for samrådenes tilladelser og afslag på anmodninger om abort på fostermedicinsk indikation?
- Er det rimelige forståelser af sociale forholds betydning, som ligger til grund for samrådenes tilladelser og afslag på anmodninger om abort på social indikation?
- Er lovgivningen så vag/uklar, at konkretiseringen af bedømmelseskriterierne i stor grad er overladt til specialiserede fagmiljøer og den teknologiske udvikling? Og burde den snarere afspejle samfundsmæssige diskussioner og politiske beslutninger.
- Er samrådene sammensat på hensigtsmæssig vis? Er socialfaglige kompetencer fx tilstrækkeligt repræsenterede?
- Er organiseringen i fem regionale samråd hensigtsmæssig? Eller vil et centraliseret nationalt samråd fx være at foretrække? Og bør de gravide, som anmoder om abort, få mulighed for direkte foretræde for samrådet/direkte dialog med samrådet?

Anbefalinger vedrørende 15- til 17-årige

Alle 17 rådsmedlemmer (Lise Müller, Berit Andersen, Grete Christensen, Merete Nordentoft, Christian Gamborg, Rasmus Willig, Birgitte Arent Eiriksson, Knud Kristensen, Svend Brinkmann, Jacob Giehm Mikkelsen, Leif Vestergaard Pedersen, Christine Nellemann, Henrik Nannestad Jørgensen, Anette Hygum og Mikkel Wold, Ida Donkin og Mie Oehlenschläger) anbefaler, at 15- til 17-åriges selv bør kunne beslutte, om de vil have en abort eller ej - og om forældremyndighedens indehaver skal informeres eller inddrages. De bør dog altid vejledes om, hvilke konsekvenser – også på lang sigt - det vil kunne have ikke at informere og inddrage forældremyndighedens indehaver.

Til grund for deres anbefaling har medlemmerne især lagt vægt på, at 15- til 17-årige allerede betragtes som fuldt ud i stand til at træffe beslutninger

om, hvorvidt de vil dyrke sex og gøre brug af prævention, og at det derfor også er oplagt at betragte dem som i stand til at tage stilling til, om de vil have en abort eller ej, hvis de bliver gravide. De har også lagt vægt på, at det ifølge Sundhedslovens § 17 i almindelighed er sådan, at en patient, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling, samtidig med at forældremyndighedens indehaver skal have information og inddrages i den mindreåriges beslutning. Det er altså et velkendt princip, at 15- til 17-årige selv kan tage stilling til selv store problemstillinger i sundhedsvæsenet, og det er en situation, sundhedspersonalet er vant til at håndtere, selv om de 15- til 17-årige her får en særlig ret til at beslutte, at forældremyndighedens indehavere ikke informeres eller inddrages.

Uanset deres holdning til spørgsmålet om, hvorvidt mindreårige selv bør kunne bestemme, om de vil have en abort eller ej, anser alle rådsmedlemmer det for at være af stor betydning, at mindreårige ligesom alle andre har effektiv adgang til uvildig rådgivning og støtte i forbindelse med abort. Rådgivning og hjælp til håndtering af situationen bør stilles til rådighed både før og efter en abort.

To yderligere opmærksomhedspunkter

Ud over de tre spørgsmål, som rådet har taget stilling til, er rådet i forbindelse med arbejdet med abort blevet opmærksom på, at ved op til omkring 15% af alle senaborter viser fosteret så meget liv, at det registreres som et barn og får tildelt et CPR-nummer, selv om det ikke er levedygtigt³. Fosteret/barnet får omsorg fra kvinden/moderen eller sundhedspersonalet til det ikke længere viser livstegn. Kvinden/moderen udskrives herefter fra abort-indgrebet med et registreret dødt barn, der skal begravnes eller lignende. Dette forhold illustrerer hvordan vi på den ene side bare betragter noget som en abort og samtidig pludselig betragter det som et dødt barn. Det er centralt at kvinden og sundhedsvæsenet er helt på linje. I princippet møder kvinden op på hospitalet med henblik på en senabort - og ender med et dødt barn. Det Ethiske Råd har ikke haft mulighed for at belyse denne problemstilling i dybden, men finder dog, at det bør overvejes at sikre, at kvinder, der får foretaget en abort, der viser livstegn, ikke af registreringsmæssige årsager skal have et dødt barn fremfor en abort. Dette ændrer ikke ved pligten til at vise omsorg for fosteret til det ikke længere viser livstegn.

Endelig vil rådet også gøre opmærksom på, at uanset om grænsen for den fri abort ændres eller ej, vil det være relevant at tage det fosterdiagnostiske

program op til gennemsyn. Med indførelsen af den frie abort fik kvinderne adgang til aborter af fostre, hvor de i princippet ikke kendte til nogle egenskaber ved fosteret. Senaborter var bl.a. et tilbud for kvinder, der fik informationer om, at deres foster havde misdannelser eller havde alvorlige sygdomme. Når den gravide fik denne information, kunne hun vælge at få en abort. Nye fosterdiagnostiske metoder giver muligheder for, at kvinder får informationer om fosterets egenskaber på et tidligere tidspunkt - og inden fristen for den frie abort. Det skaber en risiko for en udvikling, som øger selektionen af fostre. Det bør, som rådet ser det, give anledning til at overveje, om den eksisterende regulering af det fosterdiagnostiske område er hensigtsmæssig.

Abort

Abort defineres som afbrydelse af en graviditet. I en dansk kontekst regnes en graviditet som etableret, når det befrugtede æg har sat sig fast i livmoderslimhinden ca. 6 dage efter befrugtningen.

Abort defineres normalt som en afbrydelse af et svangerskab eller en graviditet. Som sådan er abort relateret til svangerskabsforebyggelse eller prævention, som har til formål at forhindre, at en graviditet overhovedet opstår. For at kunne skelne mellem abort (svangerskabsafbrydelse) og prævention (svangerskabsforebyggelse) er man nødt til at kunne sige, hvornår en graviditet er etableret. Det kan måske synes lige til, men hvis man zoomer tilstrækkeligt ind på den biologiske proces, er det ikke nødvendigvis så klart, hvor man bør trække grænsen. En mulighed er at trække den ved befrugtningen eller undfangelsen, hvor æg og sædcelle smelter sammen, hvilket normalt sker i æggelederen ved en naturlig graviditet. En anden mulighed er at trække den ved den såkaldte implantation, hvor den ca. fire dage gamle celledisse indlejrer sig i livmodervæggen. Det sidste er det kriterie, som p.t. anvendes i en dansk kontekst.

Uanset hvor man trækker grænsen mellem abort og prævention, er det gængs at skelne mellem spontan og provokeret abort. Ved den spontane abort finder svangerskabsafbrydelsen sted spontant, idet der ikke er nogen, som bevidst eller med overlæg forsøger at fremkalde den. Aborten skyldes i stedet fx genetiske forhold hos fosteret eller en immunologisk reaktion hos moderen. Ved provokeret abort er der omvendt et menneske, som bevidst eller med vilje fremkalder eller fremprovokerer en abort. Det kan i princippet ske på alle mulige måder, men i en dansk kontekst er det mest almindelige, at det sker under sundhedsfaglig vejledning.

Spontan og provokeret abort

En abort kan både være spontan og provokeret. Ved en spontan abort sker afbrydelsen af graviditeten af sig selv uden menneskers bevidste medvirken. Ved en provokeret abort fremkaldes afbrydelsen af graviditeten omvendt bevidst af mennesker.

I en sundhedsfaglig kontekst er der overordnet set to måder, hvorpå man kan foretage en abort. For det første kan det ske medicinsk, ved at den gravide kvinde modtager medicin, som stopper fosterets udvikling og får livmoderen til at udstøde det. Der findes flere forskellige typer af medicin, men i en dansk kontekst anvendes Mifepreston og Misoprostol. Mifepreston er et anti-hormon, som blokerer virkningen af hormonet progesteron, hvilket fører til en nedbrydning af livmoderslimhinden, som er afhængig af stimulation fra progesteron. Misoprostol er en syntetisk version af stoffet Prostaglandin E1, som bl.a. får muskelcellerne i livmoderen til at trække sig sammen, så livmoderens indhold tømmes. Lidt forsimplet kan man altså sige, at en medicinsk abort fungerer ved, at ét stof først frigør fosteret/embryonet fra livmodervæggen, hvorefter et andet stof sørger for, at fosteret/embryonet bliver udstødt fra livmoderen⁴. Der vil ofte være en vis blødning forbundet med en medicinsk abort, og mens den kan foretages hjemme, anbefales det i en dansk kontekst, at den foretages på et hospital efter uge 9, da risikoen for blødningen stiger i takt med graviditetens udvikling⁵. Ved en medicinsk abort tager man altså ikke direkte livet af fosteret, som i stedet dør af iltmangel, fordi det ikke længere forsynes med tilstrækkeligt iltmættet blod fra moderkagen⁶. Det er i princippet

muligt at tage livet af fosteret direkte ved at sprøjte en kaliumkloridopløsning ind i fosterets hjerte, men det er ikke en standardprocedure i Danmark⁷. Fordi den medicinske abort ikke tager livet af fosteret direkte, er der også nogle fostre, som ved senaborter viser livstegn, når de er blevet udstødt fra livmoderen, hvilket kan give anledning til særskilte etiske problemstillinger⁸.

Medicinsk og kirurgisk abort

En provokeret abort kan både foretages medicinsk og kirurgisk.

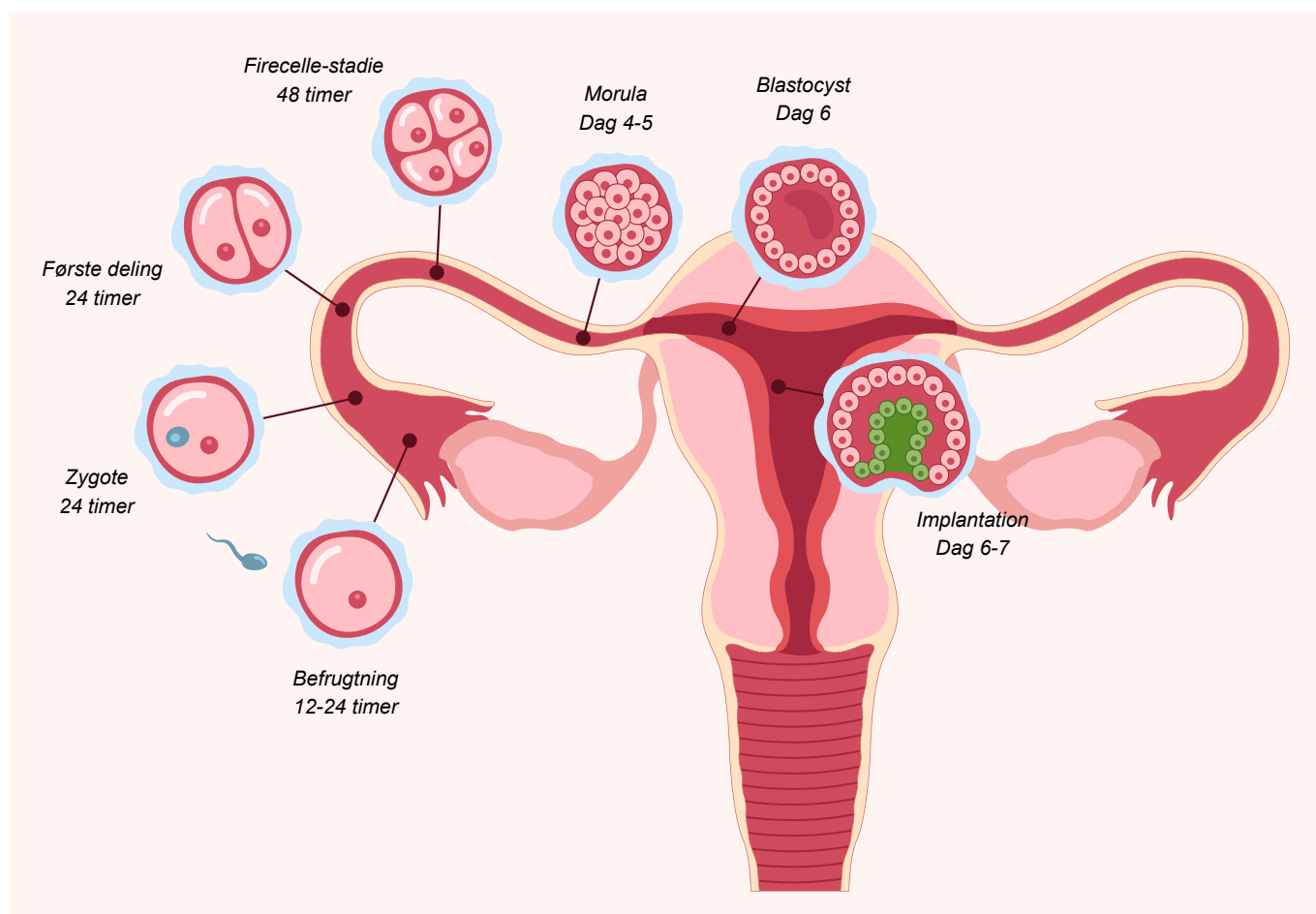
Ved en medicinsk abort indtages nogle piller, som dels fører til nedbrydning af livmoderens slimhinden, og dels får livmoderen til at trække sig sammen, så dens indhold tømmes.

Ved en kirurgisk abort suges embryonet/fosteret ud evt efter at det er blevet findelt, hvis graviditeten er langt henne.

Ud over den medicinske abort kan abort også foretages kirurgisk. Som betegnelse antyder, er der her tale om et kirurgisk indgreb, hvor man ved hjælp af kirurgiske instrumenter fjerner fostervævet/fosteret. I den mest simple form anvender man udelukkende et vakuumsug ('vakuump aspiration'), som føres op i livmoderen og derefter suger fostervævet/fosteret ud. Hvis der er tale om en sen abort (efter uge 12) er indgrebet dog mere kompliceret, idet man så kan blive nødt til at anvende en tang og eventuelt også 'findele' fosteret, før man suger det ud⁹. I Danmark er det dog udelukkende medicinsk abort, som anbefales i forbindelse med senaborter¹⁰.

Da viden om fosterets udvikling og kvinders mulighed for at forebygge og få kendskab til graviditet kan have betydning for den etiske stillingtagen til abort, er det her også relevant at sige lidt om de grundlæggende kendsgerninger vedrørende en normalt forløbende graviditet. Som allerede nævnt begynder processen med, at en æg- og en sædcelle mødes og smelter sammen i æggelederens øverste del (se figuren på næste side). Herefter påbegynder den nyopståede celle en række celledelinger, samtidig med at den bevæger sig ned igennem æggelederen mod livmoderen, hvis væg den sætter sig fast fra omkring dag 6 efter befrugtningen. Det æg, som smelter sammen med sædcellen, er oprindeligt blevet frigivet fra æggestokken ca. 24 timer før en eventuel befrugtning finder sted i æggelederen. Frigivelsen af ægget fra æggestokken er et led i den såkaldte menstruationscyklus. Denne varer ca. 28 dage og er reguleret af en række hormoner, som udskilles fra særlige områder i hjernen (hypothalamus og hypofysen) samt æggestokkene. Cyklussen begynder med afstødningen af livmoderslimhinden, som ud over at være ledsaget af varierende grader af smerte eller ubehag, bl.a. viser sig i form af menstruationsblod. Processen med at afstøde livmoderslimhinden er det, som kaldes menstruation, og varer normalt tre til fem dage. Efter afstødningen af slimhinden sørger forskellige hormoner for, at slimhinden langsomt genopbygges, samtidig med at æg modnes i æggestokken. Omkring dag 14 midtvejs i menstruationscyklussen frigives der så normalt et enkelt æg fra æggestokken, som opfanges af æggelederen, og derefter er parat til at bevæge sig ned og sætte sig fast i den fuldt genopbyggede livmoderslimhinde, hvis det befrugtes af en sædcelle. Hvis ægget ikke befrugtes af en sædcelle, vil det ikke sætte sig fast i livmoderslimhinden, men i stedet udstødes sammen med denne på dag 28, som så markerer begyndelsen på en ny menstruationscyklus.

Fordi en etableret graviditet på denne måde fører til et brud på den normale menstruationscyklus, er et af de første tegn på en graviditet en udeblevet menstruation ca. 14 dage efter ægløsningen og befrugtningen. Menstruationen kan dog også påvirkes af en lang række faktorer så som stress, sygdom, vægtændring eller ændret brug af præventionsmidler, så en udeblevet menstruation er ikke et fuldstændigt sikkert tegn på graviditet. For at få tæt på absolut vished kan man i stedet købe en graviditetstest i håndkøb. En sådan test kan alt efter type bruges fra den dag, man forventer sin menstruation, og fungerer ved at den måler mængden af det graviditetsspecifikke hormon Humant Chorion Gonadotropin i urinen. Når fosteret er større, er det også muligt at fastslå en graviditet ved brug af fx ultralydsscanning, hvilket giver anledning til at beskrive fosterets udvikling lidt nærmere.



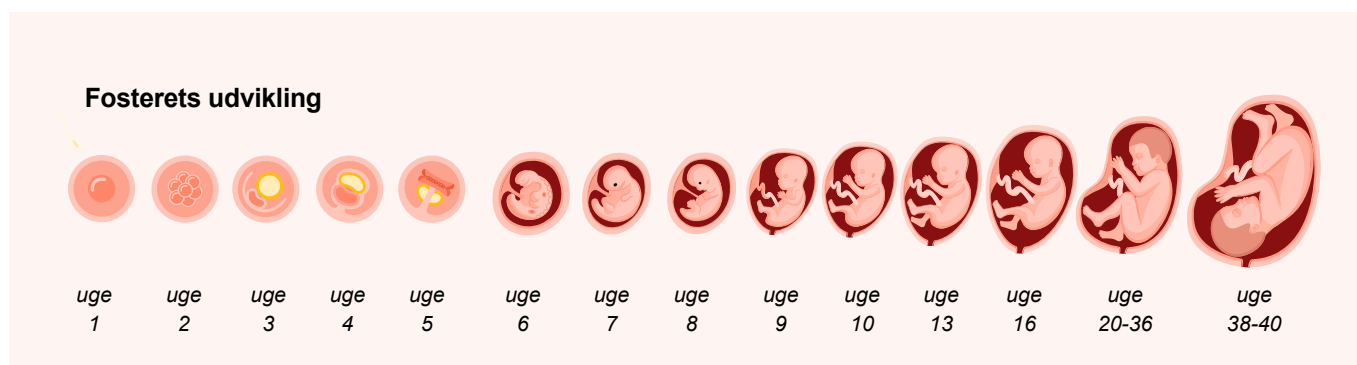
Når der ikke er tale om assisteret reproduktion, bliver alle graviditeter som nævnt til ved, at et æg og en sædcelle mødes i en æggeleder (se figuren ovenfor). Ægget frigives fra æggestokken til æggelederen, og sædcellen baner sig vej fra skeden op igennem livmoderen og æggelederen. Når æg og sædcelle er smeltet sammen (undfangelse, befrugtning eller fertilisation), bevæger den såkaldte zygote, som

den resulterende celle nu kaldes, gennem æggelederen ned mod livmoderen, mens den deler sig ad flere omgange, og alt afhængigt af antallet af delinger bl.a. kaldes morula (morbær) og blastocyst. Omkring 4 dage efter befrugtningen har organismen forladt æggelederen og er kommet ind i livmoderen, hvor den på 5. eller 6. dagen sætter sig fast i slimhinden (implantation). Det er herfra, at organismen udvikler sig videre bl.a. gennem etableringen af en moderkage, navlestreng og den medfølgende blodforsyning fra moderen.

Embryologer deler det tilblivende væsens udvikling op i tre faser¹¹. Først er der den præembryonale periode, som varer fra befrugtningen og tre uger frem. Dernæst er der den embryonale periode, som varer fra starten af den 4. uge efter befrugtningen til slutningen af den 8. uge. Endelig er der til sidst den føtale periode, som varer fra begyndelsen af den 3. måned efter befrugtningen og til fødslen. Selv om det hurtigt bliver lidt teknisk, kan det være værd kort at beskrive de mest væsentlige begivenheder, som adskiller de forskellige perioder fra hinanden.

I den præembryonale fase afsluttes som allerede nævnt implantationen og i periodens sidste, tredje uge deles præembryoets celler op i tre adskilte kimlag (endoderm, mesoderm og ektoderm), som de fleste af kroppens organsystemer vil udvikle sig ud fra. Samtidig dannes der også en såkaldt primitivstribe, som definerer de kommende kropsakser (hoved-hale, for-bag, højre-venstre).

I begyndelsen af den embryonale periode dannes, som navnet siger, embryoet, idet det, der hidtil mest af alt har været en celleskive eller celleplade, foldes på en måde, så der dannes en egentlig tredimensional kropsform. I den 4. uge differentieres de tre vævslag, som danner udgangspunkt for de fleste af kroppens organsystemer, også yderligere. Således begynder man bl.a. at kunne se en fortarm og en bagtarm, ligesom hjernens overordnede regioner – forhjernen, mellemhjernen og baghjernen – bliver tydelige, og der udskilles celler (myotomer, dermatomer og sclerotomer), som senere vil udvikle sig til henholdsvis muskler, hud og skelet.



