

# Det Ethiske Råds udtalelse om en eventuel ændring af abortgrænsen

I denne udtalelse tager Det Ethiske Råd stilling til, om grænsen for fri adgang til provokeret abort bør udvides som følge af den ændrede praksis angående fosterdiagnostik, der blev indført i Danmark i 2004.

Nedenfor præsenteres rådets anbefalinger. Efterfølgende fremstilles de argumenter og overvejelser, der er blevet fremført på rådets møder og har haft betydning for medlemmernes stillingtagen. Sidst i udtalelsen beskrives lovgivningen inden for området.

I. Medlemmernes anbefalinger .....	4
A. Anbefalinger om grænsen for fri adgang til provokeret abort.....	4
B. Anbefalinger om samrådenes og ankenævnets praksis angående alvorligheds-kriteriet.....	5
C. Overvejelser om samrådenes og ankenævnets virke .....	6
D. Information og rådgivning i forbindelse med beslutningen om eventuel abort.....	9
II. Debatten om fosterdiagnostik og sene provokerede aborter .....	11
III. Ethiske overvejelser.....	13
A. Hensynet til fosteret.....	13
Fosterets etiske status .....	13
De tre opfattelser og en eventuel udvidelse af abortgrænsen .....	19
Diskussion af de tre opfattelser angående fosterets etiske status .....	20
Hvordan skal uenigheden angående fosteranlæggets etiske status håndteres?.....	22
B. Livets herlighedsværdi.....	22
C. Overvejelser angående abortpraksis .....	23
Meddelelse af afslag .....	26
Kriterier for sene aborter .....	27
D. Hensynet til kvinden.....	32
Kvindens selvbestemmelse.....	33
Mulige konsekvenser for kvinden af at udvide abortgrænsen.....	39
IV. Samfundsmæssige perspektiver .....	43
A. Menneskesyn og udvidelse af abortgrænsen .....	43
B. Samfundsmæssige interesser og værdier .....	46
V. Lovgivning.....	50
A. Den retlige beskyttelse af fosterets liv .....	50
Strafansvaret .....	50
Det nyfødte barn .....	53
Erstatningsansvaret.....	54
B. Svangerskabsafbrydelse, regelgrundlaget.....	55
Anmodning om svangerskabsafbrydelse .....	56
Betingelser for svangerskabsafbrydelse efter udløbet af 12. uge .....	57

Levedygtige fostre .....	59
Samråd og ankenævn.....	60
Gennemførelse af svangerskabsafbrydelse.....	61

# I. Medlemmernes anbefalinger

I det følgende vil medlemmerne af Det Ethiske Råd først præsentere deres anbefalinger angående eventuel *forlængelse* af abortgrænsen. Herefter tages der stilling til samrådenes og ankenævnets praksis, hvad angår alvorlighedskriterierne i forbindelse med sene aborter på baggrund af fare for sygdom eller misdannelse hos fosteret.

I de efterfølgende to afsnit præsenterer rådet sine anbefalinger og overvejelser om henholdsvis samrådenes og Ankenævnets virke samt informationen og rådgivningen til de kvinder, der ønsker at få en sen abort udført.

Anbefalingerne afgives generelt under forudsætning af, at den overordnede abortlovgivning ikke skal gøres mere restriktiv. Nogle af medlemmerne af Det Ethiske Råd ønsker ganske vist principielt en mere restriktiv abortlovgivning kombineret med omfattende sociale støtteordninger og rådgivning. Men eftersom en abortlovgivning som den nuværende generelt tages for givet i den aktuelle offentlige debat om sene aborter, har også disse medlemmer gennemført diskussionerne og afgiver anbefalingerne under den nævnte forudsætning. Rådet har ikke inddraget problemstillinger, der har at gøre med sene aborter på social indikation.

## A. Anbefalinger om grænsen for fri adgang til provokeret abort

Alle medlemmer af Det Ethiske Råd mener, at den eksisterende praksis i forbindelse med fosterdiagnostik *ikke* bør give anledning til en generel udvidelse af den nuværende grænse på 12 uger for fri adgang til provokeret abort.

