

Villeveret af Charlotte Wilken-Jensen, ledende overlæge og
speciallæge i gynækologi og obstetrik, Amtssygehuset
Roskilde

Oplæg til Folketingets sundhedsudvalg den 17. januar 2007

Tak fordi jeg som repræsentant for Sex og Samfund måtte komme med et oplæg, som er forsøgt koncentreret om konkrete forhold vedrørende provokeret abort i Danmark og omkring de tekniske muligheder ved ultralydsskanning sat i relation til den nuværende grænse for adgang til fri abort.

Vi har i Danmark i øjeblikket aborter af 2 slags.

Den ene type foretages på kvinder eller hos par, der af mange forskellige grunde, fravælger at skulle være forældre på et givet tidspunkt.

Den anden type foretages på kvinder eller hos par, der som udgangspunkt ønsker sig et barn, men hvor dette ønske ændrer sig, enten fordi det konstateres, at der er noget galt med barnet, eller fordi kvinden eller parrets livssituation ændrer sig så markant, at forældreskab ikke længere føles som en mulighed.

Det er nødvendigt, og samtidigt meget klogt og fornuftigt, at opretholde dem som to forskellige.

Som formanden for etisk råd Ole Hartling tidligere så rigtigt har sagt, så har vi den legale abort før 12 uger, for at kvinden/parret kan fravælge et barn, vi har den ikke for at kvinden/parret kan vælge hvilket barn, de vil have

Den førstnævnte type aborter udføres der ca. 15.000 af om året – det er meget mindre end vi havde, da den legale abort blev indført i 1973. I internationalt og nordisk perspektiv går det godt med den legale abort i Danmark, idet antallet er forholdsvist lavt og ikke stiger til trods for det pres den legale abort er sat under internationalt set bl.a. fra den katolske kirke. Retten til fri abort misbruges ikke og bliver således ikke brugt som præventionsmetode.

Den anden type udføres der ca. 500 af om året, og disse afbrydelser af svangerskabet er helt anderledes ”eftertænksomme” aborter, som ofte er forbundet med stor sorg.

Kort om metoder til provokeret abort.

Frem til 9 ugers graviditet kan indgrebet udføres som medicinsk abort. Kvinden får to slags medicin, først et antigraviditetshormon, som stopper fosterets udvikling og to dage senere et stof, der får livmoderen til at trække sig sammen og udstøde graviditeten. Det er en proces, der minder om en spontan abort. Graviditetsproduktet kan ofte ses, men detaljer kan ikke identificeres. Der er efterfølgende blødning i 3–5 uger. Hos 3 ud af 100 lykkes den medicinske abort ikke og der må foretages udskrabning.

Kirurgisk abort udføres frem til omkring 13 uger. Den kirurgiske abort foregår i DK typisk i fuld narkose, efter forbehandling med et stof, som blødgør og starter åbningen af livmoderhalsen. Under bedøvelsen udløkes livmoderhalskanalen, så

den bliver åben nok til at indføre et sug. Med dette sug tømmes livmoderhulen for graviditetsvæv. Blødningen efter indgrebet varer typisk 1–2 uger.

Ved begge indgreb er der for komplikationer, hyppigst blødning eller infektion, men disse komplikationer er sjældne.

Efter 13 uger udføres en provokeret abort som en tre trins procedure, hvor der først gives antigraviditetshormon, 1–2 dage efter gives det stof, der får livmoderen til at trække sig sammen i gentagne doser med timers interval indtil foster og moderkage udstødes helt eller delvist, siden afsluttes proceduren med en udskrabning i fuld bedøvelse.

Sidstnævnte proces ligner en fødsel og er langt mere indgribende og alvorlig de to andre, både for det involverede par og for det behandlende sundhedspersonale. Et foster på 13–14 uger og derover er 8 cm langt og derfor af en størrelse, så arme, ben krop, hoved og køn kan identificeres, hvilket gør et stort indtryk.

Kort og ultralyd

Risikovurdering ved blodprøve og nakkefoldsskanning i uge 11–14 blev indført som screeningstilbud til alle gravide i 2004. Formålet var at vurdere risikoen for kromosomsygdomme, specielt den hyppigste af disse, nemlig Downs Syndrom, mongolisme. Findes risikoen ved denne screening af en vis fastsat størrelse tilbydes moderkageprøve, hvor det endelig kan fastslås om der foreligger en kromosomsygdom. Det tager typisk 2 uger at få svar på en kromosomundersøgelse. Nakkefoldsskanning kan kun udføres, når fosteret er mellem 11 uger og 3 dage og 13 uger og 6 dage. Grunden til det er, at nakkefolden som måles ved skanningen ikke er dannet før, og derfor ikke kan måles før. Der er derfor ikke noget i den teknologiske udvikling på skanningsområdet, der kan give mulighed for tidligere risikovurdering. Stort set alle kvinder, der får konstateret kromosomsygdom hos fosteret ikke kan således ikke få abort indenfor den nuværende 12 ugers grænse, men skal igennem samråd. Disse samrådstilladelse gennemføres dog hurtigt, og abortindgrebene udføres roligt og værdigt for parrene. De har fået lidt tid til at forberede sig mentalt, fra mistanken om sygdom blev rejst, til svaret på kromosomanalysen forelå, og til indgrebet skulle gennemgås.

Der er andre områder i fosterdiagnostikken, hvor udviklingen måske kan føre til at man kan undersøge fosterets risiko for kromosomsygdom i moderens blod så tidligt som i uge 8–10.

Risikoen ved at udvide adgangen til abort udover 12 uger kunne være, at de kvinder, der er i tvivl, og i dag får udført indgrebet tidligt, vil kunne udskyde den vanskelige beslutning om abort, hvilket bestemt ikke gør beslutningen nemmere. At udføre flere sene indgreb, som er mere belastende for kvinderne og for sundhedssystemet er ikke

ønskværdigt. I forbindelse med en sådan udvikling vil der formentlig være flere blandt sundhedspersonalet, der vil benytte sig af deres ret til ikke at deltage i abortindgreb, og proceduren vil blive et "stedbarn" i sundhedsvæsenet. Modstanden mod fri abort kan risikere at vokse.