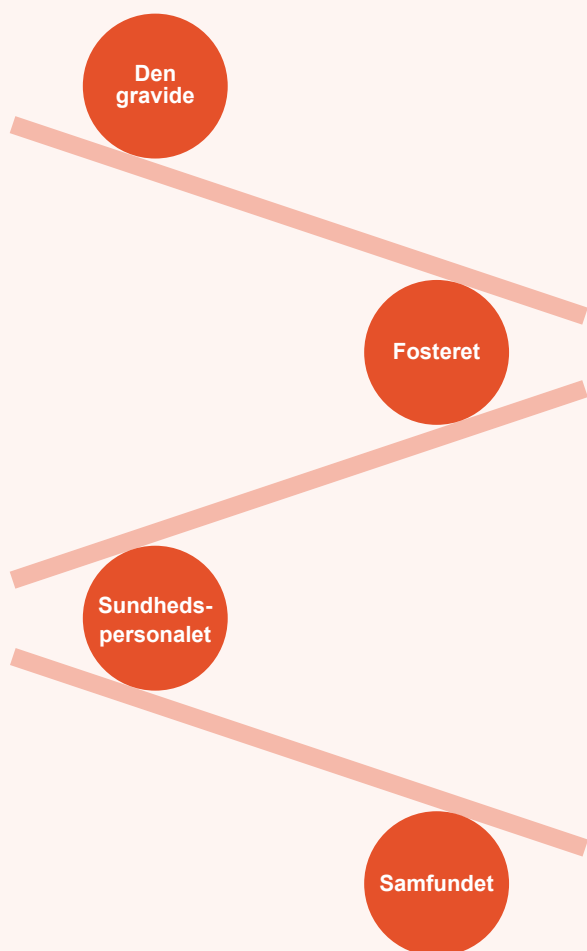
Efter at kroppens organer og systemer er blevet dannet i den embryonale periode, vokser og modnes de i den føtale periode fra 8. uge indtil fødslen omkring 38. uge. Ved denne periodes begyndelse vejer fosteret således ca. 14 g, mens det vejer omkring 3.500 g ved fødslen, samtidig med at det er blevet ca. 250 gange så stort. Hjertet og blodkarrene begynder allerede at cirkulere blod i løbet af uge 4, men de fleste andre organsystemer bliver først funktionelle senere i udviklingen.

Fra et etisk perspektiv er et af de centrale spørgsmål, om der sker ting i løbet af fosterets udvikling, som gradvist gør det mere relevant at tage hensyn til det i forbindelse med overvejelser om abort. I mange lande (inklusive Danmark) fungerer levedygtighed som ét sådant kriterie, idet det sætter en relativt fast øvre grænse for abort mellem uge 22 og 24, idet det først er derefter, at det er muligt for et foster at overleve, hvis det modtager neonatal behandling. Det er især lungernes udvikling, som begrænser muligheden for overlevelse, idet det først er fra uge 26, at der er gode muligheder for at understøtte deres funktion.

Ud over levedygtighed kan man også pege på andre mulige kriterier som fx fosterets form/udseende (er det 'menneskeligt' eller ej?), dets evne til at føle og sanse (fx smerte), for ikke at sige til at tænke. Hvad angår fosterets form, begynder det at antage en genkendelig menneskelig form omkring uge 10, som så bliver tydeligere og tydeligere, som graviditeten skrider frem. Hvad angår evnen til at opleve smerte, så har det længe været antaget, at hjernebarken er en forudsætning for at opleve smerte, og at de forbindelser mellem det perifere nervesystem og hjernebarken, som er nødvendige for at kunne opleve smerte, ikke er etablerede før omkring uge 24. Det var fx konklusionen i det review af den eksisterende viden om "Fetal Awareness", som det britiske Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) foretog i 2010¹². Siden da er der dog flere, som i lyset af den nyeste viden om fosterets udvikling har sat spørgsmålstegn ved, om det først er omkring uge 24, at det bliver muligt for fosteret at opleve smerte¹³. Den debat har så ført til, at Royal College of Obstetricians and Gynaecologists i december 2022 publicerede et nyt "Fetal Awareness Evidence Review", hvor en gruppe på 14 eksperter har gennemgået den viden, som er kommet til siden 2010¹⁴. Konklusionen i den nye rapport minder dog meget om konklusionen i den fra 2010. Således er hovedkonklusionen, at "to date, evidence indicates that the possibility of pain perception before 28 weeks of gestation is unlikely". Og hvad angår abort, konkluderer rapporten i forlængelse deraf, at "at present, there is no basis for considering the administration of analgesia or anesthesia to a fetus before termination of pregnancy in the first or second trimester to prevent fetal perception of pain". Så fordi det er usandsynligt, at fosteret kan opleve smerte inden uge 28, er det RCOGs vurdering, at der ikke er grund til at gøre brug af bedøvende eller smertestillende midler i forbindelse med abort i de to første trimestre.

Når man reflekterer over, hvornår det kan forsvares at fremprovokere en abort, er der en række hensyn, som i varierende grad kan spille ind på ens overvejelser. Ét centralt hensyn er til den gravide. Et andet hensyn er til fosteret, mens et tredje hensyn er til det personale, som skal udføre en eventuel abort. Endelig kan der også være bredere samfundshensyn, fx angående kvinders eller personer med funktionsnedsættelses stilling mere generelt.

Centrale etiske hensyn i forbindelse med abort



En begrundet og oplyst stillingtagen til provokeret abort vil som udgangspunkt indebære, at centrale hensyn som disse på seriøs vis indgår i ens overvejelser, og at hensynene afvejes over for hinanden i de tilfælde, hvor de måtte trække i forskellige retninger. Ud fra hensynene i sig selv er det dog ikke muligt at sige noget om, hvilken retning de trækker i eller hvilken vægt, de bør tillægges. For at kunne gøre det, er man nødt til at se på de forskellige forståelser og begrundelser, som ligger bag de enkelte hensyn, idet ét bestemt hensyn fx sagtens kan trække i to forskellige retninger, alt afhængigt af, hvilke forståelser og begrundelser, der ligger bag det. For hver af de anførte hensyn beskrives i det følgende derfor nogle af de mest centrale forståelser og begrundelser, som kan have betydning for, hvilken retning hensynet trækker i, og hvilken vægt det bør tillægges¹⁵.

Den gravide

Hvad angår hensynet til den gravide, er én mulighed at tage udgangspunkt i en forståelse af denne som et stærkt og selvstændigt individ, der i så stor udstrækning som muligt selv bør træffe beslutninger angående sine anliggender, inklusiv sin krop. Hvis man tager udgangspunkt i en sådan forståelse, vil hensynet til den gravide trække i retning

af, at det bør være den gravides egen vurdering af sin situation og sine interesser, som afgør, om en provokeret abort er forsvarlig eller ej. Og jo stærkere man opfatter den gravides interesse i selv at bestemme, jo større vægt vil man tillægge et sådant hensyn. Hvis man fx mener, at muligheden for fri abort er af afgørende betydning, ikke blot for en kvindes reproduktive frihed i snæver forstand, men også for en lang række andre friheder (fx seksuelle, uddannelsesmæssige, jobmæssige og økonomiske friheder), så vil man naturligt tillægge hensynet en vægt, som afspejler denne betydning.

En anden mulighed er at betragte den gravide, der overvejer abort, som en sårbar og udsat person, der har brug for andres hjælp og støtte i en svær situation. Hvis man tager udgangspunkt i en sådan forståelse, kan det være fuldt foreneligt med at tage hensyn til den gravide, at andre ikke blot træffer den endelige beslutning på den gravides vegne, men også, at de giver afslag, når den gravide faktisk selv ønsker abort, fordi det vurderes, at en sådan beslutning i sidste ende er bedst for den gravide selv. I en tid og kultur, som lægger stor vægt på selvbestemmelse, kan det måske være svært at forestille sig konkrete eksempler på en sådan tilgang, men hvis man i en eller anden grad begrænser kvinders adgang til abort, fordi selve indgrebet udgør en risiko for dem, kan det ses som et eksempel på en sådan tilgang. Og det samme kan siges at være tilfældet, hvis man for 15-17-årige beslutter, at indehaveren af forældremyndigheden som udgangspunkt skal godkende et ønske om abort. For så siger man, at den gravide er så sårbar og udsat, at der er tale om beslutninger, som det er bedre, at andre tager på den gravides vegne. Selv om det analytisk set giver mening at skelne mellem et syn på den gravide som henholdsvis sårbar og selvstændig, er det værd at bemærke, at i realiteten giver en sådan enten-eller skelnen ofte ikke mening, da individer altid befinder sig på et spektrum.

Fosteret

Hvad angår hensynet til fosteret, kan det også trække i forskellige retninger og variere i tyngde alt afhængigt af, hvordan man opfatter det. Én mulighed er lige fra undfangelsen at opfatte det som værende i besiddelse af en særlig menneskelig værdighed, der giver det krav på respekt og beskyttelse mod destruktion og overgreb. I en religiøs version kan en sådan grundforståelse komme til udtryk gennem en forestilling om livet som helligt. Hvis man har en sådan forståelse, vil hensynet til fosteret i udgangspunktet gøre det svært at forsvare provokeret abort, og jo mere grundlæggende man tænker den menneskelige værdighed eller livets hellighed, jo sværere vil det være at forsvare et sådant indgreb.

Tre grundsyn på fosterets etiske status

1. Fosterets værdi etableres med undfangelsen
2. Fosterets værdi etableres i takt med at det udvikler sig og øges gradvist igennem graviditeten
3. Fosteret får først egentlig værdi nogen tid efter at det er blevet født

En anden mulighed er at betragte fosteret som et væsen, der gradvist udvikler sig igennem graviditeten, og i takt med denne udvikling langsomt erhverver sig træk, som gør det mere og mere relevant at tage hensyn til det. Ifølge en sådan 'gradualistisk' forståelse vil der altså være så godt som ingen grund til at tage hensyn til de isolerede æg- og sædceller eller resultatet af deres sammensmeltning i de tidlige udviklingsstadier. I takt med at fosteret udvikler sig, og ikke blot begynder at antage menneskelig form, men også udvikler sine organsystemer, vil der dog være større og større grund til at tage hensyn til det. Og i en version finder dette hensyn sin foreløbige kulmination, når fosteret/barnet er levedygtigt, fordi det med den rette behandling bliver i stand til at overleve uden for livmoderen. Hvis man tager udgangspunkt i en sådan gradualistisk forståelse af fosteret, er det altså ikke blot den retning, som hensynet trækker i, der ændres i takt med fosterets udvikling, men også den vægt, hensynet bør tillægges.

En tredje mulighed er at forstå fosteret som et væsen, der ikke er nogen grund til at tage særligt hensyn til, da man først bør tage hensyn til væsener, når de besidder de egenskaber, som kendetegner en person, såsom rationalitet, selvbevidsthed og fremtidsorientering. Tanken er her, at det først er, når et barn har erhvervet sådanne egenskaber, at det på relevant vis adskiller sig fra fx højerestående dyr, og dermed har krav på en anden behandling end disse. For det er disse egenskaber, som overhovedet gør, at døden er et onde, for så vidt som den sætter en brat stopper for de fremtidsorienterede projekter, som det rationelle væsen mere eller mindre selvbevidst har lagt sit liv an på. Hvis man tager udgangspunkt i en sådan forståelse af fosteret, vil hensynet til fosteret selvsagt have meget svært ved at tale imod provokeret abort, idet det per definition mangler de egenskaber, som gør det relevant at tillægge dets liv en betydelig vægt og værdi.

Selv om de tre opfattelser af fosteret kan virke logiske i sig selv, er de, som beskrevet i rådets udtalelse fra 2007¹⁶, hver især forbundet med en række udfordringer. Hvad angår ideen om, at livet begynder ved undfangelsen, vil en sådan tankegang således have svært ved at skelne mellem tidlige og sene aborter, idet de ud fra en strengt principiel tankegang vil være lige alvorlige. På samme vis er det for den gradualistiske forståelse ikke altid klart, hvad sammenhængen er mellem fosterets udvikling og dets gradvist tiltagende etiske status. Det er fx uklart, hvorfor fosterets evne til at overleve uden for livmoderen ændrer dets etiske status radikalt. Da fosterets evne til at overleve uden for livmoderen afhænger af den tekniske udvikling, betyder det samtidig, at dets etiske status bliver afhængigt af den teknologiske udvikling, hvilket kan virke paradoksalt, for så vidt som den tilgængelige teknologi varierer fra land til land. Endelig vil et fokus på evnen til at tænke og planlægge fremad fx kunne bruges til at legitimere ikke-smertefulde eksperimenter og medli-

denhedsdrab på personer (fx dybt retarderede mennesker), som efter teorien ikke regnes for personer, hvilket mange vil anse for uacceptabelt. Selv om de hver især giver god mening i sig selv, vil alle forståelserne af fosteret altså møde på udfordringer i praksis, som for de fleste personer vil betyde, at hensynet til fosteret ikke kan bestemmes af rent principielle overvejelser.

Sundhedspersonalet

Det er som nævnt også muligt at tage hensyn til det sundhedspersonale, som skal udføre en eventuel abort. Her er én mulighed at opfatte sundhedspersonalet som nogle, der først og fremmest er forpligtet på at hjælpe den gravide kvinde, som har henvendt sig til det. Og hvis man tager udgangspunkt i en sådan forståelse, vil et hensyn til sundhedspersonalet i første omgang nok primært trække i retning af, at den gravide bør have mulighed for at få abort, når hun selv vurderer, at det er det bedste for hende. Hvis den gravide ikke anses for selv at være i stand til at foretage en sådan vurdering, kan opfattelsen dog også trække i den anden retning.

Det er også muligt at opfatte sundhedspersonalet som nogle, der ikke blot står i en relation til den gravide kvinde, men også til fosteret. Og hvis sundhedspersonalet opfatter fosteret som et væsen, der enten har menneskelig værdighed fra undfangelsen eller gradvist får større og større etisk status gennem graviditeten, kan det let give anledning til etiske dilemmaer. For så kan personalet være splittet mellem hensynet til at hjælpe den gravide kvinde og hensynet til at hjælpe og beskytte fosteret. Her vil det spille en stor rolle for dilemmaets karakter, om de to hensyn vejer tilnærmelsesvist lige tungt. Hvis man mener, at hensynet til den gravide altid vejer tungest, kan det fx føre til, at man mener, at det bør være en del af sundhedspersonalets professionelle forvaltning af rollen, at de er i stand til at se bort fra deres egne forståelser af fosterets status. Hvis man omvendt mener, at hensynet til sundhedspersonalet og dets eventuelle opfattelse af fosteret potentielt bør veje lige så tungt som hensynet til den gravide kvinde, kan det fx føre til, at man mener, det bør være muligt for sundhedspersonalet at nægte at medvirke ved aborter, fordi det strider mod dets samvittighed.

Samfundet

Ud over hensynet til de umiddelbart implicerede parter (den gravide, fosteret og sundhedspersonalet) kan der som nævnt også være bredere samfundshensyn

på spil i forbindelse med abort. Ét hensyn kan her være til kvinders stilling mere generelt i samfundet, hvor et mere overordnet ønske om at fremme kvinders frihed og selvbestemmelse i samfundet fx kan have betydning for holdningen til abort. Et andet hensyn kan være til ulighed i sundhed. Således påpeges det nogle gange, at synspunkter, der fører til en begrænsning af adgangen til abort, er med til at øge uligheden i sundhed. Tanken er her, at ressourcestærke personer altid vil have mulighed for at tage til et land med en mere liberal abortlovgivning, hvis de får afslag i Danmark, mens det samme ikke vil være tilfældet for socialt udsatte eller sårbare personer. Et tredje hensyn kan være til samfundets menneskesyn mere generelt. I rådets rapport fra 2007 anføres det fx, at et syn på abort, som fører til flere senaborter, kan risikere at svække den generelle respekt for medmennesket. Tanken er her, at det er så godt som umuligt ikke at betragte senaborterede fostre som mennesker, sådan så en udbredt praksis med senaborter ikke kan undgå i en eller anden grad at normalisere det at slå mennesker ihjel¹⁷. Et fjerde hensyn kan være til personer med funktionsnedsættelse. Dette hensyn kan især melde sig, når abort foretages på baggrund af fosterdiagnostisk viden. I en abort-kontekst er det særlige ved fosterdiagnostik nemlig, at det giver mulighed for at ønske abort ikke blot fordi, man ikke vil have et barn, men også fordi, man ikke vil have et barn med bestemte egenskaber. Og for de personer i samfundet, som besidder nogle af de egenskaber, som fosterdiagnostik gør det muligt at ønske abort på baggrund af, kan opleve det som stigmatiserende, hvis fostre med deres egenskaber systematisk kan vælges fra, fordi deres liv anses for uværdige eller mindre værdifulde.



I en abort-kontekst er det særlige ved fosterdiagnostik, at det giver mulighed for at ønske abort ikke blot fordi, man ikke vil have et barn, men også fordi, man ikke vil have et barn med bestemte egenskaber.

Fosterdiagnostik og abort

Det er dog værd at bemærke, at det ikke kun er i et sådant samfundsperspektiv, som er blevet beskrevet ovenfor, at fosterdiagnostik introducerer en ny dimension i forbindelse med spørgsmålet om abort. For muligheden for at skelne mellem aborter, der foretages, fordi et barn som sådan er uønsket, og aborter, der foretages, fordi et barn med bestemte egenskaber er uønsket, kan potentielt have betydning for alle de beskrevne hensyn.

Fra den gravides perspektiv er det således på den ene side muligt at se fosterdiagnostisk viden som noget, der understøtter selvbestemmelsen, idet den gør det muligt for den gravide at træffe reproduktive valg (herunder vedrørende abort) på et mere oplyst grundlag end ellers. På den anden side er det også muligt at se fosterdiagnostisk viden som noget, der potentielt kan bidrage til, at en i forvejen udsat og sårbar situation bliver endnu mere udsat og sårbar, fordi den gravide nu

skal forholde sig til nye former for viden, som måske endda er behæftet med en vis eller betydelig grad af usikkerhed. Fx er det blevet fremført, at nogle gravide, som egentlig ikke ønsker fosterdiagnostisk viden, kan føle sig presset til sige ja, dels fordi det er staten, som tilbyder det som 'det rigtige', og dels fordi de kan føle sig ansvarlige, hvis de takker nej, og det viser sig, at barnet har en funktionsnedsættelse eller alvorlig sygdom.

Fra fosterets perspektiv er det på den ene side muligt at se fosterdiagnostisk viden som noget, der er til gavn for fosteret. Det kan fx være, hvis den fosterdiagnostiske viden bruges til at forberede sig på de særlige behov, det nyfødte barn måtte have. Det kan dog i princippet også siges at være i barnets interesse, hvis den fosterdiagnostiske viden afslører tilstande, som giver anledning til at mene, at det vil være i fosterets interesse at afbryde graviditeten, fordi fosterets tilstand er udsigtsløs. På den anden side er det også muligt at mene, at fosterdiagnostisk viden er til skade for fosteret, hvis den bliver brugt til at afbryde graviditeten, selv om en sådan afbrydelse ikke er i fosterets interesse og måske endda krænker dets værdighed.

Fra sundhedspersonalets perspektiv kan den fosterdiagnostiske viden ses på alle de måder, som netop er blevet beskrevet. Den kan ses som en hjælp til den gravide, der får mulighed for at træffe en mere oplyst beslutning, men også som noget, der potentielt kan skabe uvished og usikkerhed. Og den kan ses som en 'hjælp' til fosteret, for så vidt som den gør det muligt at forberede modtagelsen eller afslutte graviditeten, når det er i fosterets interesse. Alt afhængigt af opfattelsen af fosteret, kan den fosterdiagnostiske viden dog også ses som noget, der kan skade fosteret, for så vidt som den fosterdiagnostiske viden kan få gravide, som egentlig ønsker et barn, til at fravælge specifikke børn, fordi de besidder uønskede egenskaber. Det er netop, fordi fosterdiagnostisk viden kan antage så mange forskellige betydninger fra person til person, at der ofte er et krav om, at både præsentationen af muligheden for at få foretaget fosterdiagnostiske undersøgelser og formidlingen af resultaterne af fosterdiagnostiske undersøgelser skal være så neutral som mulig.

Den eksisterende afvejning af de centrale hensyn

Det forudgående afsnit har beskrevet de mest centrale hensyn, som melder sig, når man reflekterer etisk over abort. Samtidig er det også blevet antydnet, hvilke forståelser, der kan få de enkelte hensyn til at trække i den ene eller den anden retning og give dem den ene eller den anden vægt. I dette afsnit vil de mest centrale dele af den eksisterende danske praksis vedrørende abort blive beskrevet, samtidig med at der vil blive givet et bud på, hvilken forståelse og afvejning af de forskellige hensyn, denne praksis kan ses som udtryk for.



I sig selv siger en lovgivning kun noget om, hvordan man ønsker at afveje bestemte hensyn. For at forstå, hvilken afvejning der faktisk finder sted, må man også se på, hvordan loven forvaltes i praksis.

Den eksisterende danske praksis vedrørende abort består af en række elementer. For det første er der lovgivningen vedrørende abort. I sig selv siger en lovgivning dog kun noget om, hvordan man ønsker at afveje bestemte hensyn. For at forstå, hvilken afvejning der faktisk finder sted, må man også se på, hvordan loven forvaltes. Ud over selve lovgivningen er det derfor også relevant at se på den kliniske praksis og de retningslinjer, der på forskellig vis guider denne, for så vidt som de også er udtryk for en bestemt afvejning af de involverede hensyn. Fordi fosterdiagnostisk viden, som beskrevet, kan have betydning for de former for abort, der foretages, vil det i denne sammenhæng også være relevant at se på reguleringen og forvaltningen af fosterdiagnostik, ligesom det er relevant at se på, i hvilken grad gravide kvinder gør brug af de muligheder, som foreligger.