Medlemmerne af Det Ethiske Råd er klar over, at grænsen for fri adgang til provokeret abort på netop 12 uger til en vis grad er vilkårlig og blandt andet har været bestemt af praktiske forhold. Medlemmerne begrundet blandt andet deres anbefaling om ikke at udvide grænsen med følgende argumenter:

- Flertallet lægger vægt på, at det nuværende system i forbindelse med provokerede aborter generelt fungerer problemløst.

- Flere medlemmer fremhæver, at tilfælde af medfødte sygdomme og handicap er sjældne i forhold til det samlede antal provokerede aborter i Danmark. De er af den opfattelse, at lovgivningen ikke skal udformes ud fra det sjældne, men ud fra det generelle samtidig med, at den skal have mulighed for at håndtere undtagelser, som det efter nugældende regler sker gennem samråd og ankenævn.
- For flertallet af medlemmerne er en begrundelse for deres synspunkt, at en udvidelse af tidsrummet for fri adgang til provokeret abort efter deres opfattelse kan bidrage til, at der samlet set udføres flere aborter end i dag.
- Flere medlemmer fremhæver også, at den almindelige opfattelse af provokerede aborter bliver mere accepteret hvis abortgrænsen udvides.
- Medlemmerne lægger vægt på hensynet til det sundhedsfaglige personale, der skal udføre aborterne. For dem kan de sene provokerede aborter være en yderligere belastning.
- Nogle medlemmer lægger vægt på, at en forlængelse af abortgrænsen, vil udvide muligheden for fosterdiagnostik og risikovurdering og dermed sætte den gravide kvinde under et betydeligt forøget pres, fordi hun næsten gøres ansvarlig for det kommende barns kvaliteter.
- Nogle medlemmer lægger også vægt på, at elementer af usikkerhed i forbindelse med beslutning om provokeret abort alligevel ikke helt undgås ved en udvidelse af abortgrænsen, fordi diagnostik under hele graviditetsperioden – også fx i forbindelse med den såkaldte misdannelseskanning i ca. 18 uge vil indeholde skøn og sandsynligheder.

## **B. Anbefalinger om samrådenes og ankenævnets praksis angående alvorlighedskriteriet**

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd (Jon Andersen, Klavs Birkholm, Elisabeth Dons Christensen, Ole J. Hartling, Morten Kvist, Niels Jørgen Langkilde, Kit Louise Strand og Peter Øhrstrøm) mener ikke, at samråd og ankenævn bør være mindre restriktive end nu i forhold til at give tilladelse til provokerede aborter efter uge 12 på grund af fare for, at fosteret har en sygdom eller er misdannet.

Andre medlemmer af Det Ethiske Råd (Peder Agger, Gunna Christensen, Karen Gausland, Thomas G. Jensen, Klemens Kappel, Anette R. Nissen og Anne-Marie Skov) mener, at den nuværende praksis i samråd og ankenævn bør være mindre restriktiv.

Ifølge nogle af de nævnte medlemmer (Gunna Christensen, Karen Gausland, Klemens Kappel, Anette R. Nissen og Anne-Marie Skov) bør der således kun gives afslag på ansøgninger om sene aborter på grund af fare for sygdom eller misdannelse ved fosteret i sjældne tilfælde, hvor der er tale om ubetydelige misdannelser.

Andre af de nævnte medlemmer (Peder Agger og Thomas G. Jensen) mener, at kvinden i de tilfælde, hvor der efter gennemførte lægelige undersøgelser og vurderinger skønnes at være en forøget risiko for sygdom eller misdannelse ved fosteret, efter passende rådgivning skal have udvidet adgang til provokeret abort uden godkendelse fra samrådene. Disse medlemmer lægger især vægt på, at det er den gravide kvinde, der forelagt de lægelige indikationer og risici og efter tilhørende rådgivning til syvende og sidst er den bedste til at bedømme, hvilken rolle disse skal spille i den komplicerede kontekst (med blandt andet følelsesmæssige, økonomiske, sociale og andre forhold), som den altid vanskelige beslutning skal træffes i.