På grund af den begrænsede tid er misdannelser konstateret ved 18–20 ugers misdannelsesskanning ikke omtalt. Her kan den teknologiske udvikling af skanningsapparatet indenfor få år flytte noget af diagnostikken måske til 14–16 uger, mens andre misdannelser, f.eks. alvorlige hjertefejl på grund af sygdommens udvikling først vil kunne ses senere uanset teknik.

Vi har med den nuværende lovgivning en velfungerende ramme omkring adgangen til fri abort, som der af medicinske og etiske grunde ikke er tilstrækkelig vægtige grunde til at lave om på. Vi ved meget om, hvordan det går kvinder, der får foretaget legal abort før udgangen af 12 uger fra Socialforskningsinstituttets rapport fra 2003, og det går dem godt fysisk, psykisk og socialt. Det skal vi ikke sætte over styr.



JORDEMODERFORENINGEN

Tak for invitationen til oplæg ved Sundhedsudvalgets eksperthøring 17.1.07

Jeg vil tale om

- 1. information før graviditet,**
- 2. information ved tvivl og i processen med afdækning af evt. risiko for sygdom eller misdannelse hos fostret, samt**
- 3. problematikken i forbindelse med senaborter.**

Ad 1. Der sættes i dag ind med seksualoplysning på mange forskellige fronter i DK, men antallet af SOS og uønskede graviditeter taler om ubeskyttet sex, enten på baggrund af uforsigtighed, ringe oplysningsniveau eller metodesvigt. Et eller andet sted svigter det offentlige sin forpligtelse til at støtte borgeren i selv at tage ansvar.

Oplysningsopgaven er fordelt på mange niveauer og kunne nok løses bedre, med færre sygdomstilfælde og uønskede graviditeter til følge.

10 % af abortsøgende kvinder har undfanget tidligt efter en fødsel. Et projekt i Roskilde amt fra 2004 fremhæver, at det ser ud til at være væsentligt at have personlig kontakt med parret efter fødslen for at forebygge for tidlig, uønsket næste graviditet, og dermed abortbehov.

Kvinderne får ikke tilstrækkelig støtte alene i pjecer eller i egen læges information. Jordemødre skal være mere aktive - og mindre berøringsangste, end det fremgik af projektet - og det vil ligge naturligt i forlængelse af den store plads, som reproduktiv sundhed, herunder antikonception, har i jordemoderuddannelsen. Indsatsen bør forankres i efterfødselssamtalen, som jeg forventer vil blive sikret indplacering i de kommende

anbefalinger for svangreomsorg fra Sundhedsstyrelsen. Så tidligt som efterfødselssamtalen skal ligge, vil den kunne opfange behovet, før parret genoptager samlivet.

Anbefaling 1. Anvend potentialet i jordemodergruppen til en indsats i forebyggelse af SOS og uønsket graviditet.

Ad 2. Jordemoderforeningen støtter kvinders selvbestemmelsesret, som, hvad abort angår, kan udfoldes inden for acceptable rammer i gældende lovgivning. Min argumentation her ligger ganske tæt op ad Charlotte Wilkens argumenter.

Jeg vil derfor straks gå videre til et emne, som er blevet diskuteret i pressen, også af flere af ordførerne, nemlig risikovurdering og fosterdiagnostik.

For et par år siden blev det bestemt, at man skulle skifte fra fosterscreening primært med udgangspunkt i alder til et tilbud om informeret valg af fosterundersøgelser, og såvel Etisk Råd som Jordemoderforeningen lagde stor vægt på oplysning som en helt uundværlig faktor, hvis man skulle anerkende det som et paradigmeskifte.

Jeg har op til dette møde talt med jordemødre og læger fra fem store afdelinger.

Samtalerne bekræfter hvad også et kvalitativt studie fra Århus universitet peger på: kvinder får højst uens information, og de opfatter tilbuddene anderledes end hensigten med det informerede valg er: de ser det som en invitation til bekræftelse af den normale gode graviditet, og de forventer et klart fund: barnet er fint. Det værst tænkelige for dem ligger ifølge studiet i fundet af det ikke levedygtige barn. De er helt uforberedt på, at der kan være tale om gråzoner, usikkerhed, mindre misdannelser, forenelige med liv, måske endda et godt liv.

Vi skylder kvinder og mænd, der ønsker sig barn, at følges med dem gennem god oplysning om mulighederne i fosterundersøgelserne, også når det bliver svært; og her er en selvvalgt abort – ”fri abort trin 2” mellem 12 og 18 uger – et i mine øjne uetisk projekt. Om der skal opstilles positivlister for abort er meget svært at sige, men det er et problem, at vi allerede i DK har haft aborter med baggrund i mindre misdannelser.

Anbefaling 2: der forsøkes i informationsdelen af fosterundersøgelser og i valg af abort med baggrund i fosterundersøgelser.

Ad 3. De meget sene aborter udgør en særlig tung problemstilling set med jordemoderøjne. I kender til de meldinger, der for år tilbage kom fra jordemoderside om dilemmaet ved at stå med både det uønskede levedygtige barn, der aborteredes, og det ønskede, for tidligt fødte barn.

Der lægges i dag vægt på, at grunden til sen abort skal være særligt tungtvejende, når fostret forventes at være levedygtigt.

Anbefaling 3 a: Det er vigtigt at fastholde, også af hensyn til personalets mulighed for at kunne håndtere hårde forløb, at sene aborter på social indikation kun bevilges på meget tung indikation

Ved en smidig og indfølelse arbejdsgang og en accept af menneskers forskellighed med hensyn til at mestre udfordringer i livet tror jeg, at vi kan balancere vores indsats over for abortsøgende kvinder således, at der fortsat vil være læger, jordemødre og sygeplejersker, der yder en god omsorg for kvindens sundhed, også når baggrunden er tung.

Uanset årsagen til abortønsket, så er der en særlig gruppe, der er udsat: kvinder der får afslag på abort i Ankenævnet.

Anbefaling 3 b: Der skal arbejdes på at forbedre indsatsen over for de sent abortsøgende kvinder, bl.a. således, at tilsagn og afslag fra abortankenævnet gives i forbindelse med personlig kontakt, ikke pr. brev eller pr. telefon.