Menneskerettighederne og abort

Juridisk er der især to former for lovgivninger, som er relevante at inddrage i relation til abort. På den ene side er der menneskerettighederne, og på den anden side er der den nationale lovgivning vedrørende abort. Hvad angår menneskerettighederne, sætter de ifølge Institut for Menneskerettigheder¹⁸ ikke mange indholdsmæssige begrænsninger på, hvordan abort håndteres.

Således opsummerer instituttet sin overordnede gennemgang af menneskerettighedernes syn på abort på følgende vis:



Menneskeretten forhindrer således ikke en restriktiv tilgang til abort i medlemslandene. Omvendt er der ikke noget menneskeretligt til hinder for en liberal tilgang til abort i medlemslandene, idet fostre ikke nyder selvstændig beskyttelse under konventionen. Medlemslandene kan dermed stort set selv fastlægge, om de vil tillade abort og under hvilke betingelser. Når medlemslandene tillader abort, skal de dog opfylde visse processuelle garantier.

Institut for menneskerettigheder

”Menneskeretten forhindrer således ikke en restriktiv tilgang til abort i medlemslandene. Omvendt er der ikke noget menneskeretligt til hinder for en liberal tilgang til abort i medlemslandene, idet fostre ikke nyder selvstændig beskyttelse under konventionen. Medlemslandene kan dermed stort set selv fastlægge, om de vil tillade abort og under hvilke betingelser. Når medlemslandene tillader abort, skal de dog opfylde visse processuelle garantier.”¹⁹

Så menneskerettighederne er i udgangspunktet forenelige med såvel en liberal som en restriktiv tilgang til abort, og det er da også kun på ét punkt, at instituttet vurderer, at menneskerettighederne stiller et klart indholdsmæssigt krav til landes abortlovgivning, og det er, når en graviditet udgør en fare for kvindens liv. Her gør instituttet således opmærksom på, at Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har slået fast, at retten til liv betyder, ”at der skal være adgang til abort, når graviditeten indebærer en fare for den gravides liv.”²⁰ Samtidig fastslår FN’s Børnekonvention, at hensynet til barnets bedste bør komme i første række i alle sager vedrørende børn, hvilket altså også gælder i forbindelse med abort²¹. Men elles er vurderingen, at menneskerettighederne giver de enkelte lande ”en bred skønsmargin”²² i forhold til at indrette abortlovgivningen, som de vurderer, det er bedst.

Når landene har valgt en mere eller mindre restriktiv eller liberal abortlovgivning, kræver menneskerettighederne dog, som citatet ovenfor antyder, at loven skal ”opfylde visse processuelle garantier”. Som Institut for Menneskerettigheder opsummerer det:

”Domstolen [Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol] har ikke fastlagt en egentlig ret til abort. Til gengæld har den fastlagt en processuel beskyttelse i forbindelse med behandlingen af sager om abort. Det følger heraf, at regulering og praksis på området skal være klar, forudsigelig og gennemsigtig, og at sagerne skal behandles under en tilgængelig og effektiv procedure. Dette indebærer blandt andet, at den gravide skal have mulighed for at blive hørt, afgørelsen skal være skriftlig, og sagen skal behandles inden for rimelig tid.”

Så selv om der er meget få materielle begrænsninger på den abortlovgivning, lande kan vedtage, så er der i menneskerettighederne altså en række processuelle krav, idet praksis skal være klar, forudsigelig og gennemsigtig, samtidig med at sagerne skal behandles under en tilgængelig og effektiv procedure. Sundhedslovens

Sundhedslovens afsnit VII: Svangerskabsafbrydelse

Nationalt er abort lovgivningsmæssigt reguleret af Sundhedslovens afsnit VII om svangerskabsafbrydelse og fosterdiagnostik²³. Grundtanken er her, at man som gravid kan få sit svangerskab afbrudt "uden tilladelse", hvis indgrebet foretages inden udløbet af 12. uge. Inden for denne tidsgrænse er aborten altså 'fri', for så vidt som der ikke er nogen, som kan nægte den gravide tilladelse til abort, uanset hvad hendes grund måtte være til at ønske en sådan.

Selv om aborten i denne forstand er fri inden for 12-ugers grænsen, er det værd at bemærke, at selv den fri abort ikke er helt uden betingelser. Ifølge Sundhedslovens §92 og §100 kan en gravid således kun få sit svangerskab afbrudt uden tilladelse, hvis hun "fastholder sit ønske om svangerskabsafbrydelse" efter at være blevet gjort opmærksom dels på indgrebets natur og risici, og dels på muligheden for vejledning vedrørende 'støtte til gennemførelse af svangerskabet' og 'støtte efter barnets fødsel'. I denne forstand er det altså en betingelse for den fri abort, at beslutningen sker på et tilpas oplyst grundlag hvad angår risici og alternativer.

Efter udløbet af uge 12 er der to måder, man kan få abort på. For det første kan det ifølge Sundhedslovens §93 ske "uden særlig tilladelse", hvis indgrebet er nødvendigt for at afværge fare for den gravides liv eller "for en alvorlig forringelse af dennes legemlige eller sjælelige helbred", og denne fare "er udelukkende eller ganske overvejende lægefagligt begrundet". Så hvis den gravides liv er i fare, eller der er fare for en alvorlig forringelse af den gravides helbred, kan der udføres abort efter 12. uge uden særlig tilladelse. Modsat ved den fri abort er der dog her en læge, som er nødt til at vurdere, om en sådan fare rent faktisk er på spil.

Den anden mulighed for abort efter 12. uge afhænger af særlig tilladelse fra et regionalt abortsamaråd. Som Sundhedslovens §97 beskriver det, skal et sådant samråd bestå af "en medarbejder ved regionen med juridisk eller social uddannelse og to læger", hvoraf "den ene læge skal være speciallæge i gynækologi og så vidt muligt ansat ved et stedligt sygehus, mens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have en særlig socialmedicinsk indsigt". Loven specificerer også, at "et samråds afgørelse kan indbringes for et ankenævn, der tillige fører tilsyn med samrådenes virksomhed", samt at tilladelse til abort kun kan gives, hvis samrådets eller ankenævnets medlemmer er enige om det.

Hvad angår det grundlag, samrådene kan give tilladelse på baggrund af, er det beskrevet i Sundhedslovens §94, som oplister seks forskellige betingelser, der hver især kan give adgang til abort efter uge 12. For det første kan der gives tilladelse til abort, hvis "svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet medfører fare for forringelse af den gravides helbred på grund af foreliggende eller truende legemlig eller sjælelig sygdom eller svækkelsestilstand eller som følge af dennes øvrige livsforhold". Så samrådene kan altså give særlig tilladelse til abort efter uge 12 selv hvis faren for den gravides helbred er mindre alvorlig end beskrevet i §93 og ikke så direkte koblet til lægefaglige forhold.

Faktaboks: Sundhedsloven om svangerskabsafbrydelse

Kapitel 25

Betingelser for svangerskabsafbrydelse

§ 92. En gravid kan uden tilladelse få sit svangerskab afbrudt, hvis indgrebet kan foretages inden udløbet af 12. Svangerskabsuge og den gravide, efter at reglerne i § 100 er iagttaget, fastholder sit ønske om svangerskabsafbrydelse.

§ 93. Selv om 12. svangerskabsuge er udløbet, kan en gravid uden særlig tilladelse få sit svangerskab afbrudt, hvis indgrebet er nødvendigt for at afværge fare for dennes liv eller for en alvorlig forringelse af dennes legemlige eller sjælelige helbred og denne fare er udelukkende eller ganske overvejende lægefagligt begrundet.

§ 94. Er 12. svangerskabsuge udløbet, kan en gravid få tilladelse til svangerskabsafbrydelse, hvis

- 1) svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet medfører fare for forringelse af den gravides helbred på grund af foreliggende eller truende legemlig eller sjælelig sygdom eller svækkelsestilstand eller som følge af dennes øvrige livsforhold,
- 2) graviditeten skyldes omstændigheder som nævnt i straffelovens § 210 eller §§ 216-224,
- 3) der er fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse,
- 4) den gravide på grund af legemlig eller sjælelig lidelse eller svag begavelse ikke formår at drage om sorg for barnet på forsvarlig måde,

- 5) den gravide på grund af ung alder eller umodenhed ikke for tiden formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde eller
- 6) svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet må antages at ville medføre en alvorlig belastning af den gravide, som ikke kan afværges på anden måde, således at det af hensyn til den gravide, til opretholdelsen af hjemmet eller omsorgen for familiens øvrige børn må anses for påkrævet, at svangerskabet afbrydes. Ved afgørelsen tages hensyn til den gravides alder, arbejdsbyrde og personlige forhold i øvrigt samt til familiens boligmæssige, økonomiske og helbredsmæssige forhold.

Stk. 2. Tilladelse til svangerskabsafbrydelse må kun gives, hvis de forhold, der begrundet ansøgningen herom, har en sådan vægt, at det findes berettiget at udsætte den gravide for den forøgede helbredsmæssige risiko, som indgrebet nu indebærer.

Stk. 3. Må fosteret antages at være levedygtigt, kan tilladelse til svangerskabsafbrydelse kun gives, såfremt de i stk. 1, nr. 3, nævnte omstændigheder med afgørende vægt taler for det.

For det andet kan samrådene også give tilladelse til abort, hvis graviditeten skyldes strafferetlige forhold som voldtægt eller incest. Det omtales nogle gange som abort på 'etisk' indikation, idet aborten så at sige udføres for at rette op på 'uetiske' forhold.

For det tredje kan samrådene også give tilladelse til abort, hvis der er "fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse". Dette omtales nogle gange som abort på fostermedicinsk indikation, idet tilladelsen gives pga. af faren for sygdom hos fosteret.

For det fjerde kan der også gives tilladelse, hvis "den gravide på grund af legemlig eller sjælelig lidelse eller svag begavelse ikke formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde", ligesom der kan gives tilladelse, hvis "den gravide på grund af ung alder eller umodenhed for tiden ikke formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde". Så i begge tilfælde kan der gives tilladelse til abort, hvis den gravide af den ene eller den anden grund ikke er i stand til at drage omsorg for barnet på forsvarlig vis.

Endelig kan et samråd for det sjette også give tilladelse til abort, hvis "svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet må antages at ville medføre en alvorlig

belastning af den gravide, som ikke kan afværges på anden måde, således at det af hensyn til den gravide, til opretholdelsen af hjemmet eller omsorgen for familiens øvrige børn må anses for påkrævet, at svangerskabet afbrydes". Dette kaldes ofte abort på social indikation, da vurderingen her baserer sig på en række 'sociale' faktorer.

Mens det er nødvendigt at opfylde en af de seks betingelser for at kunne få særlig tilladelse til abort efter uge 12 af et samråd, er det ikke tilstrækkeligt. Af §94 stk. 2 fremgår det således, at tilladelse til abort kun må gives, "hvis de forhold der begrundes ansøgningen herom, har en sådan vægt, at det findes berettiget at udsætte den gravide for den forøgede helbredsmæssige risiko, som indgrebet nu indebærer". Så begrundelsen for abort skal vejes op imod den helbredsmæssige risiko for den gravide, der måtte være forbundet med selve aborten. Hvis der (som et tænkt eksempel) var store helbredsmæssige risici forbundet med et abortindgreb, ville de altså potentielt kunne trumfe de grunde (fx voldtægt, misdannelser eller sociale forhold), der måtte tale for en abort. Ifølge WHO's seneste Abortion care guideline er abort dog at betragte som et sikkert indgreb igennem hele graviditeten, så længe den metode, der passer bedst til det konkrete tilfælde, anvendes²⁴.

Ud over hensynet til de helbredsmæssige risici fremgår det af §94 stk. 3 endelig også, at hvis fosteret må "antages at være levedygtigt", så kan tilladelse til abort kun gives, hvis "de i stk. 1, nr.3, nævnte omstændigheder med afgørende vægt taler for det". Hvis fosteret må antages at være levedygtigt, kan et samråd altså kun give tilladelse til abort, hvis faren for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstand vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse (stk. 1, nr.3) "med afgørende vægt taler for det". På denne måde kommer 'levedygtighed' til at fungere som et kriterie, der sætter en skarp grænse for, hvornår samråd kan give tilladelse til abort. For hvis fosteret formodes at være levedygtigt, kan der kun gives tilladelse til abort, når den fostermedicinske indikation med afgørende vægt taler for det.

Ud over de nævnte betingelser for abort, slår sundhedslovens §98 også fast, at anmodningen om abort i udgangspunktet skal fremsættes af den gravide selv. Der er altså ikke andre, som kan ønske eller kræve en abort på den gravides vegne. Loven gør dog to undtagelser fra denne regel. For det første åbner den op for, at et samråd, når omstændighederne taler for det, kan give tilladelse til abort "efter anmodning fra en beskikket værge", hvis "den gravide på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet".

For det andet sige lovens §99 også, at "er den gravide under 18 år, og har denne ikke indgået ægteskab", så "skal forældremyndighedens indehaver samtykke i anmodningen". Så hvis den gravide er umyndig, kan denne nok selv anmode om abort, men forældremyndighedens indehaver (typisk forældrene) skal samtykke, for at anmodningen kan godkendes. Paragraffen åbner dog op for, at et samråd, "når omstændighederne taler derfor", både kan tillade at samtykke fra forældremyndighedens indehaver ikke indhentes, og at abort tillades, selv om forældremyndighedens indehaver nægter at samtykke. Så selv om udgangspunktet er, at mindreårige skal have samtykke fra forældremyndighedens indehaver, er det altså muligt for samrådene at dispensere fra dette krav.

Det er endelig værd at bemærke, at § 102 siger, at læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, for hvem det strider mod deres etiske eller religiøse opfattelse at foretage eller medvirke til svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion, efter anmodning skal fritages herfor.

Som det fremgår af denne korte gennemgang af den danske lovgivning stiller den nogle generelle juridiske rammer op for håndteringen af abort. I nogle tilfælde fremgår de hensyn, som ligger til grund for lovgivningen, eksplicit af selve lovteksten, og i andre tilfælde må man lede i bemærkningerne eller lignende for at forstå, hvilke hensyn, der helt præcist ligger til grund for bestemte dele af loven. Når loven eksplicit siger, at betingelserne for at få tilladelse af et samråd skal vejes op imod den helbredsmæssige risiko for den gravide kvinde, er der fx tale om et ret eksplicit hensyn til kvindens helbred. Og på samme måde kan levedygtighedskriteriet ses som et klart hensyn til fosteret eller samfundets mere generelle syn på liv. I den sociale indikation fremgår det ligeledes eksplicit, at der er tale om hensyn til den gravide, til opretholdelsen af hjemmet og til familiens andre børn, ligesom det ved faren for den gravides liv eller helbred klart er tale om et hensyn til den gravide. Ved den fostermedicinske indikation kan der både være tale om et eugenisk hensyn og et hensyn til fosteret, for så vidt som en abort i nogle tilfælde kan betragtes som værende i fosterets interesse. Omvendt fremgår selve grundlaget for den skarpe sondring mellem fri abort før uge 12 og abort med særlig tilladelse fra samråd efter uge 12 ikke af selve lovteksten. Her er et bud, at den primært er baseret på et hensyn til den gravide kvinde, idet der i 1973, da loven blev indført, var en markant forskel i risikoen ved abort før og efter uge 12. Så ifølge en sådan fortolkning er sondringen altså baseret på et hensyn til den gravides helbredsmæssige risiko. Omvendt er det også muligt at mene, at sondringen til dels er baseret på et hensyn til fosteret, som gradvis får større etisk status i takt med, at det udvikler sig igennem graviditeten.

Ud over at rejse et spørgsmål om, hvilke grundlæggende etiske hensyn, der ligger til grund for lovens forskellige dele, rejser den også et spørgsmål om, hvad et bestemt hensyn egentlig betyder i praksis. For idet lovgivningen i sagens natur er almen, vil der altid være et spørgsmål om, hvad en bestemt vægtning af de involverede hensyn betyder i praksis. Hvad betyder 12-ugers grænsen fx i praksis? Hvad bør man rent praktisk forstå ved, at kvinden skal fastholde sit ønske om svangerskabsafbrydelse efter at være blevet gjort opmærksom dels på indgrebets natur og risici, og dels på muligheden for vejledning vedrørende støtte til gennemførelse af svangerskabet? Hvad vil det sige, at et foster er levedygtigt? Hvornår er det helt præcist det? Hvornår er det egentlig 'nødvendigt' med abort for at afværge fare for den gravides liv eller "for en alvorlig forringelse af dennes legemlige eller sjælelige helbred"? Hvornår foreligger der i det hele taget en sådan fare? Hvornår er hendes liv fx i fare? Hvor stor eller sandsynlig skal faren være? Og hvor 'alvorlig' skal den forringelse af det legemlige eller sjælelige helbred, der er tale om, egentlig være? Hvor stor skal risikoen for den gravides helbred ved selve aborten være, før det taler imod at give tilladelse? Hvor stor skal faren for, at barnet, på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden, vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse være? Hvad er en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse i det hele taget? Hvad skal der helt præcist til for at drage omsorg for et barn på forsvarlig vis, og hvornår er en bestemt person ikke i stand til det? Hvornår må svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet antages at medføre en så alvorlig belastning af den gravide, at det af hensyn til den gravide, til opretholdelsen af hjemmet eller omsorgen for familiens øvrige børn giver mening med abort? Og hvad vil det egentlig sige, at en sådan alvorlig belastning "ikke kan afværges på anden måde"? Fordi lovgivningen er formuleret i almene termer, kan den ikke undgå at rejse den slags spørgsmål angående den konkrete praksis og i de følgende afsnit vil der blive gjort et forsøg på dels at beskrive, hvordan abort mere konkret er tænkt håndteret fra myndighedernes side, og dels hvordan abort rent faktisk håndteres i praksis.

Abort i klinisk praksis

Hvad angår den kliniske praksis i relation til abort, reguleres den af Sundhedsstyrelsens Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion. Af vejledningen fremgår det bl.a., at "12-ugers fristen beregnes i almindelighed fra sidste menstruations første dag", sådan så "12-ugers fristen normalt overskrides ca. 10 uger efter den faktiske konception". I realiteten er fosteret altså 10 uger gammelt ved 12-ugersfristen. Vejledningen gør også opmærksom på, at graviditetens alder nor-



I realiteten er fosteret altså 10 uger gammelt ved 12-ugersfristen.

malt ikke blot bestemmes ud fra den gravides egne oplysninger, men i samspil med en gynækologisk undersøgelse og en ultralydsundersøgelse. Hvis 12-ugers grænsen er overskredet, slår vejledningen fast, at lægen straks skal "vejlede kvinden om hendes mulighed for at søge samrådstilladelse til svangerskabsafbrydelse, og, hvis kvinden ønsker det, straks forelægge ansøgningen for vedkommende regionsråd".

Faktaboks: Graviditetsuge og Trimestre

Graviditetsuge angiver antallet af uger en graviditet har været, regnet fra sidste menstruations første dag. Graviditetsugerne anføres i fulde uger + dage. En kvinde som har været gravid i 11 uger og 5 dage er således i graviditetsuge 12 (11+5). Se oversigt over graviditetsugerne i 1. trimester nedenfor.

Uge 1	1. uge	0+0 til 0+6
Uge 2	2. uge	1+0 til 1+6
Uge 3	3. uge	2+0 til 2+6
Uge 4	4. uge	3+0 til 3+6
Uge 5	5. uge	4+0 til 4+6
Uge 6	6. uge	5+0 til 5+6
Uge 7	7. uge	6+0 til 6+6
Uge 8	8. uge	7+0 til 7+6
Uge 9	9. uge	8+0 til 8+6
Uge 10	10. uge	9+0 til 9+6
Uge 11	11. uge	10+0 til 10+6
Uge 12	12. uge	11+0 til 11+6

Graviditeten er opdelt i tre perioder (trimestre), jf. nedenstående oversigt.

1. trimester	Graviditetsuge 1 (0+0) til 12 (11+6)
2. trimester	Graviditetsuge 13 (12+0) til 28 (27+6)
3. trimester	Graviditetsuge 29 (28+0) og resten af graviditeten

I forhold til levedygtighed siger vejledningen, at ”Vurderingen af levedygtighed sker i forhold til det enkelte foster”, samt at ”Det afgørende vil være, om der er en realistisk udsigt til, at fosteret vil kunne overleve nogle uger, hvis det på tidspunktet for det påtænkte indgreb kommer til verden ved en naturlig fødsel.”

Hvis en gravid fremsætter sin anmodning om abort over for en læge, fremgår det af vejledningen, at lægen ”under en personlig samtale med kvinden skal søge oplyst grunden til ønsket om svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion og give den vejledning, som er nævnt i sundhedslovens §100.” Selv om der ikke kræves en bestemt grund for at få tilladelse til abort før uge 12, skal lægen altså alligevel ”søge oplyst grunden til ønsket om svangerskabsafbrydelse”. Det kan ses som et udtryk for et ønske om at sikre, at beslutningen sker på et oplyst og velovervejet grundlag – hvad enten det så er for at hjælpe til med, at kvinden træffer den beslutning, som er i hendes egentlige interesse, eller for at sikre, at hun også tager behørigt hensyn til fosteret.