### **C. Overvejelser om samrådenes og ankenævnets virke**

Medlemmerne af Det Ethiske Råd har drøftet det problem, at der er tilfælde, hvor hverken de involverede sundhedspersoner eller kvinden selv kan forudsige, om en ansøgning om sen abort vil blive imødekommet hos samråd eller ankenævn. Dette skyldes, at enhver afgørelse i princippet er og ifølge loven også skal være udtryk for et skøn, og at der ikke nødvendigvis eksisterer en fuldstændig ensartet praksis i de enkelte samråd. Som eksempel kan nævnes antalsfejl med kønskromosomerne og læbeganespalte, hvor man ikke på forhånd kan afgøre, hvordan samrådene vil forholde sig i et givent tilfælde. Dette kan stille kvinderne i en vanskelig situation. Hvis en kvinde for eksempel er blevet oplyst om, at der er en forøget risiko for antalsfejl med fosterets kønskromosomer, er hun på den ene side måske interesseret i gennem yderligere undersøgelser at få afklaret, om fosteret faktisk har denne afvigelse - og hvor alvorlig den i givet fald er. Men på den anden side kan hun ikke med bestemt forudsige

udfaldet af en eventuel ansøgning om sen abort, efter at fosterets tilstand er blevet nærmere udredt, hvilket i mange tilfælde først sker efter uge 12. Nogle kvinder håndterer dette dilemma ved at få en abort udført inden uge 12 - i nogle tilfælde alene på risikoindikation. Det vides ikke med bestemthed, hvor mange kvinder det drejer sig om på årsbasis, men det vurderes at være omkring 30 om året.<sup>1</sup>

På baggrund af sådanne dilemmaer har Det Ethiske Råd diskuteret, om der bør laves klarere retningslinjer for, i hvilke tilfælde der bevilliges sen abort. Alle medlemmer mener, at det *i princippet* ville være hensigtsmæssigt at udforme retningslinjer, men at alle relevante fremgangsmåder skaber problemer af konkret og/eller etisk karakter.

Såkaldte positivlister er lister der opregner tilstande, som giver ret til provokeret abort. Men hertil knytter der sig blandt andet følgende problemer:

- at en positivliste kan virke stigmatiserende i forhold til personer med de sygdomme, der står på listen,
- at mange misdannelser kan udtrykke sig forskelligt i forskellige situationer og i forskellige familier, hvorfor det under alle omstændigheder er vanskeligt at undgå en skønsmæssig vurdering i de enkelte sager,
- og at det rent klinisk er en meget vanskelig opgave at udforme og revidere en positivliste.

Af de nævnte grunde anbefaler ingen rådsmedlemmer, at der arbejdes på at udforme egentlige positivlister. Medlemmerne anbefaler derimod, at der skabes større forudsigelighed i forbindelse med afgørelserne ved, at der udformes en række *retningsvisende eksempler*, som dels forsøger at trække en grænse i de tilfælde, hvor der i forbindelse med den nuværende praksis ville være tvivl om afgørelsen, og dels forklarer de parametre eller kriterier, der indgår i vurderingen af alvorlighed. Det bør også fremgå af de retningsvisende eksempler, inden for hvilket tidspunkt i graviditetsforløbet en given tilstand vil berettige til abort, idet der i forbindelse med

---

<sup>1</sup> Niels Ulbjerg, Obst., Gyn. Afd., Skejby Hospital, skønnede under et møde med Det Ethiske Råd, at det drejer sig om ca. dette antal.

abortsamrådenes og Abortankenævnets praksis ”stilles øgede krav til indikationens styrke, jo længere fremme i graviditeten kvinden er”.<sup>2</sup>

Hvis der udformes retningsvisende eksempler eller andre former for vejledning angående afgørelserne om sene aborter, er det meget væsentligt, at der skabes udveksling og debat mellem samrådene, Abortankenævnet og de klinikere, der er involveret i diagnostikken og varetager informations og rådgivningsfunktionen. Desuden er det væsentligt, at eksemplerne eller vejledningen kommunikeres videre til borgerne og offentliggøres i en lettilgængelig form. Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd lægger dog vægt på, at det i en eventuel vejledning bør understreges, at afgørelserne altid hviler på en konkret vurdering, og at det bør undgås, at vejledningen udvikler sig til en intern regel, som i praksis ophæver eller begrænser det individuelle skøn væsentligt. Hensigten med vejledningen skal være at give kvinderne information og rådgivning om deres rettigheder, og hvad de kan forvente, og samtidig give de besluttende organer et hjælpemiddel til at anlægge en vurdering, som så vidt muligt rammer det i den enkelte sag rigtige resultat.