**Lillian Bondo,
Formand for Jordemoderforeningen**

Ekstrakt af
Referat
af ankenævnets møder med samrådene
foråret 2005

Ankenævnet har i foråret 2005 afholdt møder med samrådene. Møderne er afholdt

- I Ålborg den 8. marts 2005, med deltagelse af samrådene i Nordjyllands Amt og Viborg Amt.
- I Roskilde den 2. april 2005 med deltagelse af samrådene i Roskilde Amt, Vestsjællands Amt og Roskilde Amt
- I Åbenrå den 26. april 2005 med deltagelse af samrådene i Sønderjyllands Amt, Ribe Amt og Fyns Amt
- I Århus den 9. maj 2005 med deltagelse af samrådene i Århus Amt og Ringkøbing Amt
- I København den 30. maj 2005 med deltagelse af samrådene i Københavns kommune, Københavns Amt, Frederiksberg kommune og Bornholms regionskommune.

Ankenævnet har på alle møderne været repræsenteret af de faste medlemmer, dommer Torben Hvid, overlæge Erik B. Obel og lektor Birgit Petersson, dog var Torben Hvid fraværende i Ålborg. Endvidere har ankenævnets sekretær Grethe Bramow deltaget i samtlige møder.

På møderne var følgende emner på dagsordenen:

Ankenævnets punkter:

....

2. Tyngden af den genetiske indikation: dels betydningen af risikovurdering ctr. egentlig diagnose, dels "alvorligheds"-kriteriet – *opfølgning på orientering fra Ankenævnet af 14. januar 2005*

.....

Ad pkt. 2: Tyngden af den genetiske indikation

Ankenævnets orientering af 14. januar 2005 om indikation for tilladelse efter § 3, stk. 1 nr. 3 blev gennemgået, bl.a. set i lyset af sundhedsstyrelsen nye retningslinier for fosterdiagnostik.

Ankenævnet forventer, at tilbuddet om fosterdiagnostik til alle kvinder kombineret med tidens trend om ønsket om det perfekte, vil medføre et større pres på samrådene for at opnå tilladelse, og at der fremover vil opleves flere grænsetilfælde, såvel hvad angår risikoens størrelse, som alvoren af de mulige defekter.

Ankenævnet fremhævede, at diagnostikken skal anvendes så langt som muligt for at opnå det bedst mulige beslutningsgrundlag. Der bør endvidere foreligge en prognose og en vurdering af behandlingsmulighederne. Tilladelse bør kun gives ved en markant øget risiko. En risiko på 3% er som nævnt i Ankenævnets orientering ikke tilstrækkelig, når den generelle baggrundsrisiko er 2-3%.

Ankenævnets udtalelse om, at konstatering af nakkefold ikke var tilstrækkelig indikation, gav anledning til en del kritik og debat. Det blev fremført, at der ved en nakkefold på 6 mm og derover var meget stor risiko for defekter af forskellig art, og kun 30% chance for et normalt barn.

Efter diskussionen på møderne har ankenævnet besluttet at fastholde kravet om, at der skal foretages rimelige diagnostiske undersøgelser, der kan be- eller afkræfte mistanken om en given lidelse, inden der træffes afgørelse om svangerskabsafbrydelse. I de tilfælde, hvor risikoen er betydelig og hvor yderligere diagnostiske undersøgelser enten ikke kan be- eller afkræfte alle de mulige defekter, eller hvor en sådan undersøgelse først kan foretages langt senere i graviditeten, vil ankenævnet ikke kræve, at der foretages yderligere undersøgelser. Ud fra disse kriterier vil Ankenævnet herefter anse en nakkefold på 6 mm eller mere for tilstrækkelig indikation for tilladelse efter § 3, stk. 1 nr. 3.

De rutinemæssige nakkefoldsscanninger er dog endnu nye, og rutine og praksis er meget forskellig rundt omkring i landet. Det er derfor yderst vigtigt at følge udviklingen, og ikke mindst have fokus på hvilken information der er blevet givet til den gravide/parret, således at der foreligger et reelt valg og ikke automatik i forhold til abort, ligesom sværhedsgraden af fundene nøje vurderes. Dette informationskrav er også understreget af Sundhedsstyrelsen, Ankenævnet lægger således fortsat vægt på, at samrådet sikrer sig, at der givet grundig vejledning.

Det blev på et af møderne nævnt, at mange forældre beslutter sig straks de hører undersøgelsesresultatet og derefter ikke ønsker vejledning. Forældrene kan naturligvis ikke påtvinges en vejledning de ikke ønsker, men det bør i så fald fremgå af hospitalets oplysninger, at vejledning er tilbudt, men afslået.

Det faktum, at der er uenighed om hvor grænsen for nakkefoldens tykkelse skal sættes i forhold til yderligere undersøgelser fx fostervandsprøver - hvor Sundhedsstyrelsen angiver en risiko 1 til 250 som grænsen, mens praksis varierer og nogle steder er 1 til 300, andre 1 til 400 - medfører også at en vis forsigtighed/årvågenhed er nødvendig.

Ligeledes det faktum, at der ud fra Sundhedsstyrelsens tal vises en usikkerhed ved screeningen, betyder at der skal være et øget oplysningsniveau. (Efter møderækken er der nu rejst en sag i Patientklagenævnet, fordi der trods en negativ test blev født et barn med handicap. Dette viser at parret ikke har forstået informationen og ikke forstået at ingen test er 100 % rigtig).

Med Sundhedsstyrelsens eksempel, vil en screening af de godt 60.000, der aktuelt er gravide og ønsker at føde, medføre, at der findes 3375, hvor prøven viser unormale forhold som skal videreundersøges. Med den sikkerhed, der er fastlagt i Sundhedsstyrelsens regneeksempel, findes der 375 af disse, der er sandt positive, altså fejler noget. Men samtidig er der også 40, der får at vide at alt er normalt, men hvor fostret alligevel har en sygdom. Vi ved også at der er en risiko for spontan abort på 1% med fostervandsprøven/moderkagebiopsien, så derfor vil der være enkelte af graviditeterne, der bliver til spontane aborter i vores "iver" efter at finde de 375, der med rimelig stor sikkerhed fejler noget. Men selv her er det vigtigt at huske at sværhedsgraden af lidelsen ikke altid er klar og skal diskuteres. Ankenævnet har tidligere fremhævet et ekstra Y-kromosom (XYY) som en anomali hvor man kan sætte spørgsmålstegn ved om graden af "skader" skal medføre abort.