Kravet om vejledning kan ses i det samme perspektiv. Det overordnede formål med vejledningen er at informere kvinden om ”indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet.” Ifølge vejledningens beskrivelse bør lægen dog selv i de tilfælde, hvor kvinden opfylder betingelserne for at få abort, også ”under samtalen generelt tilstræbe, at hun ikke beslutter sig uden nærmere overvejelse”. Hvad angår vejledningens konkrete indhold, præciseres det yderligere, at når ønsket om abort ikke skyldes hensyn til moderens eller barnets helbred, så gælder det, at:

”

Selv om der ikke kræves en bestemt grund for at få tilladelse til abort før uge 12, skal lægen altså alligevel søge oplyst grunden til ønsket om svangerskabsafbrydelse. Det kan ses som et udtryk for et ønske om at sikre, at beslutningen sker på et oplyst og velovervejet grundlag.

”Kvinden bør gøres bekendt med, at lovgivningen rummer muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og støtte efter barnets fødsel. Endvidere kan hun gøres bekendt med muligheden for at bortadoptere barnet. Lægen skal gøre hende bekendt med, at hun af regionsrådet kan få nærmere oplysninger og anden bistand i forbindelse med svangerskab og fødsel. Lægen bør således opfordre kvinden til at søge bistand i opholdskommunen, hvis lægen skønner, at personlige, sociale eller økonomiske vanskeligheder er årsag til ønsket om svangerskabsafbrydelse”.

Ifølge vejledningen bør lægen i sin samtale med den abortsøgende altså i varierende grad gøre opmærksom på muligheder for støtte eller ligefrem opfordre til at søge støtte, hvis det er sociale årsager, som ligger til grund for ønsket om abort. Det kan ses som udtryk for, at sociale årsager i udgangspunktet betragtes som mere problematiske end medicinske.

I forbindelse med lægens vejledning om indgrebets art bør lægen også vejlede både mundtligt og skriftligt ”om kvindens mulighed for at modtage støttesamtaler før og efter indgrebet”. Den mundtlige vejledning om muligheden for støttesamtaler bør berøre ”formålet med en samtale før et indgreb”, ”formålet med et tilbud om en samtale efter et eventuelt indgreb”, ”hvordan kvinden kan få støttesamtaler”, og ”at det er op til kvinden at opsøge det rådgivningstilbud, hun eventuelt ønsker at gøre brug af”.

Den skriftlige vejledning består af pjecen ”Hvis du overvejer abort” (som synes at være erstattet af pjecen ”Abort – hvis du er i tvivl”²⁵). Pjecen starter på følgende vis:

”Der kan være mange grunde til din usikkerhed mht. abort eller barn. Før graviditeten havde du måske slet ikke overvejet, om du ville have børn. Eller måske har du allerede børn i forvejen og ved ikke, om du kan overkomme endnu ét. Der kan også være andre grunde.

Skriv dine tanker ned. Og tal med de mennesker, du er tæt på. Det kan give en vis afklaring.”

Efter denne indledende opfordring præsenterer pjecen følgende ”input til overvejelse”:

"Prøv at forestille dig, hvordan henholdsvis en abort eller et barn vil påvirke dit liv på flere områder:

- Dit parforhold
- Din familie
- Dine venskaber
- Dit job eller din uddannelse
- Din økonomi
- Din fremtid."

Derudover nævner pjecen også en række spørgsmål, man kan overveje at stille sig selv:

*Er manden
den rigtige at få
barn med?*

*Hvor vigtigt
er det for mig at
blive mor nu?*

*Hvad kan
jeg tilbyde
et barn?*

*Vil jeg senere
fortryde,
hvis jeg får en
abort nu?*

*Hvem skal
barnet bo (mest)
hos, hvis faderen
og jeg ikke
er sammen?*

*Hvordan vil
mit liv se ud om
5 år, hvis jeg
får et barn nu?*

*Hvor vigtigt
er min fremtid
for mig?*

*Hvad betyder
et barn i forhold
til job eller
uddannelse?*

Efter at have præsenteret de forskellige inputs til overvejelse, siger pjecen noget mere overordnet om tvivl og selvbestemmelse:

”Graviditetstegn

For nogle kvinder kan de begyndende graviditetstegn gøre beslutningen ekstra svær. Det er som om, kroppen allerede har valgt graviditeten.

Din beslutning

Men lad ikke din krop tage beslutningen alene. Du må lytte til både fornuft og følelser for at kunne træffe et valg, der fungerer for dig – også på langt sigt. Overvej nøje din konkrete situation.

Tvivlen

Tvivlen kan være det mest pinefulde ved en uplanlagt graviditet. Men lad tvivlen få lov at være der, indtil du har vendt alle tanker og talt med dem, der kan hjælpe dig til større afklaring.

Det er vigtigt, at du kommer frem til en beslutning, der føles rigtig.”

Herefter følger afsnit om, hvad man kan gøre, hvis man er henholdsvis single eller i et parforhold; allerede har et eller flere børn; eller er under 18 år. Endelig forklarer pjecen også, hvad man kan gøre, hvis man ønsker at bortadoptere, ligesom den informerer om muligheden for støttesamtale og vejledning om økonomisk støtte som forælder.

Der er her refereret relativt fyldigt fra pjecen for at give et konkret indtryk af, hvad der forventes af vejledningen.

Vejledningen peger også på, at kvinden skal ”tilbydes oplysning om muligheden for supplerende oplysning og rådgivning fra relevante handicaporganisationer”, hvis der ønskes senabort på fostermedicinsk indikation.

Vejledningen forholder sig også til de støttesamtaler, som den gravide skal tilbydes forud for og efter et abortindgreb. Hvad angår den støttesamtale, som kan gå forud for indgrebet, står der således følgende i vejledningen:

”Formålet med en støttesamtale forud for svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion er at give kvinden den nødvendige støtte til selv at træffe beslutningen om, hvorvidt hun ønsker indgrebet eller ej

Den, der foretager støttesamtalen, skal i det omfang det er muligt forsøge at klarlægge, hvorfor kvinden ønsker svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion.

Det skal undgås under støttesamtalen at påvirke kvinden til enten at gennemføre eller afbryde svangerskabet eller at få foretaget fosterreduktion, men i stedet skal det forsøges at give kvinden et så fuldstændigt grundlag som muligt at træffe beslutningen på.



Som det fremgår af denne passage, er der bag vejledningen altså et udtrykt hensyn til, at den skal være så neutral som muligt, så det bliver kvinden selv, som træffer den endelige beslutning på så oplyst et grundlag som muligt.

Konsekvenserne af at gennemføre eller at afbryde svangerskabet eller at få foretaget fosterreduktion skal drøftes med kvinden. Der skal i den forbindelse fokuseres på de psykiske og sociale aspekter af at gennemføre eller afbryde svangerskabet. Samtalen skal tage udgangspunkt i kvindens aktuelle livssituation, og hvordan svangerskabet påvirker denne.

Det skal generelt tilstræbes, at støttesamtaler før indgrebet gennemføres så hurtigt som muligt, således at eventuelle frister kan overholdes.”

Som det fremgår af denne passage, er der bag vejledningen altså et udtrykt hensyn til, at den skal være så neutral som muligt, så det bliver kvinden selv, som træffer den endelige beslutning på så oplyst et grundlag som muligt.

Hvad angår den samtale, som kvinden skal tilbydes efter indgrebet, anfører vejledningen, at:

”Formålet med en støttesamtale efter et indgreb er at give kvinden støtte til at komme igennem eventuelle psykiske gener som følge af indgrebet.

Det skal overvejes, om spørgsmålet om prævention skal indgå i samtalen.

Ved svangerskabsafbrydelser efter 12. uge bør kvinden oplyses om muligheden for, med tilskud fra den offentlige sygesikring i op til 12 konsultationer, at kunne blive henvist til akut psykologhjælp både før og efter indgrebet, jf. bekendtgørelse om tilskud efter sygesikringsloven til psykologbehandling for særligt udsatte grupper § 1, nr. 8.”

Her er det altså igen et hensyn til, at kvinden skal komme sig så hurtigt og godt som muligt over de eventuelle gener, som indgrebet måtte være forbundet med.

Hvad angår det konkrete indhold i vejledningen om "indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet" kan man få en ide om det fra pjecen "Sådan kommer du igennem. Om medicinsk og kirurgisk abort". I et indledende afsnit om "To abortmetoder"²⁶ hedder det:

"Der findes to metoder til at afbryde en uønsket graviditet:

MEDICINSK abort

- som foregår ved, at du får noget medicin, der sætter aborten i gang.

KIRURGISK abort

- som foregår ved, at du bliver bedøvet og derefter får suget livmoderens indhold ud.

Det er ikke altid, man frit kan vælge imellem medicinsk eller kirurgisk abort.

På langt de fleste sygehuse vil man tilbyde medicinsk abort før uge 9 og kirurgisk abort efter uge 9.

Sene aborter – dvs. efter uge 12 – foregår som medicinsk abort."

Så den danske praksis er sådan, at man langt de fleste steder tilbyder medicinsk abort før uge 9 og kirurgisk abort efter uge 9, mens senaborter udelukkende er medicinske. Af dansk selskab for obstetrik og gynækologis guidelines for 2. trimester provokeret abort fremgår det, at "Selvom kirurgisk behandling i et Cochrane review angives at have flest fordele, så kræver kirurgisk behandling stor rutine, hvilket sjældent opnås i Danmark i dag. Afsnittet er derfor ikke yderligere udbygget". Så en af grundene til, at senaborter i Danmark kun er medicinske, synes altså at være, at man vurderer, at der ikke kan opnås tilstrækkelig rutine, hvilket kan ses som udtryk for et hensyn til den helbredsmæssige risiko, den gravide løber ved et abortindgreb. Det kan dog også tænkes, at et hensyn til personalet i en eller anden grad spiller ind, idet det som nævnt tidligere kan være nødvendigt at 'findele' fosteret ved kirurgiske senaborter.

Ud over at beskrive, hvornår de forskellige typer af abortindgreb som regel tilbydes, redegør pjecen også i større detalje for, hvordan selve indgrebet finder sted, hvordan man kan forberede sig på det, hvad man kan forvente af bivirkninger efter indgrebet osv. Alt sammen for at kvinden selv kan træffe så oplyst et valg som muligt om, hvad der er den rigtige fremgangsmåde for hende.

Fosterdiagnostik i klinisk praksis

Som beskrevet indledningsvist spiller fosterdiagnostik også en central rolle i forhold til især senaborter, da en del af disse som regel vil blive foretaget på baggrund af fosterdiagnostisk viden. I forbindelse med en beskrivelse af den praktiske håndtering af abort, er det derfor også relevant kort at beskrive, hvordan fosterdiagnostik håndteres i en dansk kontekst.

Ifølge sundhedsloven har gravide, såvel som andre patienter, ret til at modtage eller frabede sig information om sin helbredstilstand.²⁷ Det gælder også den information, som kan tilvejebringes via fosterdiagnostik, idet undersøgelse af et foster i retslig sammenhæng anses for undersøgelse af den gravide. Siden 2004 har alle gravide i Danmark fået information og tilbud om fosterdiagnostiske²⁸ undersøgelser. Det er Sundhedsstyrelsen, som i sine Retningslinjer for fosterdiagnostik regulerer, hvilke undersøgelser af fosteret, der bør kunne tilbydes i offentligt regi, og hvordan informationen fra disse bør videregives.

Det generelle offentlige fosterdiagnostiske tilbud til alle gravide omfatter en 1. trimesterscanning, eventuelt suppleret med en risikovurdering for kromosomafvigelser, og en 2. trimesterscanning. Praksis for udførelsen af disse er her kort skitseret med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens retningslinjer.



Det generelle offentlige fosterdiagnostiske tilbud til alle gravide omfatter en 1. trimesterscanning, eventuelt suppleret med en risikovurdering for kromosomafvigelser, og en 2. trimesterscanning.

Undersøgelser tilbudt alle gravide som en del af det fosterdiagnostiske tilbud

1. trimesterscanning

Hvis den gravide har taget imod tilbuddet om en 1. trimesterscanning, foretages den sædvanligvis, når hun er 11-13 uger henne i graviditeten. Den foregår ved, at lydbølger, ultralyd, sendes igennem den gra-

vides mave, og når disse rammer forskellige væv i kroppen, tilbagekastes de forskelligt. Dette ekko af ultralydbølger omdannes til levende billeder på en skærm. Ved scanningen bekræftes det, at der er liv, og antallet af fostre vurderes. Herudover kontrolleres moderkagen og fostervandsmængden. Allerede fra 6. graviditetsuge er det med denne metode muligt at se fosteranlægget med et hjerte, der slår. Størrelsen af fosteret, herunder længden fra hoved til rumpe, (Så kaldt Crown-Rump Length, CRL) bruges til at bedømme graviditetslængden og fastsætte en terminsdato²⁹.

Risikovurdering for kromosomafvigelser

Hvis den gravide udover 1. trimesterscanningen også tager imod et tilbud om risikovurdering for kromosomafvigelser hos fosteret, foretages denne i forlængelse af scanningen. Udgangspunktet for undersøgelsen er en blodprøve (doubletest) fra den gravide samt en måling af fosterets nakkefold under selve scanningen. Resultaterne indgår, sammen med oplysningen om den gravides alder, i en beregning af sandsynligheden for, at fosteret har en kromosomafvigelse. I denne sammenhæng testes primært for tre former for trisomier,³⁰ nærmere bestemt af kromosom 13 (Patau syndrom), kromosom 18 (Edwards syndrom) og kromosom 21 (Downs syndrom). Blodprøven afgives oftest i forbindelse med første graviditetskonsultation hos egen læge i graviditetsuge 8-9. Den analyseres for koncentrationen af bestemte hormoner, idet de pågældende kromosomafvigelser i mange tilfælde vil medføre ændringer heraf. Hvis der ikke findes tegn på kromosomafvigelser hos fosteret, fortsætter den gravide sit daglige liv og kan herefter tage stilling til tilbuddet om en 2. trimesterscanning.

2. trimesterscanning

Denne scanning tilbydes i graviditetsuge 18-20 og har til formål at bestemme moderkagens placering og at undersøge fosterets vækst og organer. Den kan til- eller fravælges af alle gravide, uafhængigt af, om en 1. trimesterscanning og risikovurdering blev foretaget eller ej. Før der scannes, sikres det, at den gravide er indforstået med formålet. Ved brug af ultralyd kigges der på barnets organer med henblik på at påvise eller udelukke tilstande, som kan føre til tidlig død, kronisk sygdom med

væsentlig øget dødelighed i barnealderen eller ”betydende mentale eller fysiske handicap”. Sådanne misdannelser forekommer med en hyppighed på ca. 1%.³¹

Supplerende undersøgelser som kan tilbydes ved mistanke om sygdom eller handicap hos fosteret

NIPT, moderkagebiopsi og fostervandsprøve

Hvis det i forbindelse med risikovurderingen for kromosomafvigelser viser sig, at der er en sandsynlighed på mere end 1:300 for, at fosteret har en kromosomafvigelse, eller hvis indholdet af de målte biomarkører taler for det, tilbydes kvinden yderligere undersøgelser, som kan give et mere sikkert svar på, om fosteret fejler noget eller er. I første omgang kan tilbuddet være den ”non-invasive prænatale test” NIPT, som er baseret på en blodprøve fra den gravide, der på dette tidspunkt typisk vil være i graviditetsuge 12-14. Med NIPT udnyttes, at der i den gravides blod findes små mængder af frit arvemateriale, DNA, fra fosteret/moderkagen. Dette gør det muligt vha. blodprøven at bestemme sandsynligheden for kromosomafvigelser som bl.a. trisomi 13, 18 og 21. Dog bestemmes ikke alle typer af kromosomafvigelser lige sikkert med NIPT, og falsk positive eller falsk negative svar kan forekomme. Testen kan derfor ikke erstatte risikovurderingen baseret på nakkefoldsmåling og doubletest. Tilsvarende skal et NIPT-testsvar, som indikerer at fosteret har en kromosomafvigelse, og på den baggrund giver anledning til et ønske om abort hos den gravide, bekræftes med en mere diagnostisk sikker test, hvilket omfatter prøvetagning direkte fra moderkagen (moderkagebiopsi) eller fra fostervandet (fostervandsprøve) gennem den gravides mave. Begge undersøgelser har en høj diagnostisk sikkerhed, men kan også forbindes med en lille procedurerelateret abortrisiko på <0,5% (dog 1-2% ved tvillingegraviditet).³² Bl.a. for at undgå denne risiko udføres de kun, når der fx på grundlag af genetisk rådgivning eller, som beskrevet i forbindelse med de andre tilbudte undersøgelser, vurderes at være en forøget sandsynlighed for at få et alvorligt sygt barn. Prøverne tages med en tynd kanyle, samtidig med at der ultralydsscannes. De fleste gravide oplever, ifølge Rigshospitalets patientinformation, kun mindre ubehag ved proceduren, og bedøvelse er ikke nødvendig.³³ En moderkagebiopsi (også kaldet CVS for chorion villus sampling) kan tages fra graviditetsuge 11, og en fostervandsprøve (også kaldet AC for Amniocentese) fra graviditetsuge 16.

Andre og mere omfattende genetiske undersøgelser

I nogle tilfælde af mistanke om mulige anormaliteter fx i form af misdannelser hos fosteret kan gravide, efter individuel vurdering, tilbydes mere omfattende undersøgelser af fosterets genetik. Med kromosom mikroarray, som betegner forskellige teknikker til detaljeret kromosomundersøgelse, er det muligt at undersøge for flere kromosomafvigelser end ved risikovurderingen i forbindelse med 1. trimesterscanningen. Kromosom mikroarray kan foretages ud fra forskellige prøvetyper (blodprøve fra den gravide, fostervandsprøve eller modekagebiopsi). Den er følsom og har typisk en svartid på omkring 5-10 arbejdsdage. Endnu mere udvidede genomundersøgelser kan i nogle tilfælde også gennemføres prænatalt, når det vurderes sandsynligt, at der kan være en genetisk årsag til en alvorlig sygdom/misdannelse, dog er svartiden her noget længere. Sådanne former for detaljerede undersøgelser kan give mulighed for forbedret diagnostik. De kan dog også forbindes med en vis risiko for at gøre uventede fund og/eller fund af usikker betydning.

Grundlag for valget af testmetoder

Til grund for sammensætningen af det offentlige fosterdiagnostiske tilbud ligger bl.a. et hensyn til autorisationslovens §17, ifølge hvilken autoriserede sundhedspersoner er forpligtede til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed³⁴. Dette indebærer bl.a., at patienter ikke må udsættes for unødigt fare. I forhold til fosterdiagnostik skal det altså overvejes, hvilken fare diagnostikken kan indebære for den gravide og fosteret. På den baggrund er det de mindst muligt indgribende undersøgelser, som tilbydes. Undersøgelser, som kan være forbundet med risiko for fx abort, bør kun tilbydes, hvis der er specielle grunde til det. Sådanne grunde kan fx være, at der for nogle gravide på forhånd er kendskab til fx arvelig sygdom i familien eller andre særlige risikofaktorer. Det samme kan gøre sig gældende, hvis de udførte fosterdiagnostiske undersøgelser viser sig at give anledning til at tro, at der er en øget sandsynlighed for sygdom eller handicap hos fosteret.^{35,36} På denne baggrund foretrækkes som udgangspunkt de undersøgelser, som er uden risiko for den gravide og fosteret, de non-invasive undersøgelser (som fx ultralydsscanning, NIPT m.fl.), når disse vurderes relevante til at detektere de forhold, der mistænkes. I de tilfælde, hvor resultaterne af sådanne non-invasive undersøgelser giver anledning til et ønske om at afbryde graviditeten, er det dog ifølge retningslinjerne nødvendigt at bekræfte det med en mere diagnostisk sikker invasiv test, som fx en modekagebiopsi eller en fostervandsprøve, der indebærer en indtrængen i kroppen og deraf en vis risiko. Invasiv diagnostik kan i nogle situationer også være førstevalget, hvis fx målet er at teste for forhold, som non-invasive tests ikke er egnede til at detektere.

Formidling, information og rådgivning



Der er således et tydeligt fokus på at fremme muligheden for, at den gravide/parret får en god forståelse af, at det, som de kan vælge, udelukkende er et tilbud, samt at fremme, at dette valg sker på baggrund af neutral information om formålet.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer for forsterdiagnostik indeholder en detaljeret beskrivelse af, hvilken information, som bør gives til den gravide og hvordan. Det kan fx være i forbindelse med den praktiserende læges oplysning om de forsterdiagnostiske muligheder; når kvinder møder op til ultralydsscanning; eller i de tilfælde, hvor der skal gives besked om en vis risikovurdering baseret på resultaterne af de udførte undersøgelser. Generelt er det på Sundhedsstyrelsens hjemmeside beskrevet som centralt, at *"Der skal være tilbud om information, som gør det muligt for den gravide selv at tage stilling til undersøgelserne. Informationen til de kommende forældre skal være fyldestgørende, tidssvarende og neutral, og give dem viden om de eksisterende fosterdiagnostiske tilbud, så tilvalg eller fravalg af undersøgelser sker på et informeret grundlag."*³⁷

Det er endvidere beskrevet, at der i forbindelse med informationen skal tages udgangspunkt i at "respekttere parrets egne værdier og forudsætninger (sociale, uddannelsesmæssige, kulturelle), samt i at langt de fleste graviditeter ender med fødsel af et barn uden sygdom eller handicap." Der skal herudover tages hensyn til, hvor meget information den gravide/parret ønsker at modtage. Hele vejen igennem det fosterdiagnostiske tilbud skal informationsindsatsen på den måde tilpasses individuelt og tilgodese den enkelte gravides/det enkelte pars forudsætninger.