Det skal bemærkes, at medlemmerne af Det Ethiske Råd naturligvis er opmærksomme på, at det ikke vil ophæve det beskrevne dilemma for kvinden fuldstændigt, hvis der blev udformet positivlister eller omfattende retningsvisende eksempler. Hvis abortgrænsen på 12 uger bevares, vil det forsat være et problem, at misdannelsens karakter og/eller grad i visse tilfælde ikke kan fastlægges med bestemthed før senere i graviditetsforløbet. Derfor ved kvinden ikke nødvendigvis forud for uge 12, om der senere i forløbet vil blive bevilliget abort i hendes tilfælde. Ikke desto mindre finder flere af medlemmerne, at det ville være at foretrække, at der blev udarbejdet mere omfattende retningsvisende vejledninger, så det blev mere gennemsigtigt for kvinderne, hvad de vil kunne forvente sig af det videre forløb.

---

<sup>2</sup> Jævnfør Abortankenævnets beskrivelse af sin praksis i bemærkningerne til L76, 1999-2000, s. 3.



## **D. Information og rådgivning i forbindelse med beslutningen om eventuel abort**

Medlemmerne af Det Ethiske Råd finder, at der bør lægges meget vægt på at informere og rådgive kvinden i forbindelse med beslutningen om en eventuel abort. Det skal gøres muligt at træffe et valg baseret på en tilstrækkelig viden om forhold angående blandt andet risikobilledet efter fosterdiagnostik samt de efterfølgende undersøgelsesmuligheder, de eventuelle misdannelsers sandsynlige konsekvenser for barnet og familien, mulighederne for at få støtte af det offentlige i forbindelse med barnets opvækst, eksistensen af støttegrupper og kontaktmuligheder mv.

At brugere af de offentlige institutioner skal have denne type af information om deres situation og muligheder er efterhånden en veletableret praksis. Medlemmerne af rådet ønsker imidlertid at gøre opmærksom på, at der i forbindelse med beslutningen om eventuel abort på baggrund af resultaterne af fosterdiagnostik kan være særlige grunde til at lægge vægt på information og rådgivning. For det første er der tale om en væsentlig beslutning med vidtrækkende konsekvenser for både kvinden, den eventuelle partner, barnet - der måske i givet fald fødes med et handicap - og dets eventuelle søskende. For det andet er der tale om en beslutning, som involverer mange komplicerede forhold af både faktuel og etisk karakter. Og for det tredje vil nogle kvinder måske blive bragt ud af fatning på grund af situationens karakter og have vanskeligt ved at træffe en beslutning, de i sidste ende kan stå inde for.

Rådet har i forlængelse heraf drøftet, hvordan man kan sikre, at der gives en tilstrækkelig information og rådgivning til de relevante kvinder. Rådet finder det blandt andet væsentligt, at der ikke bør være tvivl om, *hvor* man kan henvende sig for at få information og rådgivning eller blive henvist til information og rådgivning andetsteds. Desuden finder rådet det væsentligt, at informationen og rådgivning i videst mulig udtrækning varetages af de samme gennemgående personer i forløbet. Og endelig finder rådet det væsentligt, at der eksisterer ensartede standarder for information og rådgivning i de forskellige regioner. Rådet har diskuteret de følgende muligheder for at sikre dette:

- At samrådenes opgaver udvides, så de også skal varetage koordinationen af det informations- og rådgivningsmæssige aspekt i forbindelse med beslutningen om eventuel abort.
- At de kvinder, der får konstateret forøget risiko for sygdomme eller misdannelser hos fosteret, tildeles en kontaktperson, som kan koordinere forløbet og også selv er i stand til at levere information og rådgivning. Kontaktpersonen kunne eventuelt være en af de sundhedspersoner, der indgår i behandlingsforløbet, men det kunne også være en person med en anden form for ansættelse.

Rådet ønsker ikke at anbefale en bestemt model, men rådet ønsker at gøre opmærksom på, at informations- og rådgivningspligten ikke nødvendigvis stopper, når kvinden har truffet beslutningen om, hvorvidt der skal ansøges om en sen abort eller ej. Også efter dette tidspunkt er det vigtigt, at kvinden har et sted at henvende sig. Dette gælder ikke mindst, hvis kvinden har fået afslag på en ansøgning om sen abort og må indstille sig på at leve på en måde, hun ikke i udgangspunktet ønskede.