Nævnets afsluttende budskab var, at udviklingen kræver en skærpet opmærksomhed. Det er tid at standse op og være sig bevidst, at der skal foretages en konkret vurdering af såvel farekriteriet, som alvorligheds-kriteriet.

....

3. Samrådenes virksomhed i 2005

Samrådene behandlede i 2005 i alt 862 ansøgninger om tilladelse til svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation.

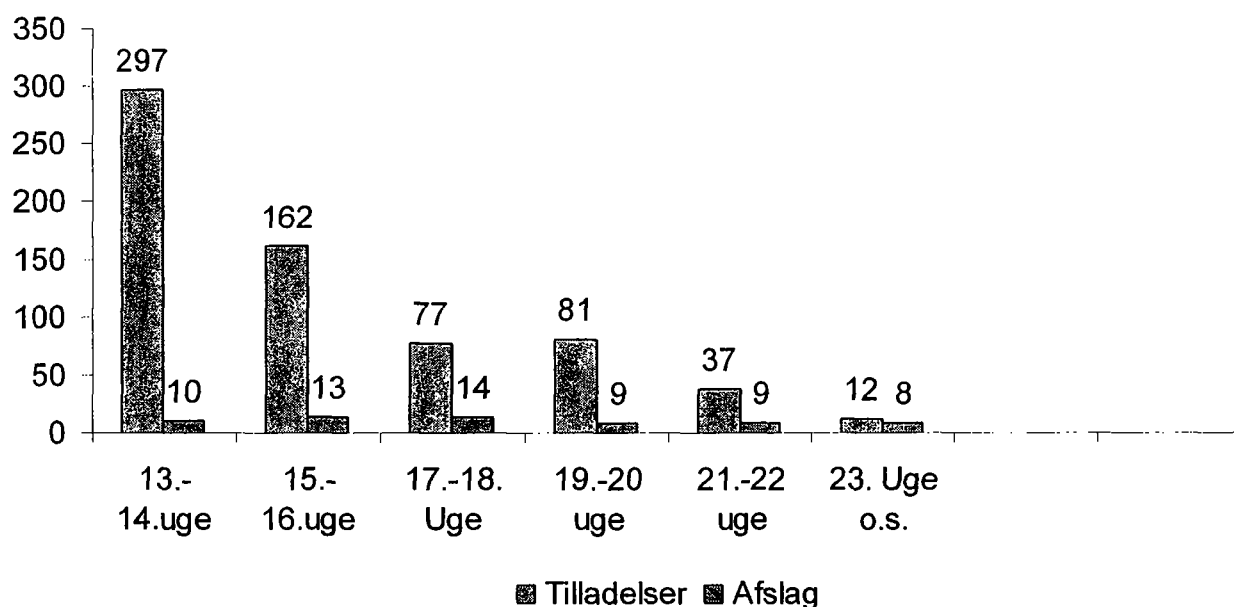
3.1. Svangerskabsafbrydelse

3.1.1. Ansøgninger om abort efter udløbet af 12. svangerskabsuge.

Samrådene modtog i 2005 i alt 729 ansøgninger om tilladelse til svangerskabsafbrydelse i medfør af lovens § 3 stk. 1 nr. 1 – 6, dvs. ansøgning om tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter udløbet af 12. svangerskabsuge. Der blev givet 666 tilladelser og 63 afslag.

Den følgende figur viser tilladelser og afslag fordelt efter graviditetens alder.

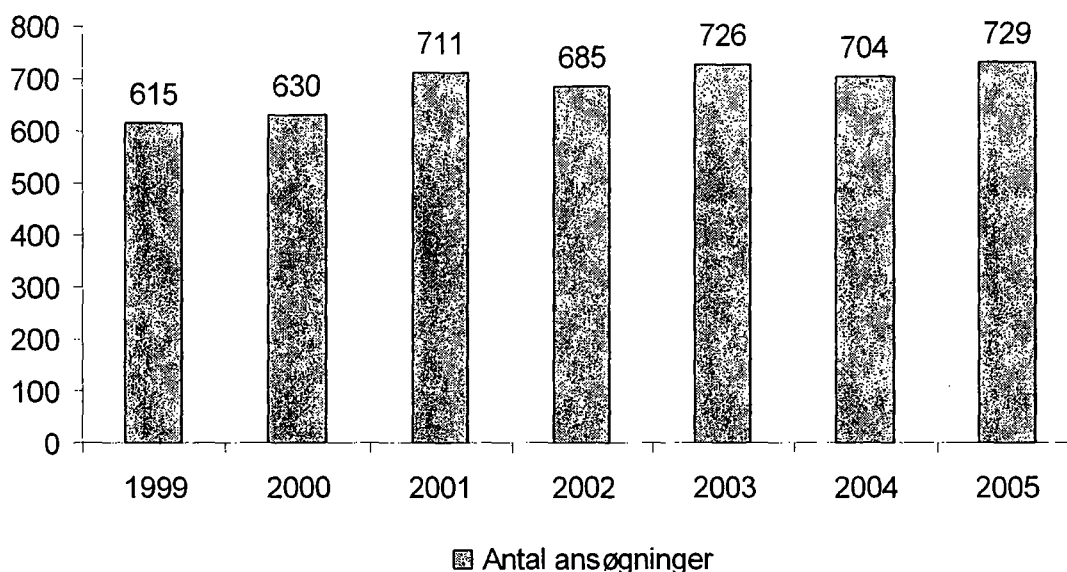
Tilladelser og afslag i 2005 fordelt efter graviditetens alder



Antallet af ansøgninger er igen forøget, fra 704 i 2004 til 729 i 2005. Frem til 2000 lå antallet af ansøgninger stabilt på lidt over 600 ansøgninger årligt. I år 2001 var der en markant stigning fra 630 ansøgninger i 2000 til 711 ansøgninger i 2001, en stigning på 12 %. Niveaulet har derefter holdt sig omkring de 700 ansøgninger årligt. 729 er det hidtil højeste antal. Der blev i 2005 givet afslag i 8,64 % af ansøgningerne.

Nedenstående diagrammer viser udviklingen i perioden 1998 – 2005.