Der er således et tydeligt fokus på at fremme muligheden for, at den gravide/parret får en god forståelse af, at det, som de kan vælge, udelukkende er et tilbud, samt at fremme, at dette valg sker på baggrund af neutral information om formålet. Altså vægtes hensynet til selvbestemmelsesretten. Dette kan ses som et udtryk for en udvikling væk fra det samfundsøkonomiske hensyn, som oprindeligt lå bag 1970'ernes udrulning af tilbuddet om fosterdiagnostik, hen imod mere personnære hensyn. Det fremhæves nu også specifikt i retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen, at formålet med fosterdiagnostikken ikke er at hindre fødsel af børn med alvorlige sygdomme eller handicap, men derimod som beskrevet at støtte bedst muligt op om den enkeltes oplyste stillingtagen og udfaldet heraf.

Der virker endvidere til at være fokus på at mindske den gravide/parrets bekymringer i forhold til en mulig sygdomsrisiko hos det kommende barn. Overordnet for informationsindsatsen gælder det således, at den ifølge retningslinjerne, udover hensynet til den gravide/parrets forudsætninger og ønsker, også bør tage udgangspunkt i, at størstedelen af alle fostre ikke fejler noget, og at undersøgelserne i almen praksis og på obstetrisk afdeling for langt de flestes vedkommende vil give normale svar.

Information i almen praksis

I forbindelse med den første graviditetskonsultation i almen praksis omkring graviditetsuge 6-10 gives der, med udgangspunkt i den gravide/parrets forudsætninger, basal information om det generelle forsterdiagnostiske tilbud. I den forbindelse er det, ifølge retningslinjerne, vigtigt, at det understreges over for den gravide/parret, at de fosterdiagnostiske undersøgelser netop er et tilbud, som kan til- eller fravælges undervejs i graviditeten, og at resultaterne heraf i nogle tilfælde vil kunne give anledning til vanskelige dilemmaer og valg. Herudover skal der yderligere informeres om, "at hvis alle undersøgelser er normale, er der grund til at føle sig mere tryk, men det er ikke nogen garanti for et barn uden sygdom eller handicap." Der synes således også at blive lagt vægt på tydelighed i forhold til undersøgelsesens begrænsninger og karakter som en frivillig valgmulighed, der kan give en vis tryghed, men måske også visse udfordringer.

Sundhedsstyrelsens folder "Gravid – undersøgelser af fostret"³⁸ kan eventuelt udleveres i forbindelse med konsultationen i almen praksis. Heri gennemgås kort og overordnet formålet med de undersøgelser, som tilbydes, ligesom det beskrives, hvad den gravide/parret kan forvente af tilbud om yderligere undersøgelser og rådgivningsmuligheder, såfremt resultaterne skulle give anledning til mistanke om kromosomafvigelse eller misdannelse hos fosteret.

Ved konsultationen i almen praksis skal det ifølge retningslinjerne også afdækkes, om der i den gravides familiehistorie er kendskab til fortilfælde, som kan indikere en vis risiko i forhold til sundhedstilstanden hos fosteret. Dette kan fx være familiemedlemmer med kromosomafvigelser eller misdannelser, eller hvis den gravide tidligere har oplevet flere spontane aborter. I så fald kan det give anledning til henvisning til genetisk rådgivning på en klinisk genetisk afdeling eller på obstetrisk afdeling alt efter problematikens art. I den gældende "Vejledning om prænatal genetisk information, rådgivning og undersøgelse" fra 1994 er det beskrevet, at opsporingen af mulige sygdomsdispositioner hos kommende forældre også kan foregå i almen praksis allerede inden, en graviditet er opnået, "således at information og eventuel opfølgende genetisk rådgivning kan gives forud for et svangerskab" for "på den måde kan beslutning om undersøgelse og konsekvenser heraf træffes uden tidspres, og uden at abort bliver den altoverskyggende mulighed for at undgå, at et barn fødes med alvorlig sygdom eller handicap."³⁹

Information på obstetrisk afdeling

Hvor den basale information om det fosterdiagnostiske tilbud, som gives i almen praksis, er målrettet alle gravide, vil den information, som gives på den obstetriske afdeling i forbindelse med undersøgelserne her typisk være mere individuel. Den bør ifølge retningslinjerne omfatte en forventningsafstemning mellem den gravide/parret og sundhedspersonalet bl.a. i forhold til hver enkelt af undersøgelses formål og begrænsninger. Dette betragtes som en forudsætning for, at den gravide kan give sit informerede samtykke eller eventuelt frabede sig yderligere information.

Som beskrevet i retningslinjerne, er intentionen at lægge vægt på at fremme den gravide/parrets forudsætninger for at træffe egne beslutninger i forhold til valg eller fravalg af mulige undersøgelser. Det påpeges også, at det fx bør gøres klart, at selvom en vis mulig risiko er beregnet til at være højere end gennemsnittet, vil der i de fleste tilfælde stadig være størst sandsynlighed for, at der ikke er noget galt med fostret. Der opfordres herudover til at sikre den gravide en vis betænkningstid til at træffe valg fx vedrørende yderligere undersøgelser, og når sådanne valg er truffet, skal de imødekommes og støttes. Hvad angår de anvendte metoders begrænsninger, beskrives det som vigtigt, at disse også belyses. Fx bør den gravide/parret informeres om svartider, mulige procedurerelaterede risici for utilsigtet abort (invasive undersøgelser), andre risici knyttet til fx inkonklusive resultater (falsk negative/positive svar (NIPT)), samt risikoen for at der gøres uventede fund eller fund, hvor betydningen hos fosteret ikke kan forudsiges (især forbundet mere omfattende genetiske undersøgelser).

I tilfælde, hvor der gøres diagnostiske fund af afvigelser hos fosteret, er det ifølge retningslinjerne en forudsætning, at den sundhedsperson, som varetager formidlingen, selv er afklaret om sine egne holdninger og formår at lægge dem til side, idet der tilstræbes en nuanceret og støttende dialog, hvor informationen overleveres så neutralt og fyldestgørende som muligt og belyser både ”medicinske, psykologiske, økonomiske og sociale aspekter herunder samfundsmæssige støtteforanstaltninger.” Der kan i den forbindelse fx ydes hjælp til at etablere kontakt til pårørende eller patientforeninger, som repræsenterer mennesker med relevante syndromer eller handicap, eller orienteres om mulighederne for psykologisk støtte i forbindelse med senabort.

Nye undersøgelser udbudt i privat regi

Foruden det offentlige forsterdiagnostiske tilbud omfatter mulighederne for at opnå viden om et fosters helbredstilstand også en privat dimension. Det er nemlig muligt for gravide at tilkøbe forsterundersøgelser uden for det offentlige danske fosterdiagnostiske program. Flere private klinikker udbyder ultralydsscanninger og forskellige varianter af non-invasive tests af fosterets arvemateriale. Siden 2021 har det fx været muligt at betale for at få udført den mere omfattende danskudviklede EVITA test, som er baseret på isolation af fosterceller fra den gravides blod.⁴⁰ Arvematerialet i disse celler kan derefter analyseres for udvalgte kromosomafvigelse. Dette omfatter, udover en vurdering af sandsynligheden for trisomi 13, 18 og 21, også en vurdering af sandsynligheden for andre kromosomale afvigelser, som bl.a. visse kendte syndromer relateret til anderledes fordelinger af kønskromosomer, som bl.a. Turner- og Klinefelter syndromerne. Testen foretages i graviditetsuge 10-14 og koster omkring 12.000 kroner. Resultaterne fås som udgangspunkt inden for 12 dage, og hvis de viser tegn på anormaliteter, anbefales det at få dette be- eller afkræftet ved en invasiv test som fx en moderkagebiopsi. Med både EVITA-testen og flere af de andre tests (som fx NIPT, NIFTY og Panorama) er det ligeledes muligt at bestemme fosterets køn. Ifølge oplysningerne om EVITA-testen videregives information herom først fra graviditetsuge 12. Denne praksis stemmer overens med Dansk Føtalmedicinsk Selskabs guideline, hvori det for at undgå abort på baggrund af fosterets køn anbefales, at der ikke foretages kønsbestemmelse i perioden op til 12. graviditetsuge, hvor det vil være muligt med fri abort i Danmark.⁴¹ Markedet for analyse af fostergenetiske test er omfattende internationalt og udvikles løbende som følge af nye teknologiske muligheder. Således er det i dag også muligt som gravid at bestille et testsæt til at foretage en hjemmeprøve, som efterfølgende sendes med posten og analyseres i udlandet. Svaret modtages digitalt, og på den måde kan der nemt opnås viden om fosterets køn for omkring 2.500 kroner.⁴² Udviklingen på området kan give anledning til bekymringer bl.a. i forhold til afgrænsningen af mulighederne for, hvilke informationer, der kan erhverves om kommende børn; hvor tidligt i graviditeten dette kan ske; og hvem sådanne følsomme personoplysninger deles med.^{43,44}

Viden, usikkerhed og børns ret til viden/ikke-viden

Helt overordnet giver udviklingen inden for fosterdiagnostik bedre mulighed for at opdage alvorlige sygdomstilstande tidligt. Dog aktualiserer flere informationsmuligheder også flere væsentlige etiske spørgsmål bl.a. relateret til, hvordan forsterdiagnostiske fund vil kunne påvirke et kommende barn.



De beslutninger om indhentning af information i forsterstadiet, som den gravide/de kommende forældre træffer, kan risikere at påføre barnet en viden, der på længere sigt vil kunne ligge det til last.

Ét sådant spørgsmål at forholde sig til vedrører vægtningen af den gravides selvbestemmelse i forhold til retten til viden/ikke-viden hos det kommende barn. For selvom intentionen med indhentning af informationer om fosteret umiddelbart kan være til gavn, kan helbredsmæssig viden af mere eller mindre alvorlig karakter i sig selv også have en negativ betydning. I de situationer hvor den gravide/forældrene vælger at beholde et barn, til trods for viden om en sandsynlig sygdomsdisposition, kan det være relevant at overveje, hvorvidt det kommende barns ret til viden/ikke-viden udfordres uhensigtsmæssigt. Dette skyldes, at de beslutninger om indhentning af information i forsterstadiet, som den gravide/de kommende forældre træffer, kan risikere at påføre barnet en viden, der på længere sigt vil kunne ligge det til last.

Et andet væsentligt spørgsmål, som aktualiseres af nye muligheder for at finde ud af mere om fosterets genetik, vedrører den mere direkte helbredsmæssige betydning, som potentielle fosterdiagnostiske fund reelt vil komme til at få for det individuelle barns liv og livskvalitet. I den sammenhæng er det oplagt at se nærmere på to dimensioner: Sandsynlighed og alvorlighed.

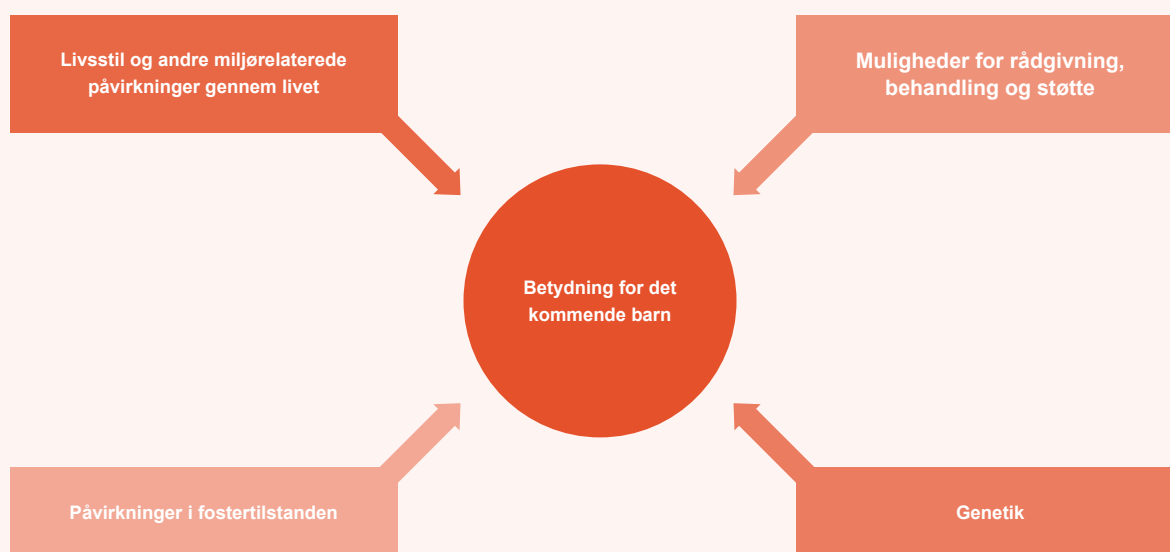
Sandsynlighedsdimensionen rummer de usikkerheder, som kan relateres til den konkrete individuelle risiko, og hvor sikkert det egentlig er, at et kommende barn vil udvikle en given sygdom/handikap, i de situationer hvor dette på baggrund af fosterundersøgelser vurderes sandsynligt. En sandsynlighed for kromosomafvigelse, som beregnes til at være mere end 1:300, bliver ofte efterfølgende be- eller afkræftet med mere sikre fosterdiagnostiske tests. Invasive undersøgelser som fx en moderkagebiopsi eller en fostervandsprøve vurderes i den sammenhæng at have en høj diagnostisk sikkerhed, hvilket vil sige, at resultatet af disse er så sikkert, "at det kan danne grundlag for beslutning om intervention (fx behandlingsbeslutning eller beslutning om provokeret abort)"⁴⁵. Resultaterne af non-invasive tests er derimod ikke vurderet at være lige så sikre, og fund af genetisk sygdomsdisposition ved en sådan form for screening, fx udført i privat regi, vil skulle bekræftes diagnostisk og følges op med kompetent rådgivning. Dette foregår i det offentlige sundhedssystem. Testusikkerheden på de non-invasive tests kan bl.a. tilskrives den måde, der testes på, som fx kan forårsage falsk-positive eller falsk-negative resultater.^{46,47}

Alvorlighedsdimensionen tilføjer et andet centralt tvivlsspørgsmål relateret til den individuelle betydning, en given sygdom, eller et givent handikap, vil kunne få for et barn, altså hvordan og hvor meget vil det egentligt kunne komme til at påvirke dette barns liv og livskvalitet. I modsætning til vurdering af andre patienter, kan forudsigelser af betydningen af sygdomsdispositioner hos kommende børn van-

skeliggøres af, at der i forsterstadiet kun er begrænset mulighed for at undersøge de fænotypiske karaktertræk. Det individuelle sygdomsbillede og udtrykket af symptomer kan være meget forskelligt hos forskellige mennesker, og herudover vil udviklingen af en genetisk sygdom ofte i høj grad også afgøres af flere udefrakommende faktorer. Sådanne kan fx være fysiske påvirkninger i fostertilstanden, det miljø barnet kommer til at vokse op i, livsstil og mulighederne for behandling/støtte. Til usikkerheden om, hvilken betydning en sygdom vil få for et kommende barn, hører også spørgsmålet om, hvornår barnet vil mærke sygdommen. Nogle sygdomme vil kunne afhjælpes med en behandlingsindsats tidligt, og barnet vil efter en given periode kunne få et normalt/tilfredsstillende liv, eventuelt med behov for mere eller mindre støtte. Andre sygdomme udvikles gradvist og vil først give alvorlige symptomer senere i livet.

Således kan sådanne usikkerheder i forhold til sygdomsudtryk gøre det særdeles vanskeligt at vurdere, hvilken individuel betydning en sygdom eller et handicap vil kunne få. Nedenstående figur illustrerer, hvor komplekst det kan være at forholde sig til resultaterne af fosterundersøgelser, fordi flere individuelle og udefrakommende faktorer kan påvirke både udvikling og betydning af en given sygdom/handicap hos et kommende barn. Hvis der fremover testes for flere genetiske tilstande med mere moderate risici, hvor andre forhold end de genetiske spiller den vigtigste rolle for sygdomsudviklingen, kan usikkerheden øges yderligere.

Faktorer som kan påvirke den betydning, en sygdom eller et handicap vil kunne få for et kommende barn



De følgende eksempler på sygdomme, som alle kan bestemmes ved undersøgelser af fosteret, giver et indblik i, hvor divers en række af tilstande det er muligt at opdage vha. fosterdiagnostik, og som den gravide/de kommende forældre i så fald vil skulle forholde sig til. Disse er, lige som mange andre tilstande som fostre kan undersøges for i dag, meget forskellige, hvad angår symptomer og sygdomsbillede og kan således give anledning til forskellige etiske overvejelser.

Sygdom/syndrom	Beskrivelse
<p>Klumpfod</p>	<p>Klumpfod kan opdages ved en vurdering af udseendet af et fosters fødder fx ved ultralydsscanning. Symptomerne er en let genkendelig fejlstilling af en eller begge fødder.</p> <p>Klumpfod kan behandles med gradvis opretning, som typisk igangsættes allerede i 1-2 leveuge. Behandlingen omfatter bl.a. gentagen gipsning hver uge i 4-6 uger og kræver ofte også kirurgi. Efterfølgende fortsættes behandlingen, indtil barnet er fire år, med sko og skinne som holder foden i den rigtige position. Der kan for nogle forekomme tilbagefald med behov for en ekstra operation og gipsperiode senere; men generelt opnås en velfungerende fod efter behandlingen.</p>
<p>Turners syndrom</p>	<p>Turners syndrom, monosomi X, skyldes mangel på et af de to kønskromosomer hos piger. Tilstanden kan konstateres ved en undersøgelse af fosterets kromosomer, men opdages ellers typisk først omkring 14-års alderen.</p> <p>Symptomerne hos næsten alle er lille højde og svigt af æggestokkenes funktion, hvilket oftest medfører forsinket pubertet og sterilitet. Omfanget af andre symptomer kan variere meget fra person til person. Disse symptomer kan bl.a. omfatte hjerte-kar lidelser, kognitive vanskeligheder, mellemørebetændelse, nedsat hørelse, nyremisdannelser, forhøjede levertal samt visse karakteristiske fysiske træk som fx kort hals og lille underkæbe.</p> <p>Tilstanden kan behandles med vækst- og kønshormoner og eventuelt kirurgi af hjerte/kar. Herudover kan der ydes psykologisk støtte og behandles medicinsk for en række følgesygdomme. For mange kan behandling være med til at sikre et normalt liv (dog uden naturlig mulighed for at få genetisk beslægtede børn)</p>

<p>Downs syndrom</p>	<p>Downs syndrom, trisomi 21, skyldes tilstedeværelsen af et ekstra kromosom 21 i kroppens celler. Det ekstra kromosom forårsager hæmning i udvikling og modning af nervesystem, skelet, hjerte, mave og sanseorganer. Downs syndrom konstateres oftest prænatalt i forbindelse med risikovurderingen for kromosomafvigelse.</p> <p>Omfanget af symptomer kan variere meget fra person til person. Disse kan bl.a. omfatte mental retardering, hjertefejl, problemer med mave-tarm systemet, hudsygdomme, lavt stofskifte og Alzheimers samt visse karakteristiske fysiske træk som fx lille hovedomfang med flad nakke og små ører. Misdannelser kan behandles kirurgisk. Levetiden er forkortet, men mange klarer sig godt med den rigtige støtte til et meningsfuldt liv.</p>
<p>Pataus syndrom</p>	<p>Pataus syndrom, trisomi 13, skyldes tilstedeværelsen af et ekstra kromosom 13 i kroppens celler. Tilstanden konstateres oftest prænatalt i forbindelse med risikovurderingen for kromosomafvigelse og/eller ved fund af misdannelser.</p> <p>Symptomerne er mange og oftest livstruende misdannelser bl.a. af indre organer, hjernen og andre dele af nervesystemet. 80% har hjertefejl. Der ydes alene støttende og lindrende behandling, og 80% af de, som fødes med Pataus syndrom, dør inden for den første måned. Kun få overlever længere end et år, og de, som gør, har bl.a. svær udviklingshæmning og sansedefekter.</p>
<p>Eksempler på sygdomme som kan opdages ved fosterundersøgelser ^{48,49,50}</p> <p>For både Turner, Downs og Pataus syndrom gælder det, at kromosomvarianterne i nogle tilfælde også kan optræde i en mosaiktilstand, hvor nogle celler i kroppen har en normal kromosomal sammensætning. Sværhedsgraden af symptomerne kan i den situation afhænge af fordelingen af abnorme og normale celler i kroppens forskellige organer, og det kan ikke med prænatal diagnostik forudsiges, i hvilken grad et kommende barn vil blive påvirket.</p>	