## II. Debatten om fosterdiagnostik og sene provokerede aborter

Denne udtalelse er foranlediget af den ændrede praksis angående fosterdiagnostik, som blev indført i Danmark i 2004 på baggrund af Sundhedsstyrelsens *Retningslinjer for Fosterdiagnostik*. Ifølge disse retningslinjer skal alle gravide kvinder tilbydes information om mulighederne for fosterdiagnostik (informationen kan altså i princippet fravælges men bliver det meget sjældent). Fosterdiagnostik indebærer i første omgang, at der foretages en blodprøve i uge 8, som sammen med en nakkefoldsscanning mellem uge 11 og 13 kan danne grundlag for en beregning af sandsynligheden for kromosomfejl. Hvis risikoen er 1: 250 eller derover, tilbydes kvinden efterfølgende udtagning af moderkagebiopsi eller fostervandsprøve.<sup>3</sup> Desuden tilbydes alle en scanning for misdannelser cirka i uge 18. I særlige tilfælde – for eksempel i forbindelse med arvelig sygdom i familien - kan kvinderne endvidere tilbydes moderkagebiopsi eller fostervandsprøve tidligere i forløbet.

I slutningen af oktober 2006 var der en udsendelse på DR 1 om en spansk abortklinik, der foretager aborter på europæiske kvinder helt op til uge 32 i graviditeten. Det blev dokumenteret, at også danske kvinder havde fået foretaget aborter på klinikken efter at have fået afslag på en ansøgning om abort fra abortsamrådene. Efter udsendelsen lagde formanden for Abortankenævnet, Torben Hvid, op til en diskussion af de nuværende abortgrænser i Danmark med den følgende konstatering: ”Man har valgt at give kvinder det valg, at de kan få en nakkefoldsscanning. Men sådan én laver man bedst i 13. uge, og så er det for sent at få abort. Kvinderne sidder kort sagt med oplysninger, de ikke kan bruge til noget”.<sup>4</sup> Udtalelsen førte til en offentlig debat, hvor mange debattører meldte sig på banen med argumenter henholdsvis for og imod en udvidelse af abortgrænsen. Debatten satte også fokus på abortsamrådenes rolle. Nogle talte således for, at

---

<sup>3</sup> Den anbefalede risikotærskel på 1: 250 følges dog ikke ved alle sygehuse. Det skal i øvrigt bemærkes, at risikoen for en spontan abort efter fostervandsprøve eller moderkagebiopsi er ca. 1%, hvilket udgør en begrundelse for at mindske antallet af disse undersøgelser.

<sup>4</sup> Se: <http://politiken.dk/indland/article193926.ece>

abortsamrådene skulle have en mindre restriktiv praksis i forbindelse med ansøgningerne om sene aborter, så der ville blive givet færre afslag.

Abortgrænsen og kriterierne for at acceptere abort efter grænsen for den frie abort har også været diskuteret i Det Ethiske Råd. Nedenfor præsenteres de temaer i forbindelse med diskussionen, som har været afgørende for rådsmedlemmernes stillingtagen til spørgsmålene. Det skal bemærkes, at rådet ikke har haft til hensigt at forholde sig til abort på det generelle niveau, men alene til en eventuel *udvidelse* af abortgrænsen. Det skal også nævnes, at Rådets stillingtagen er baseret på den forudsætning, at tilbuddet om fosterdiagnostik videreføres i sin nuværende form. Rådet har således ikke forholdt sig til, om det nuværende tilbud skal bibeholdes eller ej. Det skal i den forbindelse tilføjes, at der forsøkes i at udvikle metoder, hvormed fosterets risiko for kromosomsygdomme kan afdækkes så tidligt som i uge 8 – 10 gennem en undersøgelse af moderens blod. Hvis det bliver muligt at anvende disse metoder inden for relativt kort tid, vil det naturligvis *formindske* det beskrevne problem med, at kvinderne efter de diagnostiske undersøgelser sidder med en viden, som de ikke uden videre kan bruge til noget. Under alle omstændigheder vil de nye metoder dog ikke kunne løse problemet helt, da det ikke i alle tilfælde vil være muligt nå frem til en endelig diagnose før uge 12. Ofte vil man dog heller ikke opnå en sikker diagnose selv på et senere tidspunkt. Også i forbindelse med den såkaldte sene misdannelsesskanning ca. i 18. graviditetsuge kan der for eksempel være usikre fund og sandsynligheder at tage stilling til.