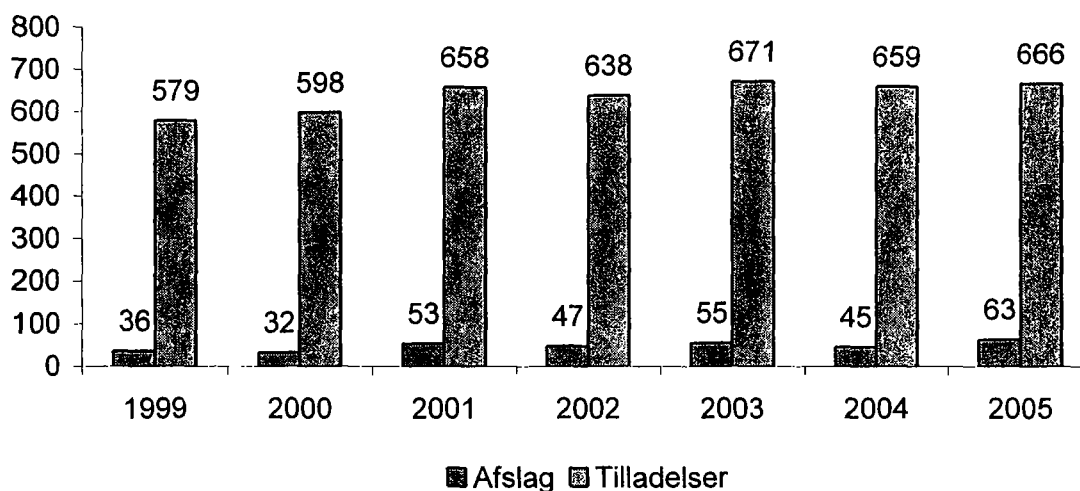
**Antal ansøgninger om
svangerskabsafbrydelse 1999 - 2005**



Før år 2000 lå antallet på omkring 600 om året og er efter et spring op ad i 2001 nu årligt over 700 ansøgninger. Antallet af ansøgninger i 2005 er det hidtil højeste.

Fordeles det samlede antal ansøgninger på afslag og tilladelser ser udviklingen således ud:

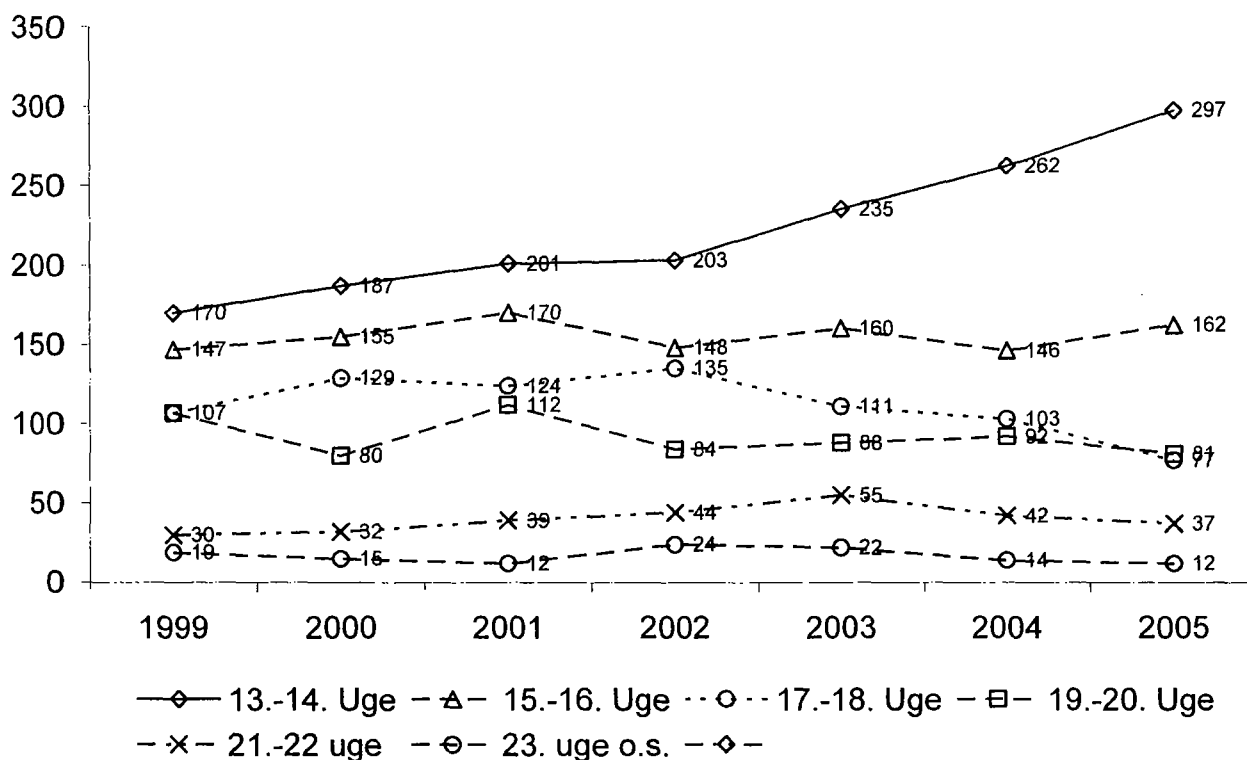
**Afslag og tilladelser i henhold til § 3, stk. 1, nr. 1-6
1999 - 2005**



Der er i de senere år givet noget over 650 tilladelser om året. Antallet af tilladelser i 2005 er dog steget forholdsvis mindre end antallet af ansøgninger

Langt det største antal tilladelser bliver givet inden udløbet af 18. uge, i 2005 var det 80,5 % af tilladelseerne. Stigningen i antallet af tilladelser er sket i 13. – 14. uge, mens antallet af sene aborter efter 18. uge viser faldende tendens. Der tegner sig endvidere en klar tendens til fald i antallet af tilladelser i intervallet 17. - 18. uge. Udviklingen ser således ud:

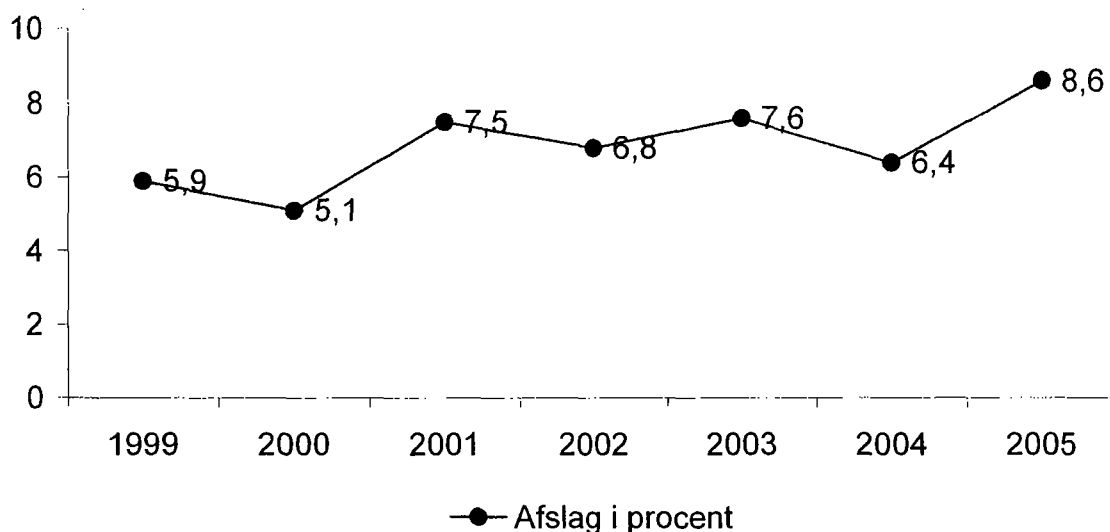
Tilladelser fordelt efter graviditetens længde
1998 - 2005



Der er igen i år en markant stigning i antallet af tilladelser i 13. – 14. uge, mens antallet af tilladelser i 17. – 18. uge falder år for år. Antallet af aborter efter 18. uge viser en svagt faldende tendens.

Langt de fleste af de ansøgninger, som samrådene modtager, bliver imødekommet. Under 10 % får afslag. Den kraftige stigning i antallet af ansøgninger har ikke medført en tilsvarende stigning i antal tilladelser, idet der i 2005 er givet forholdsvis flere afslag.

**Afslag i procent af det samlede antal ansøgninger
i henhold til § 3 1999 - 2005**



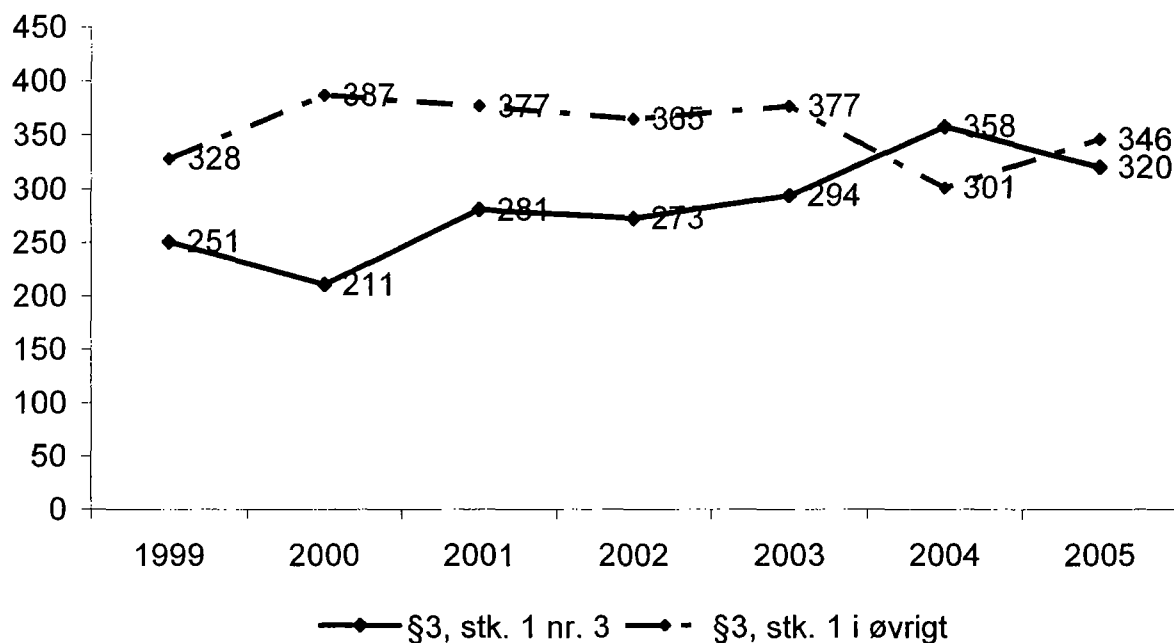
Stigningen i antal ansøgninger har ikke medført en tilsvarende stigning i antal tilladelser, idet der i 2005 er givet forholdsvis flere afslag.

Antallet af tilladelser i medfør af lovens § 3, stk. 1 nr. 3, fare for, at barnet ville få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse har gennem de senere år vist en tydeligt stigende tendens, men er i 2005 igen faldet, fra 358 i 2004, til 320 i 2005. Antallet er dog stadig markant højere end i årene forud for 2004, så tendensen er fortsat stigende.

Antallet af tilladelser efter § 3, stk. 1, nr. 1 – 2 og nr. 4 – 6 faldt markant fra 2003 til 2004. Vi formodede i årsberetningen for 2004 at der var tale om en tilfældighed, og tallene viser da også en stigning i 2005, men stadig ikke til det tidligere niveau.

Den følgende figur illustrerer udviklingen:

**Tilladelser efter § 3, stk. 1 nr. 3
og
Tilladelser efter § 3, stk. 1 nr. 1 - 2 og nr. 4 - 6
1999 - 2005**



Antallet af tilladelser efter § 3, stk. 1, nr. 1 - 2 og nr. 4 - 6 faldt markant fra 2003 til 2004, men er på ny steget, dog ikke til tidligere års niveau. Den stigende tendens i antallet af tilladelser begrundet i faren for, at barnet vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse er fladet ud, idet der er et fald fra 2004 til 2005, men antallet ligger stadig over antallet af tilladelser i årene før 2004.