Det fosterdiagnostiske tilbuds mulige retningsgivende tendens

Som det fremgår af beskrivelsen, er den klare intention bag Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fosterdiagnostik at sikre, at tilbuddet om fosterdiagnostik, ligesom tilbuddet om abort, bliver præsenteret på så neutral og saglig vis som muligt, så den gravide og hendes eventuelle partner selv kan tage stilling til, hvad der er det rigtige for dem. Men selvom Sundhedsstyrelsens retningslinjer på denne måde lægger vægt på, at til- eller fravalget af fosterdiagnostiske undersøgelser er frit og skal baseres på neutral information fra sundhedspersonalet, er der et spørgsmål



Undersøgelser peger på, at det fosterdiagnostiske tilbud kan opfattes som et ”pligtbud” og tolkes som ”et signal om, at der kunne være en risiko”, og at det derfor vil være ”fornuftigt at tage imod det.”

om, hvorvidt det også svarer til den faktiske praksis. Alene det, at der overleveres information om muligheden for at få fosteret undersøgt for alvorlig sygdom eller handicap, kan fx i sig selv anses som et udtryk for tilskyndelse fremfor neutralitet. Undersøgelser peger således på, at det fosterdiagnostiske tilbud kan opfattes som et ”pligtbud” og tolkes som ”et signal om, at der kunne være en risiko”, og at det derfor vil være ”fornuftigt at tage imod det.”⁵¹ Det er i den sammenhæng beskrevet, at oplysninger om risikovurdering og fosterdiagnostik i nogle tilfælde kan give anledning til utryghed og bekymring for at vente et barn med sygdom eller handicap. Informationen kan på den baggrund opfattes at lægge mest op til at tage imod tilbuddet, fordi en risikovurdering vil kunne give større tryghed for at få et raskt barn. Et debatindlæg af Mette Nordahl Svendsen og Lene Koch beskriver, at ”mennesker formes – og forandres – i mødet med information om teknologien,”⁵² De peger på, at de valg, som fx gravide/par stilles overfor i forbindelse med fosterdiagnostik, kun muliggøres af andre valg, som fx sundhedspolitiske beslutninger om, hvem der skal tilbydes hvilke undersøgelser, og i den sammenhæng hvilken viden, som bør genereres. Det Ethiske Råd har også gjort sig overvejelser om, hvorvidt idealet om neutral information og selvbestemmelse rent faktisk kan indfries i praksis uden alligevel at blive retningsgivende. I redegørelsen om ”Fremtidens Fosterdiagnostik” fra 2009 beskrives bl.a., hvordan det for nogen gravide/par kan opfattes som en blåstempling fra det offentlige sundhedssystem, alene fordi undersøgelserne udbydes. De vil måske derfor tage imod tilbuddet uden at være fuldt ud bevidste om konsekvenserne. Redegørelsen belyser også en række grunde til, at den information, som de gravide modtager, i praksis ikke altid er, og måske heller ikke kan eller bør være, fuldstændig non-direktiv. Fx kan der være situationer, hvor den gravide ønsker støtte til at træffe beslutninger og derfor måske ligefrem beder sundhedspersonalet om ikke-neutral rådgivning.⁵³

Andelen af gravide, som tager imod tilbuddet om fosterdiagnostik, er meget høj i Danmark. I Sundhedsstyrelsens retningslinjer angives den som mere end 97%, og herudover beskrives det, at ca. 95% af de gravide/par, som får at vide at fosteret har en kromosomfejl, vælger at få en abort. Antallet af børn født med Downs, Edwards og Patau syndromer er faldet betydeligt siden indførelsen af det fosterdiagnostiske tilbud til alle gravide i 2004.⁵⁴ Fra 2006 og frem til i dag fødes der fx omkring 21-34 børn om året med Downs syndrom.⁵⁵ I andre europæiske lande er dette tal noget højere per indbygger.⁵⁶ Et muligt synspunkt er, at en årsag til dette kan være en tendens til, at det fosterdiagnostiske tilbud i Danmark generelt anses som noget, ”man bør tage imod, og at et ufødt barn for mange ikke er ”helt ønsket, før samtlige tests har vist, at det med al sandsynlighed er sundt og raskt.”⁵⁷

Abortsamrådenes praksis

Ud over den almene kliniske håndtering af abort og fosterdiagnostik, er det i forbindelse med især senaborter også relevant at se på abortsamrådenes praksis, idet en senabort i udgangspunktet kræver godkendelse af et abortsamråd. Hvad angår abortsamrådenes praksis og den afvejning af de forskellige hensyn, som denne er udtryk for, har rådet især konsulteret to kilder. Dels en nyere forskningsartikel, som bl.a. baserer sig på aktindsigt i samrådsprotokoller, interviews med samrådsmedlemmer samt abortankenævnets årsberetninger⁵⁸, og dels abortankenævnets årsberetninger.

Ifølge forskningsartiklen har ankenævnet fastlagt udgangen af uge 22 som leve- dygtighedsgrænsen, sådan så det kun er, når den fostermedicinske indikation med afgørende vægt taler for det, eller den gravides liv er truet, at det er muligt at få abort efter udgangen af uge 22. Det fremgår bl.a. at ankenævnets årsberetning fra 2019⁵⁹. Samtidig peger forskningsartiklen også på, at graviditetslængden ifølge ankenævnet udgør "et særdeles vigtigt kriterie i abortsagerne"⁶⁰ baseret på et hensyn til fosteret, som i takt med graviditetens længde tildeles større og større betydning. Det fremgår bl.a. af ankenævnets årsberetning fra 2016⁶¹. Betydningen af hensynet til fosteret er størst i forbindelse med tilladelse på social indikation, hvor det ifølge forskningsartiklen i praksis er sådan, at der efter udgangen af 18. uge kun ganske undtagelsesvis kan gives tilladelse til abort på social indikation. I den forstand fungerer 18-ugers grænsen, ifølge forskningsartiklen, som en "de facto cut-off grænse, der kun i ganske særlige tilfælde kan fraviges"⁶². I fostermedicinske sager eksisterer der ifølge forskningsartiklen derimod ikke en lignende cut-off grænse, og artiklen forklarer, hvordan det i praksis er sådan, at der primært gives tilladelse til abort på fostermedicinsk indikation efter uge 22, hvis "fosteret har funktionsnedsættelser, som enten er uforenelige med liv, eller som betyder et meget lidelsesfuldt, kort og usikkert livsforløb med mange risikofyldte operationer".⁶³ I praksis er det ifølge forskningsartiklen altså sådan, lovens tale om, at der kun kan gives abort efter uge 22, når den fostermedicinske indikation med afgørende vægt taler for det, fortolkes, og artiklen gør opmærksom på, at fx diagnosen Downs syndrom derfor vil give afslag på abort efter uge 22. Selv om forskningsartiklen taler om en de facto cut-off grænse, har Det Ethiske Råd bemærket, at ankenævnet i sin årsberetning for 2021 selv har påpeget, at "på det seneste samrådsmøde i november 2021 blev det drøftet, at der ikke følges en praksis, hvorefter der efter udgangen af 18. graviditetsuge kun ganske undtagelsesvis kan gives tilladelse til abort efter sundhedslovens §94, stk. 1, nr. 6. Der skal således i alle sager foretages en konkret vurdering, hvor også gestationsalderen indgår".⁶⁴

Ifølge en nyere forskningsartikel eksisterer der i abortsamrådenes praksis en de facto cut-off grænse for abort på social indikation ved uge 18.

I sin årsberetning fra 2021 hævder abortankenævnet dog, at der ikke følges en sådan praksis, og slår fast, at der i alle sager skal foretages en konkret vurdering, hvor også gestationsalderen indgår.

Hvad angår tilladelse til abort på fostermedicinsk indikation før uge 22 gør forskningsartiklen opmærksom på, at graviditetens længde her i praksis ikke synes at spille den samme rolle som ved abort på social indikation. Samtidig beskriver forskningsartiklen også, hvordan man i praksis forstår lovens tale om, at der kun kan gives tilladelse til abort på fostermedicinsk indikation, hvis der er "fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse". Hvad angår lidelsens alvor bliver den ifølge artiklen således vurderet "under inddragelse af oplysninger om fosterets tilstand og prognose, behandlingsmuligheder, operationsrisici, det forventede antal operationer, risici for komplikationer, samt fosterets mulighed for at opnå en 'normal funktion'".⁶⁵

Hvad angår forståelsen af, hvornår der foreligger en 'fare' for, at barnet vil få en sådan alvorlig lidelse, opereres der ifølge artiklen med "en meget åben risikovurdering". Således kan man i praksis ved diagnosticering af en type misdannelse fx lægge vægt på, at der forbundet med denne misdannelse også kan "foreligge risiko for andre misdannelser eller genetiske lidelser" (s. 197). Samtidig er det ikke sådan, at man skal have diagnosticeret en lidelse. Det er tilstrækkeligt, at der er en vis sandsynlighed for, at fosteret har lidelsen, og selv om der i praksis ikke eksisterer noget krav om, at risikoen skal have en bestemt størrelse, har ankenævnet udtalt, at det er en forudsætning, "at den konkrete risiko for udvikling af en bestemt lidelse hos det pågældende foster væsentligt overstiger den almindelige risiko i befolkningen for udvikling af den pågældende lidelse" (s. 198).⁶⁶

Ankerådet har også påpeget, at der altid skal foretages en konkret og individuel risikovurdering i hver sag. Ifølge forskningsartiklen er det dog i praksis sådan, at der eksisterer en uofficiel positivliste over en række diagnoser, som automatisk giver tilladelse til abort på fostermedicinsk indikation inden uge 22. Det gælder fx for trisomierne samt "en række af de mest almindelige misdannelser af de vitale organer og legemsdele", sådan så det i praksis kun er i ganske sjældne tilfælde, at der gives afslag på fostermedicinsk indikation, selv hvis der er tale om "mindre alvorlige lidelse" (s. 197, 199) såsom mental retardering (s. 199). Hvad angår selve faregrænsen, påpeger artiklen, at den i praksis synes "at være sat lavt", idet flere samrådsmedlemmer i interview giver udtryk for, at "ned til 10% risiko vil blive vurderet som fare for alvorlig misdannelse", samtidig med at aktindsigter viser "tilfælde af tilladelse på grundlag af en risikovurdering så lave som 5%" (s. 199). Opsummerende konkluderer artiklen derfor, at man i fostermedicinske sager i praksis opererer med "et bredt frem for et kvalificeret farebegreb, hvor alene tilstedeværelsen af en risiko, også baseret på en udiagnosticeret diffus risiko, møder kravet om fare for misdannelse" (s. 199).

Hvad angår tilladelse til abort på social indikation, tager den afsæt i en samtale mellem ansøgeren og en regionalt ansat medarbejder med socialfaglig kompetence som fx en socialrådgiver. Samtalen har til formål at kortlægge ansøgerens sociale ressourcer i bred forstand, så der kan foretages en samlet helhedsvurdering af dem. Ifølge forskningsartiklen vurderes ressourcerne fra et objektivt perspektiv, og ikke fra ansøgerens eget subjektive perspektiv. Nogle af de ting, som samrådet ifølge artiklen lægger vægt på, er, om "ansøger har egen egnet bolig, om økonomien er god, og om der er fast arbejde eller en anden form for tilknytning til arbejdsmarkedet" (s. 195). Længden af ansøgerens uddannelse og "omfanget og stabiliteten af ansøgerens relationelle netværk" (s. 196) indgår også i vurderingen. I praksis er det ifølge artiklen dog sådan, at størrelsen af netværket ikke er afgørende, da "et tilstrækkeligt netværk kan udgøres af bare én person" (s. 196). Relationen til faren er også en del af vurderingen af det relationelle netværk, og her vurderes det både, om han vil kunne hjælpe med at tage sig af barnet, og om relationen til ham er velfungerende eller ej. Det sidste sker ifølge artiklen for at kunne vurdere, "hvorvidt relationen udgør et trygt miljø for barnet at vokse op i" og det er af samme grund, at der også lægges vægt på, om den gravide har andre børn, der er tvangsanbragt eller i familiepleje (s. 196). I vurderingen indgår det også, om ansøgeren har "en psykisk helbredsbelastning", ligesom "ansøgerens opvækst og sociale belastninger kortlægges", inklusiv "misbrug, vold, forsømmelse el. lign." (s. 196). Hvad angår ansøgerens alder, betragtes ansøgeren i praksis som ung, hvis denne er under 16 år.

I den enkelte sag er der som sagt tale om en helhedsvurdering baseret på en samlet beskrivelse af de angivne sociale faktorer. Fordi der er tale om en helhedsvurdering, kan fx fraværet af egen bolig dog godt føre til afslag, hvis der er andre sociale ressourcer tilstede (s, x), ligesom ansøgeren ifølge artiklen kan "stå uden egen bolig eller være uden uddannelse eller fast indkomst og have en anstrengt økonomi, og stadig få et afslag på senabort, hvis der er andre forhold, som trækker i retning af en vis ressourcestyrke" (s. 196). Fordi der er tale om en konkret helhedsvurdering, hvori der indgår mange forskellige og potentielt komplicerede faktorer, kan det ud fra den blotte beskrivelse af faktorerne være svært at danne sig et billede af den konkrete praksis. I forskningsartiklen anføres et par eksempler på henholdsvis tilladelse og afslag på abort på social indikation efter det, artiklen opfatter som en de facto cut-off grænse ved uge 18 med henblik på at illustrere praksis

Som eksempel på tilladelse til abort på social indikation efter uge 18 anføres:

"Som eksempel på en sag, hvor der blev givet tilladelse på social indikation efter 18. uge, kan fremhæves en afgørelse fra Region A, hvor ansøger var en ung

kvinde, der var gravid med tvillinger i uge 21+3 dage. Ansøger var uden arbejde og indtægt og boede i en bolig uegnet til beboelse. Ansøger havde haft en vanskelig opvækst og et nyligt forbrug af alkohol og stoffer. Derudover havde ansøger en diagnose, for hvilken hun ikke ønskede medicinsk behandling, samt tidligere psykiatriske diagnoser, for hvilke hun havde modtaget behandling, dog uden succes. Faderen til barnet var også i medicinsk behandling med et potentielt misbrug heraf. Ansøger stod i øvrige uden et ressourcestærkt netværk” (s. 196).

På samme vis angives det følgende eksempel på afslag på abort på social indikation efter uge 18:

”I et afslag fra Region B lagde samrådet afgørende vægt på graviditetslængden i et tilfælde, hvor ansøgeren var uden uddannelse, uden fast tilknytning til arbejdsmarkedet og stod med et spinkelt netværk og en dårlig økonomi. Ansøgeren havde et pågående ugentligt hashmisbrug og ugentligt indtag af alkohol. Disse forhold kunne ifølge samrådet henset til graviditetslængden imidlertid ikke føre til andet resultat” (s. 196).

Da de to cases kan siges at minde meget om hinanden, peger artiklen på, at der også er en betydelig variation i bedømmelse på tværs af regionerne. Da det ikke fremgår klart af forskningsartiklen, om gestationsalderen er den samme i begge cases, synes det dog ikke ligetil at sammenligne de to cases.

Baseret på forskningsartiklen og ankenævnets årsberetninger kan man opsummerende sige, at hensynets til fosteret (i form af graviditetslængden) indgår som en faktor i bedømmelsen af især sager på social indikation, hvor det ifølge forskningsartiklen er baggrunden for en de facto cut-off grænse på 18 uger, mens ankenævnet insisterer på, at der altid vil være tale om en konkret vurdering. Hensynet til fosteret indgår også i sager på medicinsk indikation, men først for alvor når man kommer ud over grænsen for levedygtighed, som er fastsat til uge 22. Før denne grænse er det ifølge forskningsartiklen i praksis i så godt som alle tilfælde, at der gives tilladelse til abort på fostermedicinsk indikation, da man opererer med et meget bredt risikobegreb, og selv mindre alvorlige lidelser i nogle tilfælde vurderes at være tilstrækkelig grund til at give tilladelse. Samtidig slår forskningsartiklen også fast, at hensynet til den gravides helbredsmæssige risiko i forbindelse med abort i praksis ikke indgår i samrådenes vurdering, mens flere samrådsmedlemmer i interview har fremhævet ”hensynet til det sundhedspersonale, som skal udføre senaborten, og den øgede og emotionelle byrde, det udgør for dem at udføre indgrebet senere i graviditeten, hvor fosteret i højere grad minder om et for tidligt født barn, og hvor risikoen for at fosteret udviser livstegn er større” (s. 194).

De gravides adfærd

Ud over de beskrevne faktorer kan man også sige, at befolkningens (især gravides) adfærd spiller en central rolle for håndteringen af provokeret abort i Danmark, for så vidt som en gravid selv skal anmode om abort, før en abort kan foretages. I princippet ville man således kunne forestille sig, at selv om et land havde den mest liberal abortlov, så blev der foretaget meget få aborter, fordi der var meget få kvinder, som anmodede om det, fx fordi gravide altid satte hensynet til fosteret over hensynet til dem selv, eller fordi de mente at de to var sammenfaldende. Det kunne så igen hænge sammen med det almene syn på graviditet, fostre, kvinder osv. i samfundet. Og det er netop, fordi befolkningens adfærd på denne måde også har betydning for, hvilken håndtering en bestemt regulering af abort rent faktisk fører til, at det i forbindelse med en vurdering af den eksisterende danske lovgivnings vægtning af de involverede hensyn, er relevant at se på befolkningens – og især gravides – adfærd i relation til abort. Det er i denne sammenhæng udelukket at se på alle de faktorer, som kan være af betydning, men det er værd at se på nogle af de mest basale statistiske forhold.

Hvad angår antallet af aborter, er der ifølge Sundhedsstyrelsens seneste rapport fra 2019⁶⁷ over en årrække set et fald i antallet af aborter. Hvad angår det samlede antal af aborter var det således faldet til under 15.000 i 2018 fra næsten 17.000 i 2008.

Hvis man ser på antallet af aborter pr. tusinde kvinder i den 'fødedygtige' alder fra 15-49, kan man ligeledes se et betydeligt fald fra den fri aborts indførelse i 1973 og til 2018. Siden 1975 er antallet således mere end halveret fra 24 til 12 aborter pr. tusinde kvinder.

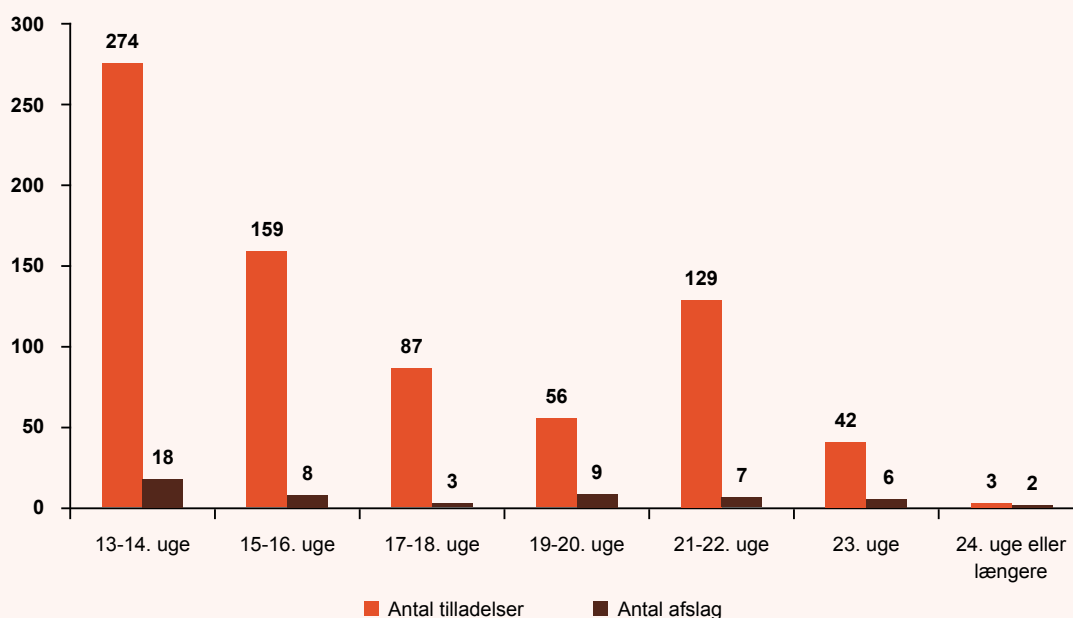
Og hvis man endelig ser på aldersfordelingen blandt de kvinder, som får foretaget abort, vil man kunne se, at antallet af aborter pr. tusinde kvinder især er faldet for kvinder under 20 år, hvor tallet i 1995 var 14-15 pr. tusinde kvinder, mens det i 2018 var 8 pr. tusinde kvinder.

Ligesom for provokeret abort generelt findes der også opgørelser over provokerede senaborter. Af den seneste årsberetning fra abortankenævnet⁶⁸ fremgår det således, at de regionale abortsamråd om året i perioden fra 2014 til 2021 tilsammen træffer afgørelse i mellem 800 og 900 sager om abort efter udløbet af 12. svangerskabsuge.

Hvad angår afgørelsernes nærmere art, var 750 af de 803 afgørelser fra 2021 var tilladelser, mens 53 af afgørelserne var afslag⁶⁹.

I ankenævnets årsrapport findes der også en opgørelse af, hvordan tilladelserne og afslagene fordeler sig i forhold til graviditetslængde⁷⁰. Her kan man se, at det største antal senaborter foretages før udløbet af uge 18 (274+159+87=493), mens der også finder en del aborter (129) sted i ugerne op til levedygtighedsgrænsen, og færre (45) efter denne.