### III. Ethiske overvejelser

I de efterfølgende afsnit fremstilles de væsentligste etiske problemstillinger i forbindelse med provokeret abort. To centrale spørgsmål er, hvilken etisk status fosteret har, og hvor meget vægt der skal lægges på kvindens selvbestemmelse. Disse spørgsmål er forbundet med hinanden på den måde, at hvis man mener fosteret har en høj etisk status, vil man normalt gå ind for en relativt omfattende begrænsning af kvindens selvbestemmelse. Omvendt vil man acceptere et væsentligt større råderum for kvinden, hvis man anser fosterets etiske status for at være lav. Samtidig vil man lægge vægt på, at kvinden gives mulighed for at træffe et informeret og velovervejet valg. Et andet væsentligt emne, som også diskuteres, er de samfundsmæssige perspektiver, det er relevant at involvere i forbindelse med abortgrænsen.

#### A. Hensynet til fosteret

##### Fosterets etiske status

I Loven om Det Ethiske Råd af 9. juni 2004 hedder det i § 1, at ”Rådet skal i sit virke arbejde ud fra respekt for menneskets og kommende generationers integritet og værdighed samt respekt for naturen og miljøet. Respekt for menneskets integritet og værdighed omfatter også det menneskelige livs første faser, herunder befrugtede menneskelige æg og fosteranlæg”.

Medlemmerne af Det Ethiske Råd anerkender naturligvis de beskrevne forudsætninger for rådets virke. Samtidig er medlemmerne dog opmærksomme på, at det kan være vanskeligt at udlede praktiske handlingsanvisninger af formuleringerne, for eksempel konkrete anvisninger angående abortgrænsen. Dette hænger blandt andet sammen med, at begreberne *integritet* og *værdighed* ikke er entydige, men derimod kan fortolkes på flere forskellige måder<sup>5</sup>. I det følgende fremstilles tre bud på, hvilken etisk status fostre og fosteranlæg har, det vil sige i hvilket omfang der af etiske grunde skal tages hensyn

---

<sup>5</sup> I Forslag til lov om Det Ethiske Råd hedder det i bemærkningerne til lovforslagets enkelte bestemmelser under § 1, at ”rådet skal i sit virke arbejde ud fra respekt for menneskets og kommende generationers integritet og værdighed. ... I integritet indgår såvel fysisk som psykisk ukrænkelighed.”

til dem.<sup>6</sup> De tre synspunkter kan siges at repræsentere forskellige opfattelser af, hvad det i praksis implicerer at udvise respekt for menneskets integritet og værdighed i forbindelse med fostre. Desuden præsenteres en opfattelse af hensynet til fosteret, som ikke baserer sig på begrebet *etisk status*.

*1. Den livsbevarende opfattelse:* I den engelsksprogede litteratur anvendes udtrykket 'the conservative position', som her er oversat til den 'livsbevarende opfattelse'. Dette synspunkt indebærer, at ethvert menneskeligt liv er bærer af en ganske speciel værdighed, som blandt andet betyder, at det bør respekteres og beskyttes mod destruktion og overgreb. Denne værdighed er ikke i sig selv et biologisk fænomen, men den er knyttet til det menneskelige liv som sådan. Dermed må denne værdighed antages helt fra det menneskelige livs begyndelse - det vil sige befrugtningen - hvor det begyndende menneskelige liv modtager alle de informationer fra manden og kvinden, som er nødvendige for dets udvikling til et enestående individ. Allerede det befrugtede æg har altså den mængde af informationer i sine gener, som det som individ har med sig livet igennem. Allerede i denne tidlige fase er det også bærer af den særlige værdighed, som er knyttet til alle menneskelige liv.