Dilemmaer omkring 12 ugers grænsen for legal abort

Oplæg til Folketingets Sundhedsudvalg torsdag d 17 januar 2007

Birgit Petersson, lektor, speciallæge i psykiatri, medlem af ankenævnet for abort og sterilisation
Afdelingen for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning, CSS, Københavns Universitet, Øster
Farimagsgade 5 opgang Q, Postboks 2099, 1014 København K.
E-mail: B.Petersson@pubhealth.ku.dk

Resume: Både erfaringer og videnskabelige undersøgelser viser, at den legale abort er en nødvendighed, og at abort ikke bruges uden grundig overvejelse i samfund, hvor prævention er tilgængelig. Abortlovens grænse ved 12 svangerskabsuge har fungeret godt indtil indførelsen af den såkaldte 13-ugersundersøgelse, nakkefoldsscanningen samt tilladelse til fosterreduktion. Med disse undersøgelser/indgreb er der opstået en række problemer i relation til abortloven. Loven bliver yderligere sat på prøve når en egentlig misdannelsesscanning indføres på landsplan omkring 18-19 uge. Jeg foreslår - efter grundig udredning af problematikken omkring de sene aborter - at grænsen for den legale abort sættes ved 18 svangerskabsuge med mulighed for ansøgning om abort indtil 24 svangerskabsuge på linie med de nugældende regler. Når 18 uge er valgt, er det dels på baggrund af de svenske erfaringer, dels under hensyntagen til de nye problemstillinger teknologien har medført og dels på baggrund af diskussionerne omkring levedygtighedskriterierne. En sådan grænse fjerner ikke alle dilemmaer. Der er og vil fortsat komme nye grunde til, at abortproblematikken skal genovervejes i relation til den teknologiske udvikling. Der er således behov for en række udredninger på området, også da en gennemgang af eksisterende litteratur samt tal fra danske registre viser at vi ved meget lidt om konsekvenserne af de nye teknologier.

Denne korte redegørelse omkring problemerne vedrørende de sene aborter sætter ikke spørgsmålstegn ved nødvendigheden af den legale abort, men alene ved abortgrænserne. Erfaringer fra både Danmark og udlandet har vist, at legale aborter er en nødvendighed i et moderne samfund(1). Illegale aborter er på verdensplan stadig en af de hyppigste dødsårsager blandt fertile kvinder. I lande, hvor der ikke har været adgang til prævention, har abort været brugt som nødløsning, mens undersøgelserne fra andre lande, hvor prævention er tilgængelig, viser, at abort bruges, hvor præventionen svigter eller hvor specielle menneskelige forhold spiller ind. Scanninger er i tiltagende grad blevet brugt til tidligt i graviditeten at fastsætte terminen hos gravide, i mange år mod Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Oftest handlede det om, at parret ville se, at der var et barn, og gerne have billedet med hjem. De kaldes derfor populært "hyggescanninger"

Baggrund

12 ugers grænsen for legal abort, med mulighed for at søge om tilladelse til sen abort under specielle omstændigheder, har fungeret godt for alle parter frem til de ændringer, der er sket i forbindelse med sidste revision af loven, dvs fosterreduktion og levedygtighedskriteriet, samt indførelse af ny teknologi, først og fremmest nakkefoldscanning. Da nakkefoldscanningen blev indført var den planlagt til at foregå i 11. svangerskabsuge, men den kaldes nu 13 ugers scanningen, fordi den ligesom fosterreduktion bedst udføres i 13. svangerskabsuge. Foranlediget af ny teknologi er der givet adgang til undersøgelser af alle gravide kvinder, og ikke kun risikogrupper, der ved et positivt fund, dvs hvis fostret muligvis er sygt, kan give anledning til et ønske om afbrydelse af svangerskabet på et tidspunkt, som ligger tæt på eller over grænsen for legal abort. Der er ingen tvivl om, at både gravide og fagpersoner i vid udstrækning har lagt til grund, at den selvbestemmelsesret, der er blevet fremhævet ved indførelsen af nakkefoldscanninger også har medført, at man har ment at der var samme selvbestemmelsesret for kvinden/parret ved påvisning af risiko for misdannelser på trods af, at dette ikke er muligt ifølge loven. Se fx nyhedsbrev på Abortnet.dk. Her skrives bl.a.: "Vælger man abort, vil den blive bevilliget, hvis baggrunden er misdannelser ved fosteret".

Risikovurdering

13 ugers undersøgelsen er en risikovurdering, dvs fostret kan være sygt eller rask. Først yderligere undersøgelser kan vise om fostret er sygt. Med stigende størrelse af nakkefolden er der en stigende sikkerhed for, at fostret er sygt, men der er stadig mange usikre forhold. Hvis fostret undersøges lige inden 12 uge kan man nå at få abort inden for 12 ugers grænsen, men dette ville medføre, at mange raske fostre aborteres fordi det ikke er afklaret om fostret er reelt sygt. Vi ved fra cases, at det finder sted i dag, men ikke hvor hyppigt. Det statistiske materiale, der er tilgængeligt, er aktuelt for dårligt til, at nogen kan udtale sig om, hvor ofte det sker.

Det er hævdet, at der er sket en halvering af børn født med Downs syndrom efter indføring af nakkefoldscanning, men det statistiske materiale er ikke solidt nok til en sådan slutning. Vi kender pt ikke det faktiske antal.

At skulle fravælge et ønsket barn skal aldrig være en panikhandling – det er det imidlertid i en række tilfælde i dag. Der skal være tid til at undersøge om barnet er sygt eller rask inden beslutningen om abort tages – vel vidende, at ingen af undersøgelserne er 100% sikre. Kvinderne/parret er på en måde fanget i en "fælde", fordi de forbinder nakkefoldscanningen med hyggescanningen, og både de og mange fagpersoner forstår ikke, eller har svært ved at forstå, risikovurderingen.

Der skal derfor efter min vurdering ske en afklaring om lovens grænser for abort ved 12 svangerskabsuge.

Den gennemscanning af fostret, der er planlagt til at finde sted i 18-19 svangerskabsuge, også kaldes misdannelsesscanningen, er noget mere forståelig end en risikovurdering, selv om der kommer flere og flere undersøgelser til. Den gør ikke de etiske problemer mindre svære, men her afsløres i hvert fald nogle af misdannelserne, så man kan se dem sort på hvidt. Tilbage står så beslutningen, om misdannelserne er svære nok til, at de skal medføre abort eller ej.