Grafen viser tilladelser og afslag i 2021 efter graviditetslængden:



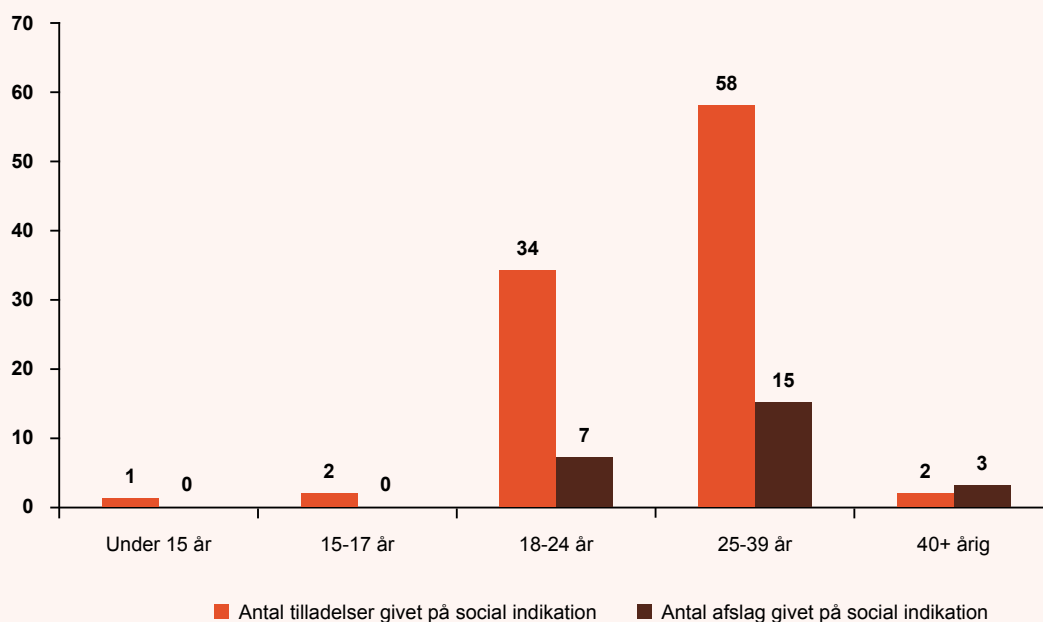
Rapporten giver også et indblik i baggrunden for senaborter, som den opdeler i henholdsvis misdannelser eller genfejl og den gravides forhold⁷¹. Størstedelen (592) af tilladelserne i 2021 er givet på baggrund af misdannelse eller genfejl, mens der er givet 158 tilladelse på baggrund af den gravides forhold. Det fremgår også af rapporten, at, at tilladelser med afsæt i den gravides forhold primært gives inden udløbet af uge 18 (jf. artiklen der analyserer samrådernes praksis), mens der gives tilladelser på baggrund af misdannelser eller genfejl igennem hele perioden.

Hvis man ser på ankenævnets årsrapport fra 2020⁷², er det også muligt at få et indtryk af, hvordan afslagene på senabort fordeler sig. Som det fremgår af rapporten⁷³, var der i 2020 i alt 39 afslag på senaborter.

Som det fremgår af nedenstående tabel fra rapporten er langt størstedelen af afslagene givet i tilfælde, hvor social indikation indgår i begrundelsen. Ud af de 39 afslag er det således 25 (7+15+3), som er givet, hvor social indikation indgår i grundlaget, og det er endda uden at Region Hovedstaden er regnet med⁷⁴. Så i praksis er det nok en meget stor andel af afslagene, som gives i tilfælde, hvor social indikation indgår i begrundelsen (tjek evt. om der findes helt præcise tal).

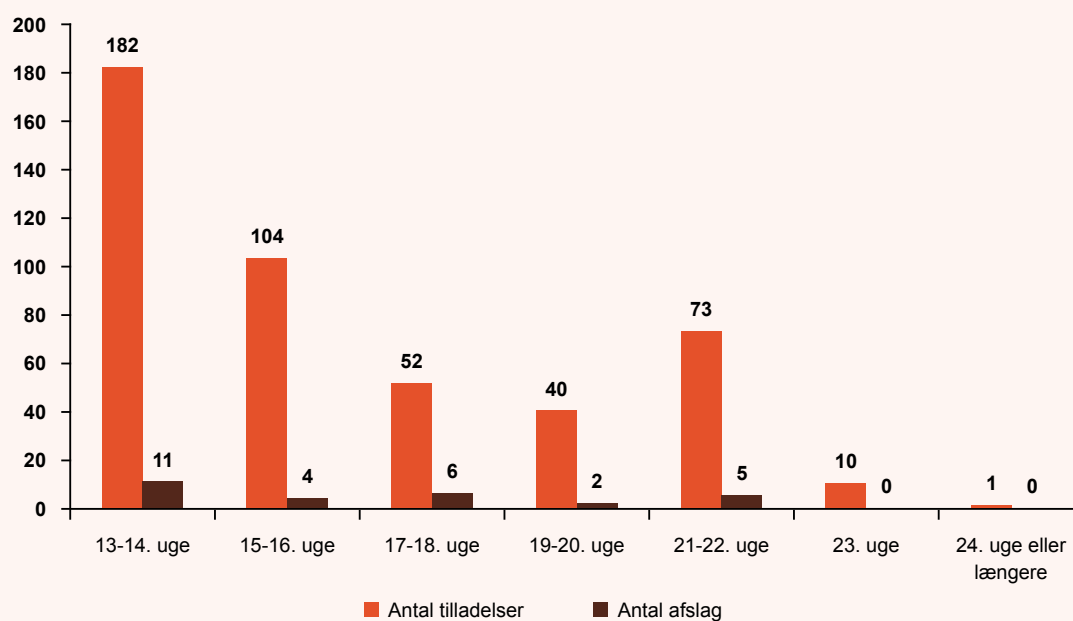
Antal tilladelser og afslag, hvor social indikation (§ 94, stk. 1, nr. 6) indgår i begrundelsen, fordelt på den gravides alder.

Denne graf er uden tal fra Regions Hovedstaden



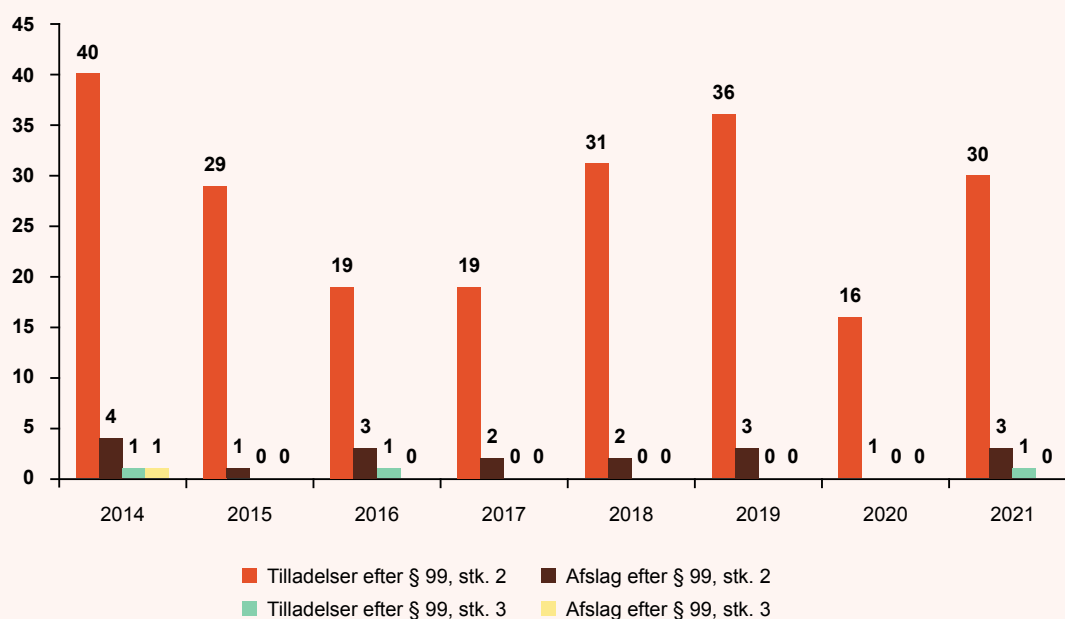
Det er også muligt at få et indtryk af, hvor i graviditeten afslagene gives. Som det fremgår af den nedenstående tabel⁷⁵, var 21 af afslagene givet inden udløbet af uge 18, og 7 efter.

Grafen viser tilladelser og afslag i 2020 efter graviditetslængden:



Endelig giver ankenævnets rapport fra 2021 også et indblik i, hvor mange gange samrådene giver mindreårige tilladelse til abort uden godkendelse fra forældremyndighedsindehaveren⁷⁶. Som det fremgår af tabellen nedenfor, blev der i 2021 således givet 30 tilladelser og tre afslag i den forbindelse.

Tilladelser og afslag efter § 99, stk. 3, 2014-2021



Opsummerende kan man altså sige, at der over tid er sket et fald i antallet af aborter per år i Danmark, ligesom der er sket et fald i antallet af aborter pr. 1000 kvinder i den relevante alder. Der er også sket et betydeligt fald i antallet af helt unge, som får foretaget abort. Antallet af senaborter har været stabilt de senere år, og størstedelen af dem sker på medicinsk indikation, mens størstedelen af afslagene skyldes sager, hvor social indikation indgår i grundlaget. Endelig gives der tilladelse til mellem ca. 20 og 30 aborter uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren om året. Man kan selvfølgelig diskutere, hvor repræsentative alle tallene er i forhold til den reelle efterspørgsel efter fx senabort eller abort uden forældremyndighedsindehaverens samtykke, da det kan tænkes, at nogle ikke ansøger om tilladelse, fordi de ved eller tror, at det vil få afslag. Men de udgør nok det bedst tilgængelige grundlag for at få en fornemmelse af, hvor hyppigt gravide i dag gør brug af bestemte former abort.

Opsummering: den eksisterende håndtering af abort i Danmark

Hvis man vil opsummere denne dels beskrivelse af den afvejning af hensyn, som kommer til udtryk i den eksisterende håndtering af abort i Danmark, kan man forsøgsvis gøre det på følgende måde:

Menneskerettighederne

Både liberale og restriktive abortlovgivninger er forenelige med menneskerettighederne. Menneskerettighederne giver dog ikke fosteret en særlig beskyttelse, og når kvindens liv er truet, kræver de, at hun har adgang til abort. Derudover kræver de også, at der uanset lovgivning af hensyn til kvinden skal være en klar, forudsigelig og gennemsigtig praksis, ligesom sagerne skal behandles under en tilgængelig og effektiv procedure. Endelige kræver de også, at barnets perspektiv tillægges særlig vægt i sager, der involverer mindreårige.

Sundhedslovens afsnit VII: Svangerskabsafbrydelse

Med sin sondring mellem abort før og efter uge 12, kan Sundhedslovens afsnit VII om svangerskabsafbrydelse siges at bygge på en gradualistisk forståelse af fosterets status. Før uge 12 vejer hensynet til kvinden klart tungest, mens hensynet til fosteret begynder at få større vægt efter uge 12. Dette afspejles også i, at det, når man ser bort fra situationer, hvor kvindens liv er i fare, kun er, hvis fosteret er alvorligt sygt, at det er muligt at få abort ud over uge 22, hvor fosteret betragtes som levedygtigt.

Balanceringen af hensynet til henholdsvis kvinden og fosteret afspejles også i lovens krav til ansøgningsprocessen. Således kan kravet om information – inklusiv om muligheden for at få støtte, hvis man vælger af få barnet – både ses som et udtryk for et hensyn til, at den gravide med afsæt i sine egne interesser og værdier træffer så oplyst en beslutning, som muligt, men også som en (svag) beskyttelse af fosterets (angivelige) interesse i at fortsætte med at leve og blive født.

Endelig kan kravet om, at mindreårige i udgangspunkt skal få godkendelse til abort af forældremyndighedens indehaver, ses som et udtryk for et hensyn til den mindreårige, der betragtes som et udsat og sårbart individ, der ikke er i stand til at træffe beslutningen selv.

Abort i klinisk praksis

Hvad angår Sundhedsstyrelsens vejledning, kan den ses som et forsøg på at specificere, hvad lovens overordnede afvejn timer betyder i praksis, og den faktiske praksis kan ses som et forsøg på at virkeliggøre disse specifikationer. Som sådan er der ikke tale om nye afvejn timer, men bud på, hvad afvejn timerne konkret betyder. Hvad angår beskrivelserne af måden at informere den abortsøgende på, er det således forsøg på at konkretisere, hvordan man informerer om abort på en neutral og saglig måde. Hvad angår beslutningen om, at man i Danmark kun tilbyder medicinsk abort i forbindelse med senaborter, kan man dog godt sige, at den beslutning baserer sig på et hensyn til kvindens sårbarhed i forhold til medicinske risici, som ikke er beskrevet i selve loven.

Fosterdiagnostik i klinisk praksis

Det fosterdiagnostiske program, som beskrives i Sundhedsstyrelsens retningslinjer har lige som ved abort primært til formål at gøre den gravide i stand til at træffe beslutninger af betydning for hendes sundhedstilstand. Samtidig kan indhentningen af viden om fosterets tilstand dog som beskrevet også tænkes at være i fosterets interesse, selv om det kan diskuteres, i hvilke situationer, det rent faktisk er det. På samme måde kan måden, retningslinjerne lægger op til, at der informeres om såvel muligheden for fosterdiagnostik som om resultaterne, ses som et udtryk for et hensyn til kvindens ret til selv at bestemme over sin krop. Det kan dog også diskuteres, om formidlingen af information altid sker på så neutral vis, som retningslinjerne lægger op til.

Abortsamrådenes praksis

Hvad angår abortsamrådenes praksis, opererer de ifølge den refererede forskningsartikel med en de facto cut-off grænse for abort på social indikation ved uge 18, mens Abortankenævnet har understreget, at der altid bør foretages en konkret vurdering. Ifølge forskningsartiklen gives der tilladelse ved næsten alle ansøgninger om abort på medicinsk indikation inden uge 22, uanset hvor usikker og mild en eventuel sygdom er.

De gravides adfærd

Hvad angår de gravides adfærd er der over tid er sket et fald i antallet af aborter per år i Danmark, ligesom der er sket et fald i antallet af aborter pr. 1000 kvinder i

den relevante alder. Der er også sket et betydeligt fald i antallet af helt unge, som får foretaget abort. Antallet af senaborter har været stabilt de senere år, og størstedelen af dem, sker på medicinsk indikation, mens størstedelen af afslagene skyldes sager, hvor social indikation indgår i grundlaget. Endelig gives der tilladelse til mellem ca. 20 og 30 aborter uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren om året. Det kan i sagens natur være svært, at konkludere noget om befolkningens afvejning af de involverede hensyn ud fra sådanne statistikker, men selve det at antallet af aborter pr. 1000 kvinder og især blandt unge er faldet betydeligt over tid, kan pege på, at de gravide i hvert fald ikke behandler det at få foretaget en abort som noget, man bare lige gør, sådan så det er lige meget, om man bestræber sig på at undgå at få behov for det eller ej.

Alternative afvejninger af de centrale hensyn

De forudgående dele af denne udtalelse har beskrevet, hvad provokeret abort er; hvilke etiske hensyn, overvejelser om provokeret abort bringer i spil; og hvilken afvejning af de involverede hensyn, den eksisterende håndtering af provokeret abort kan ses som udtryk for. Formålet med denne sidste del er dels at beskrive forskellige holdninger, man kan have til den afvejning, som den eksisterende håndtering er udtryk for, og dels at beskrive, hvordan andre afvejninger kunne komme til udtryk i praksis. Det vil kun være afvejningen i forhold til følgende tre problemstillinger, som er i fokus: Hvor bør grænsen for den fri abort gå? Hvad bør samrådenes rolle være? Og hvordan bør 15-17-åriges ønske om abort håndteres?

Hvor bør grænsen for den fri abort gå?

Hvad angår grænsen for den fri abort, er der i udgangspunkt tre mulige holdninger til den eksisterende håndtering: at den bibeholdes, at adgangen bør begrænses, og at adgangen bør udvides. Da de mest centrale af hovedargumenterne for den nuværende grænse er blevet udfoldet i det forudgående, vil fokus her være på argumenterne for at indskrænke eller udvide adgangen til fri abort.

Et argument for at begrænse adgangen til fri abort ved at flytte grænsen fra 12 uger til tidligere i graviditeten eller helt at fjerne muligheden for fri abort kan være, at man betragter fosteret som noget, der får sin værdighed ved undfangelsen. Fra et sådant perspektiv vil alle fostre nemlig have samme status og krav på beskyttelse, uanset om de er 7, 10 eller 12 uger gamle.

Et andet argument for at flytte grænsen fra 12 uger til tidligere i graviditeten kan henvise til, at der er grund til at tro, at vi i den nærmeste fremtid vil se en hastig udvikling af de fosterdiagnostiske metoder, så det bliver muligt at vide mere og mere om fosteret på et tidligere og tidligere tidspunkt. Allerede i dag er det fx muligt at få kendskab til barnets køn før uge 12, sådan så man i princippet vil kunne benytte abort som en form for kønsselektion, hvis man kunne få udleveret testresultaterne før uge 12. Men i fremtiden er det ikke utænkeligt, at man vil kunne få andre former for viden, som så kunne danne grundlag for beslutninger om fri abort på en måde,

som ikke tidligere har været muligt. Og hvis man er bekymret for, hvad en sådan udvikling vil betyde for fx synet på børn og graviditet, kan det give grund til at overveje at begrænse adgangen til fri abort, selv om man selvfølgelig vil skulle overveje, hvor sandsynligt det er, at testresultater vil blive brugt på den måde, ligesom det også er værd at overveje, om det vil føre til en øgning af antallet af illegale aborter. Hvad angår sandsynligheden for, at abort vil blive brugt som selektionsmiddel, er det af overlæge Øjvind Lidegaard blevet påpeget, at der i fx Sveriges kønsratio ikke er noget, som tyder på, at abort bliver brugt på den måde, selv om abortgrænsen der går ved uge 18⁷⁷.

Et argument for, omvendt, at udvide grænsen for fri abort kan være, at fosterets status ikke ændrer sig i væsentlig grad ved uge 12, sådan så det virker vilkårligt at lade hensynet til fosteret begrænse det vægtige hensyn til kvindens selvbestemmelse netop da. Et sådant argument kan både understøttes af en gradualistisk ide om, at fosteret på et senere tidspunkt i graviditeten får en status, som bør give anledning til at begrænse hensynet til den gravides selvbestemmelse, og af en ide om, at det først er, når det er blevet født og udvikler en passende forståelse af sig selv og verden, at det kan begrænse hensynet til kvinden. Hvis det er den første ide, som ligger til grund, vil den præcise grænse så afhænge af, hvornår man helt præcist mener, at fosteret udvikler træk, der giver det en sådan status.

Et andet argument for at udvide grænsen for den fri abort kan være, at det giver den gravide bedre tid til at forholde sig til den fosterdiagnostiske viden, som skabes i forbindelse med 1. trimesterscanningen. Scanningen foretages mellem uge 11 og 13, så hvis den gravide ønsker at benytte sig af muligheden for fri abort på baggrund af resultaterne, er der et meget begrænset tidsvindue at gøre det i.

Et tredje argument for at udvide grænsen for den fri abort kan i den forbindelse være, at langt de fleste, som søger om abort efter uge 12, alligevel får tilladelse. Det ses altså ikke blot som spild af penge at behandle ansøgninger, som alligevel næsten altid bliver godkendt, men også som ydmygende og nedværdigende for den gravide at skulle bede om tilladelse til at afbryde en graviditet, som ikke er ønsket. Dette argument rejser dog et spørgsmål om, hvorvidt der er nogle, som ikke søger, fordi de tror eller ved, at de vil få afslag, sådan så samrådenes 'funktion' faktisk er mere omfattende, end det umiddelbart kan se ud til. Samtidig kan det også indvendes, at samrådene ikke blot har en godkendende, men også en vejledende og støttende funktion, selv om det også kan tages som et argument for så helt at sløjfe den godkendende funktion og blot fokusere på den vejledende og støttende. Det er dog også blevet anført, at nogle gravide oplever det som en lettelse og aflastning, at de kan dele ansvaret med et stats sanktioneret samråd, så de ikke står alene med beslutningen om, hvorvidt fosteret skal leve eller dø⁷⁸.

Et argument imod at flytte grænsen for den fri abort til senere i graviditeten kan lyde, at det risikerer at føre til, at der vil komme flere senaborter, fordi gravide så ikke længere vil føle sig tilskyndet til at få foretaget en abort så hurtigt så muligt inden 12-ugers grænsen overskrides, og de ikke længere selv kan bestemme. Hvis man har et gradualistisk syn på fosterets status og mener, at det er værre at abortere et 18 uger gammelt foster end et 12 uger gammelt foster, kan en sådan mulighed give anledning til bekymring. Spørgsmålet er dog, om der er grund til at frygte en sådan udvikling. Et argument imod, at en sådan udvikling skulle være sandsynlig, kan lyde, at langt de fleste gravide, som overvejer eller ønsker abort, gerne vil have den foretaget så hurtigt som muligt efter, at de er kommet frem til en beslutning.