Man kan måske forklare synspunktet ved at spørge, hvornår fosteret eller fosteranlægget bliver bærer af værdighed, hvis det ikke sker allerede ved undfangelsen? Hvis det ikke sker ved undfangelsen, må der ske en udvikling eller ændring af fosteret, som kan forklare og retfærdiggøre, at fosteret før denne ændring har fundet sted ikke er bærer af værdighed, mens det efter at ændringen har fundet sted nu er bærer af den specielle menneskelige værdighed. Men hvilke ændringer kan man pege på, som faktisk kan berettige til en sådan forskel i værdighed? Er det, at fosteranlægget sætter sig fast i livmoderen? Er det at centralnervesystemet dannes? Er det, at fostret får et menneskeligt udseende med arme, ben, fingre, tæer, øjne, ører og næse? Er det, at fosteret kan overleve uden for kvindens krop? Eller er det selve det, at barnet fødes, der udgør forskellen. Ingen af svarene forekommer indlysende rigtige i den forstand, at ændringen kan forklare og retfærdiggøre, hvorfor fosteret forud for ændringen ikke er bærer af

---

<sup>6</sup> Der henvises i øvrigt til Det Ethiske Råd (2003): Menneskeligt livs begyndelse og fosteranlægs etiske status.

værdighed, mens det efter ændringen tydeligvis er bærer af den specielle menneskelige værdighed. Derfor er den oplagte konklusion, at det nye liv har den særlige menneskelige værdighed helt fra undfangelsen, således at værdigheden ikke skyldes bestemte biologiske funktioner, men er knyttet til det menneskelige liv som sådan. Hvis dette er korrekt, er det naturligvis problematisk at udføre abort, da en sådan altid må betragtes som en nødløsning, hvilket også må siges at ligge som en implicit forudsætning for indførelsen af fri abort i 1973.

Den livsbevarende opfattelse er nært beslægtet med en religiøs opfattelse, der implicerer en forestilling om livet som helligt. En religiøs forankring af den livsbevarende opfattelse vil altid indebære en forestilling om, at når denne hellighed krænkes, og det vil ske, så skyldes det ikke natur, men noget menneskeskabt (eller noget, der kommer fra mennesket selv, og som ikke kan rummes af begrebet natur). Fordelen ved en religiøs forankring er, at liv må have førsterang, og at krænkelser derfor altid kalder på den største opmærksomhed og nænsomhed.

At den livsbevarende opfattelse forudsætter en opfattelse af livet som helligt, hvis den ikke skal blive for virkelighedsfjern, er der ingen grund til at fortie, så meget mere som den selv lægger op til, at etikken vedrørende for eksempel aborter ikke primært kan hvile på et rationelt grundlag.

*2. Den gradualistiske opfattelse:* Ifølge denne opfattelse har det befrugtede æg og det tidlige fosteranlæg en meget lille etisk status. Der er derfor ikke etiske begrundelser for at tage det helt store hensyn til det for dets egen skyld. Derimod bør kvindens ønsker angående fosteranlægget på dette tidspunkt respekteres uafhængigt af, om kvinden ønsker at få barnet eller vil have foretaget abort. Ifølge den gradualistiske opfattelse forøges fosteranlæggets og fosterets etiske status imidlertid kontinuerligt gennem hele graviditetsforløbet, så barnet på et tidspunkt anses for at have fuld etisk status, det kan for eksempel være sent i graviditeten, når barnet er levedygtigt uden for livmoderen eller efter fødselen. På dette tidspunkt skal kvindens interesser ikke tillægges større vægt end fosterets og generelt gælder det, at det bliver mere og mere problematisk at foretage abort, jo længere man kommer hen i graviditeten. Der skal altså mere og mere

tungtvejende begrundelser til, for at en provokeret abort kan betragtes som etisk acceptabel og til at den tillades.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at det for ”gradualisten” principielt set altid er udtryk for en afvejning, om en given abort er etisk acceptabel eller ej. Det ligger som nævnt fast, at det som udgangspunkt er mere problematisk at foretage en sen abort end en tidlig abort. Men på den ene side kan hensynet til fosteret aldrig helt negligeres, selv om dets krav på beskyttelse i det mindste i de tidligste faser af udviklingen er begrænset. Og på den anden side kan det ikke siges at have en absolut ret til at udvikle sig videre, før det har nået et vist udviklingsniveau. Hvis man vil afgøre, om en given abort må anses for at være etisk acceptabel, skal fosterets *specifikke* krav på beskyttelse derfor afvejes i forhold til de begrundelser, der i en given situation kan anføres for at foretage aborten. Kun hvis begrundelserne for aborten er tungtvejende nok sammenholdt med det tidspunkt i graviditeten, aborten ønskes foretaget på, er det således etisk acceptabelt at udføre den.