Man anslår i dag, at ca $\frac{3}{4}$ af de sene aborter ville være blevet til spontane aborter/dødfødsler i løbet af svangerskabet. Det er stadig uafklaret om det er en egentlig hjælp til kvinden/parret, at det er hende/dem, der skal tage beslutningen om fravalg eller om det er naturen, der skal gøre det i form af en spontan abort/dødfødsel

Abortens dilemmaer:

Det er altid potentielt liv, der stoppes ved en abort. Det samme sker med en række præventionsformer fx spiral. Diskussionen er bl.a. grænsen for, hvor sent dette må finde sted. Jeg vil i det følgende nævne blot nogle få af dilemmaerne:

1. Skal aborter, der søges med udgangspunkt i fosterundersøgelser og risikovurderinger, have en anden status end gængse aborter?
2. Hvor skal den absolutte grænse for provokeret abort være? Som nu ved 24 svangerskabsuge?
3. Skal det ventede barns liv vægtes højere end moderens liv ved medicinsk indikation for abort sent i graviditeten?
4. Skal der være en selvbestemmelsesret for kvinden/parret ved påvisning af risiko for fosterskade fx frem til 18 uge eller til den grænse levedygtighedsreglen fastsætter? Skal denne eventuelt kun gælde visse lidelser?
5. Skal det fortsat være samråd, der afgør, hvilke fosterskader, der giver tilladelse til abort efter 12 svangerskabsuge efter skøn eller skal der være en positivliste? På en måde findes sådanne allerede. Sundhedsstyrelsen har fx meldt klart ud, at børn med Downs syndrom er uønskede ved at bruge dem som eksempel i cost-benefitanalyser. Det samme gælder ved lidelser i rygmarvskanalen og hjernen.
6. Skal der alene være ret til fosterreduktion fra 3 eller flere til 2? Hvad hvis abort er eneste alternativ? Skal to fostre så dø af principielle grunde, eller kunne sociale og menneskelige forhold tale for, at der laves fosterreduktion til et foster?
7. Skal der tages hensyn til personale, der ikke ønsker at medvirke til sene aborter?

8. I betragtning af at langt de fleste fostre med alvorlige misdannelser går til grunde inden udløbet af svangerskabet, hjælper vi så overhovedet kvinder ved at tilbyde de teknologiske undersøgelser?

9. Hvis det er for dyrt for samfundet at få fx mange børn med Downs Syndrom, skal det så ikke, som tidligere, være risikogrupper der undersøges?

10. Er det overhovedet etisk forsvarligt, at fostervandsprøver for kvinder over 35 år blev erstattet med noget som ikke mindst unge betragter som en oplevelse, nemlig at se det lille foster, og ikke en teknologisk undersøgelse – når hovedårsagen til, at undersøgelsen blev afskaffet og erstattet af et tilbud til alle gravide, var at omkring halvdelen af de mere end 35 årige fravalgte fostervandsundersøgelsen, og den derfor ikke var cost-effektiv mere? Skulle konsekvensen ikke have været, at man faktisk fravalgte undersøgelserne?

11. Skal samfundet opstille restriktioner i forhold til kvinder/par, der søger abort uden for de grænser, den danske abortlov sætter?

Nogle mulige løsninger

A. Man kan fastholde loven, men øge informationen: Altså at nakkefoldscanningen ikke er en hyggescanning. At den skal foregå i 11 uge, og at det efter 12 uge er andre, altså samrådene, der, uanset genetisk rådgivning, tager stilling til om alvoren af fundene er tilstrækkelig alvorlige til, at der kan bevilliges abort. Dette vil helt sikkert medføre, at der ved usikre fund sker unødige aborter. idet scanningen teknisk set er mest pålidelig i 13. uge. Alene derfor vil en fastsættelse af scanningstidspunktet til uge 11 øge antallet af usikre fund.

B. Man kan også beslutte at undersøgelsen først skal foretages i 13 uge – øge informationsmængden og fastholde de aktuelle retningslinier. Det vil gøre, at nogle, uanset rådgivning, føler sig ”bondefanget”, når samfundet har tilbudt en generel undersøgelse, som man ikke selv kan tage konsekvensen af.

C. Man kan vælge, at de undersøgelser, der sker i forbindelse med en ønsket graviditet tæller anderledes end øvrige legale aborter, og det i disse tilfælde er kvindens/parrets beslutning indtil 18 uge, hvorefter der gælder særlige regler. Med en sådan ændring løses problemerne omkring misdannelsesscanningerne ikke, men hvor nakkefoldsscanningen opfattes som en ”hyggescanning” vil man meget tydeligere kunne meddele, at gennemscanningen i 18-19 uge er en misdannelsesscanning, dvs en scanning der tydeligere – omend stadig med fejlkilder – viser, om der er handicap hos fostret eller ej. Med en sådan procedure vil man stadig kunne håbe, at der ikke er noget galt med fostret, men det er mere forståeligt end en risikovurdering og forholdene vil ofte kunne håndteres på en helt anderledes måde.

D. Man kan have en generel abortgrænse ved 18 uge, som i Sverige, og herefter ansøgning jvnf punkt C.

Det er bl.a. på denne baggrund, at jeg er nået frem til et forslag om, at der skal sættes en grænse for legal abort ved 18. uge i stedet for som i dag, 12. uge. Det har fungeret uden større problemer i Sverige, hvor langt de fleste aborter har fundet sted inden 12. uge. Derefter skal der være regler, der regulerer området fx på linie med de nugældende. Jeg har ikke kunnet finde tilstrækkelig litteratur

omkring hvilken virkning den svenske regel har haft specielt på valg af abort efter påvisning af risiko for misdannelser. Men generelt er det vist, at de fleste par er tilbøjelige til at fravælge fostre, hvis der er den mindste mistanke om misdannelse.

Vi mangler i allerhøjeste grad undersøgelser på dette område.

:

1. se fx Birgit Petersson, Lisbeth B. Knudsen, Karin Helweg-Larsen. Abort i 25 år, Lindhardt og Ringhof Fakta, København 1998