Et andet muligt argument er, at det for mange er væsentligt mere ubehageligt og forbundet med en større risiko for traumer at få foretaget en senabort, da det minder mere om en egentlig fødsel. Og for så vidt kvinder er bevidste om dette, taler det imod, at de skulle have en interesse i at få aborter foretaget senere end i dag, hvis grænsen for den fri abort rykkes til senere i graviditeten.

Et tredje argument imod en sådan udvikling trækker på internationale erfaringer fra lande, hvor man allerede har flyttet grænsen for den fri abort til senere i graviditeten. Så vidt Det Ethiske Råd er bekendt, findes der ikke høj kvalitets studier, som har forsøgt at isolere abortgrænsens betydning for antallet af aborter og senaborter på tværs af lande, og på grund af de mange forskellige og kulturelt variable faktorer, som spiller ind på antallet af aborter og senaborter, vil det næppe være ligetil at gennemføre. Selv om det kan være svært at drage meget klare og kategoriske konklusioner, kan det dog stadigvæk være værd at se på erfaringerne fra andre lande, som det så må være op til den enkelte at vurdere relevansen af for en eventuel ændring af den danske abortgrænse. Ét sådant land er Sverige, hvor man siden den fri aborts indførelse i 1974 har haft en grænse på 18 uger⁷⁹. Af den seneste rapport fra den svenske Socialstyrelse fremgår det, at der i 2022 blev indrapporteret 35.450 aborter blandt 15-44-årige⁸⁰, samtidig med at det anføres, at det historisk svinger mellem 30.000 og 38.000. Hvis man ser på antallet af aborter pr. tusinde kvinder i den fødedygtige alder, var det i Sverige i 2022 18, mens det i 2018 som beskrevet var 12 i Danmark. Ligesom i Danmark har man i Sverige også set et markant fald i antallet af aborter blandt de helt unge.

Hvad der er mest relevant i denne sammenhæng, er dog antallet af senaborter i Sverige. Som det fremgår af figur 2 nedenfor, bliver ca. 60% af aborterne i Sverige foretaget inden uge 7, mens næsten 94% af aborterne sker inden uge 12. Samtidig har antallet af aborter efter uge 12 ligget på tilnærmelsesvist det samme niveau

de seneste 20 år. Hvis man til sammenligning siger, at der i Danmark udføres ca. 15.000 aborter om året og gives tilladelse til ca. 750 senaborter, bliver det 5% af aborterne i Danmark, som er senaborter. Det er dog værd at bemærke, at det ikke nødvendigvis er så lige til at sammenligne tallene fra Sverige og Danmark. Fx opgør Sverige tallene for antal aborter pr. 1000 kvinder i den fødedygtige alder for 15-44-årige, mens tallene i Danmark opgøres for 15-49-årige, hvilket alt andet lige er med til at gøre det svenske tal højt sammenlignet med det danske, da der ikke er så mange kvinder mellem 45 og 49 år, som får foretaget en abort. Samtidig kan der i princippet også være en række faktorer ud over selve abortgrænsen, som spiller ind, sådan så antallet af senaborter i Sverige fx ville have været endnu lavere, hvis de ikke havde en abortgrænse på 18 uger. Men i fraværet af teorier, som forklarer eller sandsynliggør noget sådant, er den mest nærliggende konklusion nok umiddelbart, at den svenske grænse for den fri abort på 18 uger ikke synes at føre til et øget antal senaborter.

Et andet land, som det kan være værd at sammenligne med, er Island, som i 2019 udvidede den fri abort til uge 22, samtidig med at den nye lov understreger, at det er vigtigt at afslutte en graviditet så tidligt som muligt, og helst før udløbet af uge 12⁸¹. I en statistisk rapport udarbejdet af det nationale finske statistikbureau, OSF, i forbindelse med, at Finland selv har ændret sin abortlovgivningen i mere liberal retning, så der nu er fri abort til uge 12, konkluderes det, at "a more liberal legislation did not cause an increase in the number of abortions in Iceland"⁸². Hvad angår antallet af senaborter (efter uge 12), var det i Island i 2020 5%, hvilket altså svarer til niveauet i Danmark.⁸³

I Norge, hvor grænsen for den fri abort er 12 uger ligesom i Danmark, blev der i 2022 udført 9,8 aborter per 1000 kvinder mellem 15 og 49 år.⁸⁴ 84,1% af aborterne blev udført før uge 9, mens 4,9 procent af aborterne blev udført efter uge 12 med tilladelse fra et såkaldt abortnævn. Der pågår i øvrigt et større udredningsarbejde i Norge med henblik på bl.a. at vurdere, om der er grund til at ændre grænsen for den fri abort og abortnævnens funktion.⁸⁵

Et andet land, som det er oplagt at sammenligne med, er Storbritannien, hvor grænsen for abort er 24 uger⁸⁶. I 2021 blev her foretaget 18,6 aborter per 1000 kvinder i den fødedygtige alder. 89% af de udførte aborter fandt sted før uge 10, 93,5% før udløbet af uge 12, næsten 99% inden uge 20, 1% i uge 20 til 23 og 0,1% i uge 24 eller efter.⁸⁷

Hvad bør samrådenes rolle være?

Det forrige afsnit har allerede taget hul på én vinkel på samrådenes funktion, idet ét spørgsmål er, om de bør være godkendende eller blot rådgivende. Svaret på det spørgsmål afhænger bl.a. af, hvordan man vægter de grundlæggende hensyn. Hvis man vægter kvindens selvbestemmelse højt, er det oplagt at tænke, at samrådene primært bør vejlede den gravide, så hun selv kan træffe den endelige beslutning om, hvorvidt abort er en god ide eller ej. Hvis man omvendt også lægger betydelig vægt på hensynet til fosteret eller samfundets menneskesyn mere generelt, og ikke føler sig betrygget i, at kvinden vil give sådanne hensyn tilpas vægt i sine overvejelser, kan det være én begrundelse for at tildele samrådene en godkendende funktion. I princippet vil man også kunne argumentere for, at de bør have en godkendende funktion, fordi den gravide ikke er i stand til at varetage sin egen interesse. Men det er umiddelbart svært at se, hvorfor graviditetslængden skulle gøre en afgørende forskel i forhold til den evne, og der er i forvejen lovgivning, som regulerer, hvad der bør ske, når kvinden ikke er habil.

Et andet spørgsmål vedrører samrådenes sammensætning og grundlaget for deres virke. Hvad angår deres sammensætning, kan et argument være, at den nuværende sammensætning har en slagside mod det medicinske snarere end det sociale, idet der skal være to med en lægefaglig baggrund, men kun en med en socialfaglig baggrund. Det afhænger dog så igen af, hvad grundlaget for samrådenes virke bør være. I den nuværende lovgivning og praksis har fostermedicinsk indikation på mange måder en slags forrang, og Abortankenævnet operer med en opdeling mellem, på den ene side, tilladelser baseret på misdannelser og genfejl, og tilladelser baseret på den gravides forhold. At det angiveligt er lettere at få tilladelse, når der er tale om misdannelser og genfejl kan ses som en vægtning af et hensyn til fosteret eller samfundet (eugenik). Det samme kan det forhold, at det er sværere at få tilladelse ved sociale forhold, idet det kan bero på en bedømmelse af, at barnet selv ved meget problematiske sociale forhold i princippet kan få et godt liv i en anden familie. Spørgsmålet er så, om det er fair, at hensynet til fosteret på den måde prioriteres på bekostning af hensynet til den gravides selvbestemmelse. Hvis man ikke mener, at en sådan afvejning er forsvarlig, kan det tale for at udjævne forskellen på medicinsk og social indikation, sådan så det enten bliver lettere at få abort på social indikation eller sværere at få abort på medicinsk indikation. I princippet behøver en sådan ændring ikke engang at bero på en opprioritering af hensynet til den gravide, idet den også kan bero på en ændret forståelse af, hvad der er i barnets interesse, sådan så man tillægger barnets interesse i at undgå udfordrende sociale forhold en større vægt, end det er tilfældet i dag.

I tæt tilknytning til spørgsmålet om samrådenes grundlag, kan det også diskuteres, om deres praksis er klar, forudsigelig og gennemsigtig nok. Som det fremgik af afsnittet om menneskerettighederne, er menneskerettighederne forenelige med både en liberal og restriktiv abortlovgivning, men når der foreligger en abortlovgivning, kræver de, at den afledte praksis er klar, forudsigelig og gennemsigtig. Og et kritikpunkt af abortrådenes praksis har netop været, at den ikke er forudsigelig og gennemsigtig (eller har hjemmel i lovgivningen) (henvisninger). Umiddelbart giver den manglende hjemmel anledning til at ændre praksis, så den stemmer med lovgivningen, men det mere fundamentale og langsigtede etiske spørgsmål er, om det er det, man bør gøre, eller man snarere bør ændre lovgivningen, så den passer til praksis. Og her afhænger svaret af, hvordan man vægter de underliggende hensyn. På samme vis er der også et spørgsmål om, i hvilken grad en positivliste vil kunne afhjælpe problemet med forudsigelighed. På den ene side er det klart, at den vil kunne give gravide en ide om, hvilken vægt de kan forvente, at bestemte faktorer vil blive tillagt i en godkendelsesproces. Omvendt kan en positivliste også risikere at have en stigmatiserende virkning overfor de personer, hvis træk eller sygdomme fremgår af listen, ligesom den kan give et falsk indtryk af, at det at opfylde nogle af betingelserne automatisk giver tilladelse til abort, selv om der altid vil være tale om en samlet, konkret vurdering.⁸⁸ Endelig blev der i rådets udtalelse fra 2007 også argumenteret for, at det rent klinisk kan være en meget vanskelig opgave at udforme og revidere en positivliste. I 2007 foreslog rådet i stedet, at Abortankenævnet udformede en række retningsvisende eksempler, som kunne fungere som en vejledning til, hvad man kan forvente, selv om det også understregede vigtigheden af, at en sådan vejledning ikke bør udvikle sig til en intern regel, der ophæver eller begrænser det individuelle skøn.⁸⁹

Hvordan bør 15-17-åriges ønske om abort håndteres?

Hvad angår håndteringen af 15- til 17-åriges ønske om abort, kan et argument for at fastholde den nuværende ordning med godkendelse fra forældremyndighedens indehaver være, at 15- til 17-årige ikke er modne nok til at tage stilling til et så stort og kompliceret spørgsmål som abort. De har tværtimod brug for, at nogle andre hjælper og støtter dem ved at tage den endelige beslutning på deres vegne, selv om det selvfølgelig helst skal ske i dialog med den unge.

Omvendt kan et argument for at lade 15- til 17-årige selv bestemme være, at de rent faktisk er modne og selvstændige nok til at forholde sig til et spørgsmål som abort. Især hvis de også har let adgang til uvildig støtte og vejledning. Samtidig kan et argument også lyde, at der er noget selvmodsigt ved at 15- til 17-årige ikke selv kan bestemme, om de vil have abort, når den seksuelle lavalder er 15 år

og 15-årige selv kan henvende sig til deres læge med henblik på at få udleveret præventionsmidler uden at forældremyndighedens indehaver er klar over det eller skal godkende det. Her er tanken altså, at hvis man er moden nok til ikke blot at beslutte, om man vil have sex eller ej, men også til at beslutte, om man vil beskytte sig mod konsekvenserne af sex eller ej ved at gøre brug af prævention, så er man også moden nok til at beslutte, om man vil have en abort eller ej, hvis man skulle blive gravid. Man kan også pege på, at det ifølge Sundhedslovens § 17 i almindelighed er sådan, at en patient, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling, samtidig med at forældremyndighedens indehaver skal have information og inddrages i den mindreåriges beslutning. Det er altså et velkendt princip og en problemstilling, sundhedspersonalet er vant til at håndtere.

1. Se Eventuel ændring af abortgrænsen (2007). <https://nationaltcenterforetik.dk/etiske-temaer/abort-og-fosterdiagnostik/2007/evt-aendring-af-abortgraensen-2007>. I 2014 udgav rådets daværende formand, Jakob Birkler, også Bogen om provokeret abort: Perspektiver og udfordringer.
2. Se rådets Etik og sprogbrug – fra vugge til grav (2012) for mere om sproget betydning for etiske diskussioner: <https://nationaltcenterforetik.dk/etiske-temaer/indretning-af-sundhedsvaesenet/2012/etik-og-sprogbrug-fra-vugge-til-grav>
3. S. 17, Det Etiske Råd: Brugen af Kaliumindsprøjtning ved sene aborter i det danske sundhedsvæsen. <https://nationaltcenterforetik.dk/Media/637872629898054479/2013-05-21-Brugen-af-kaliumindsproejtning-ved-sene-aborter-i-det-danske-sundhedsvaesen.pdf>
4. <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/548e08cee4b06f8a5b-8130d71418594510349/14-11-29+Ab+med+guide+14.pdf>
https://www.plannedparenthood.org/uploads/filer_public/42/8a/428ab2ad-3798-4e3d-8a9f-213203f0af65/191011-the-facts-on-mifepristone-d01.pdf
5. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kvindesygdomme/sygdomme/abort/medicinsk-abort/>
6. S. 4 <https://nationaltcenterforetik.dk/Media/637872629898054479/2013-05-21-Brugen-af-kaliumindsproejtning-ved-sene-aborter-i-det-danske-sundhedsvaesen.pdf>
7. Ibid.
8. Ibid. Se også <https://smer.se/wp-content/uploads/2019/02/Smer-2019.1-Livstecken-efter-sen-abort-1.pdf>
9. <https://politiken.dk/indland/art9344170/Jordemoder-forklarer-proceduren-ved-en-sen-abort>
10. Se Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetris guidelines for 2. trimester abort: <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/63b577cc282e257405196148/1672837069855/2.trimester+abort.pdf>
11. Se Schoenwolf et al. (2012): Larsens Human Embryologi. FADLs Forlag
12. <https://www.rcog.org.uk/media/xujjh2hj/rcogfetalawarenesswpr0610.pdf>
13. Se fx Derbyshire & Bockmann (2020): 'Reconsidering Fetal Pain', i Journal of Medical Ethics: <https://jme.bmj.com/content/46/1/3>
14. <https://www.rcog.org.uk/media/gdtncdk/rcog-fetal-awareness-evidence-review-dec-2022.pdf>
15. De forskellige forståelser og begrundelser er beskrevet endnu mere udførligt i rådets udtalelse Eventuel ændring af abortgrænsen fra 2007. <https://nationaltcenterforetik.dk/etiske-temaer/abort-og-fosterdiagnostik/2007/evt-aendring-af-abortgraensen-2007>
16. Ibid. s. 8f.
17. S. x
18. <https://menneskeret.dk/udgivelser/abort-menneskeretligt-perspektiv>
19. s. 13.
20. S. 11.
21. S. 23
22. S. 12
23. <https://www.retsinformation.dk/eli/Ita/2019/903>. Se også Janne Rothmar Herrmann (2008): Retsbeskyttelsen af foster og befrugtede æg – Om håndteringen af retlige hybrider.
24. S. 23 og 28. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Abort/1-Abort_Hvis_du_er_i_tvivl.ashx?sc_lang=da&hash=7D8332EBAA0A98525C3D6DC3686B386C
26. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Abort/2-Abort_Saadan_kommer_du_igennem.ashx
27. Sundhedsloven (retsinformation.dk)
28. For at en undersøgelse kan karakteriseres som diagnostisk, må undersøgelsesresultatet (diagnosen) være så sikker, at det kan danne grundlag for en beslutning om intervention (fx i form af behandling eller abort). Diagnostiske undersøgelser af fosterrepræsentativt væv fra en fostervandsprøve eller moderkagebiopsi er, hvis de udføres i et kvalitetssikret regi, af meget høj diagnostisk sikkerhed.
29. Ultralydskanning i graviditeten - Patienthåndbogen på sundhed.dk
30. Trisomi betegner det tilfælde, hvor der i hver celle findes en ekstra kopi af et bestemt kromosom.
31. Retningslinjer for fosterdiagnostik - prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik - Sundhedsstyrelsen
32. Retningslinjer for fosterdiagnostik - prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik - Sundhedsstyrelsen
33. <https://www.rigshospitalet.dk/undersogelse-og-behandling/find-undersogelse-og-behandling/Sider/Moderkageproeve-og-fostervandsproeve-30064.aspx>
34. <https://danskelove.dk/autorisationsloven>
35. Mette Hartlev, Ulla Hybel og Peter Bak Mortensen, Sundhed og jura – Sundhedsretslige perspektiver på sundhedsvæsen, sundhedspersoner og patientrettigheder, Jurist- og Økonomiforbundets Forlag, 2013.
36. Retningslinjer for fosterdiagnostik - prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik - Sundhedsstyrelsen
37. Fosterdiagnostik - Sundhedsstyrelsen
38. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/gravid---undersogelser-af-fostret>
39. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/1994/60310>
40. EVITA TEST – THE RISK-FREE CHROMOSOME ANALYSIS
41. https://static1.squarespace.com/static/5d8120d60fe9717b4299a867/t/5dd453071ea0477021df-7be6/1574195985916/Koensbestemmelse_af_fostre_ved_ultralydsscanning_Final_version_23-1-2015+_+15-9-2015.pdf
42. <https://babyscreen.dk/produkt/gender-reveal-hjemmeproeve/>
43. Uttalelse, Fosterdiagnostikk i utlandet og personvern (bioteknologiradet.no)
44. Formænd for etiske råd: Hvem vil vi gerne dele dna-data med? - politiken.dk
45. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Fosterdiagnostik/Retningslinjer-for-fosterdiagnostik.ashx>
46. <https://evitatest.com/da/faa-svar/>
47. <https://www.graviditetsscanning.dk/NiftyTest>
48. <https://www.sundhed.dk/>
49. <https://www.varusfod.dk/>
50. <https://down.dk/>
51. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsstyrelsens-informationspjece-til-gravide-medfører-utryghed>

52. <https://uniavisen.dk/videnskabet-er-information-svaret-paa-etiske-spoergsmaal/>
53. Fremtidens fosterdiagnostik | Nationalt Center for Etik
54. <https://www.fagperson.auh.dk/afdelinger/klinisk-genetisk-afdeling/dccr/>
55. <https://down.dk/om-downs-syndrom/>
56. <https://www.dr.dk/nyheder/indland/flere-downs-boern-i-andre-lande>
57. <https://www.information.dk/debat/2017/12/danmark-sorterer-fostre-stoerste-selvfoelgelighed>
58. henvisning
59. S. 26 <https://stpk.dk/media/q5ofmpue/abortanken%C3%A6vnet-2019.pdf>
60. S. 194
61. S. 35 https://stpk.dk/media/lvplozbr/abortankenvnets_rsberetning_2016.pdf
62. S. 195
63. S. 195
64. S. 26 <https://stpk.dk/media/dgnbpoiu/abortanken%C3%A6vnets-%C3%A5rsberetning-2021.pdf>
65. S. 197
66. S. 45 https://stpk.dk/media/lvplozbr/abortankenvnets_rsberetning_2016.pdf
67. https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/nyheder/2019/aborter18_05042019
68. s.7:<https://stpk.dk/media/dgnbpoiu/abortanken%C3%A6vnets-%C3%A5rsberetning-2021.pdf>
69. Ibid. s. 8
70. Ibid. s. 9
71. Ibid. s. 11
72. <https://stpk.dk/media/ucylw4qk/abortanken%C3%A6vnet-%C3%A5rsberetning-2020.pdf>
73. Ibid. s. 8
74. Ibid. s. 13.
75. Ibid. s. 11.
76. s. 14: <https://stpk.dk/media/dgnbpoiu/abortanken%C3%A6vnets-%C3%A5rsberetning-2021.pdf>
77. <https://ugeskriftet.dk/bfl/tidsgraensen-legal-provokeret-abort-bor-revideres>
78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35819201/>
79. <https://lagen.nu/sou/2005:90#S4>
80. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/aborter/>
81. Termination of Pregnancy Act No 43 2019.pdf (government.is)
82. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics-and-data/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortions-in-the-nordic-countries>
83. <https://abort-report.eu/statistics/iceland/>
84. <https://www.fhi.no/op/abortregisteret/abort---fakta-med-statistikk/#fleirtalet-av-svangerskapsav-brot-skjer-i-lpet-av-dei-fyrste-8-vekene>

85. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/abortutvalget/id2920246/>
86. <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2021/abortion-statistics-england-and-wales-2021> . Som noget særligt er aborten i teorien ikke fri i Storbritannien, idet aborten skal godkendes af to læger, som vurderer, at den lever op til mindst en af de syv grunde, som kan give tilladelse til abort. Grundene minder meget om dem, der findes i den danske abortlovgivning, men i Storbritannien har der udviklet sig en praksis, så det næsten er umuligt ikke at opfylde én af grundene. Således udføres 98% af aborterne under 'Ground C' som siger, at man kan få tilladelse til abort, hvis "the pregnancy has NOT exceeded its 24th week and that the continuance of the pregnancy would involve risk, greater than if the pregnancy were terminated, of injury to the physical or mental health of the pregnant woman". 99,9% af tilladelserne med henvisning til Ground C var i 2021 baseret på risiko for kvindens 'mental health'.
87. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1145747/Abortion-statistics-2021-data-tables-revision-March2023.ods
88. Rapporten fra 2007, s. x
- 89.



**NATIONALT
CENTER FOR ETIK**

Ørestads Boulevard 5
2300 København S
dketik@dketik.dk
nationaltcenterforetik.dk



**DET
ETISKE
RÅD**