Ud fra den gradualistiske opfattelse er det altså nødvendigt at foretage en konkret afvejning og vurdering i forbindelse med abort. Men hvordan sådanne afvejninger i praksis falder ud afhænger naturligvis af, hvilken betydning og vægt man tillægger de faktorer, der indgår i afvejningen. Der eksisterer imidlertid ikke nogen entydigt målestok for sådanne afvejninger, som derfor til en vis grad vil være udtryk for personlige værdier og situationsbundne vurderinger. Dette medfører, at man ikke på baggrund af gradualismen kan pege på nogen entydig grænse for, hvor langt hen i graviditeten provokeret abort bør være mulig. For det kommer an på, hvilken vægt man mere præcist tillægger de faktorer, der indgår i en stillingtagen til spørgsmålet, herunder hensynet til kvinden og fosteret. Denne afvejning vil givetvis afhænge af, hvem der foretager den.

På trods af de beskrevne problemer med at fastlægge grænsen for den frie abort, kan den danske abortlovgivning i flere henseender siges at basere sig på en gradualistisk opfattelse. Man kan således frit få foretaget abort i de tidligste faser af graviditeten, nemlig til og med uge 12. Dette kunne siges at afspejle den omstændighed, at fosterets



etiske status i begyndelsen af graviditeten er forholdsvis lav. Efter 12. uge kræves der imidlertid mere og mere tungtvejende argumenter for at få tilladelse til abort af abortsamtalerne, og når fosteret er levedygtigt, kan man kun få foretaget abort, hvis det sker af hensyn til kvindens overlevelse. Dette stemmer overens med, at fosterets etiske status stiger kontinuerligt gennem graviditetsforløbet.

Den gradualistiske opfattelse kan begrundes med henvisning til den udvikling, det befrugtede æg og det senere foster gennemgår i graviditetsforløbet. Det befrugtede æg er til at begynde med helt udifferentieret og kan som sådan betragtes som andet væv på linje med hudceller eller lignende. Gennem sin udvikling gennemløber fosteranlægget imidlertid i miniformat hele menneskehedens biologiske udviklingshistorie og opnår med andre ord en stigende grad af biologisk kompleksitet, indtil det til sidst har de egenskaber, der er kendetegnende for det fuldt udviklede menneske. Tilvæksten i etisk status kan siges at ske i takt med denne udvikling hen imod større og større kompleksitet. Samtidig befordrer udviklingen normalt, at den vordende moder føler sig mere og mere knyttet til barnet og bliver bevidst om relationen til det. I den forstand bliver fosteret i stigende grad en del af et socialt fællesskab, hvilket også befordrer, at det tillægges en højere og højere etisk status.

*3. Personopfattelsen:* Et tredje synspunkt er, at et barn først får fuld etisk status, når det har udviklet de egenskaber, der kendetegner en person, det vil sige egenskaber som for eksempel rationalitet, selvbevidsthed og fremtidsorientering. Først på dette tidspunkt adskiller barnet sig i etisk relevant forstand fra højerestående dyr og har dermed krav på en anden behandling end disse. For nogle tilhængere af opfattelsen er det den såkaldt eksistentielle dimension af menneskets tilværelse, der forlener personer med en højere status end andre væsener. Hvor væsener, der ikke er personer, alene kan have gode eller dårlige oplevelser her og nu, er menneskets tilværelse i stedet knyttet til værdier, medmenneskelige relationer, forpligtelser og engagementer, som har en tidslig dimension, og som ofte hænger sammen med planer og forhåbninger for fremtiden. Netop af den grund spiller for eksempel døden en helt anden rolle i personers end i andre væseners liv. For ikke nok med, at personer er yderst bevidste om deres dødelighed og kan ængstes for døden. Når de dør mister de også på en helt anden måde

end andre væsener deres mulighed for at skabe kontinuitet i livet ved at indfri deres fremadrettede planer og få opfyldt deres forhåbninger for fremtiden. Af disse grunde er døden både for den relevante persons pårørende og for personen selv væsentligt mere problematisk end for andre væsener. Når en person dør, fratages han eller hun muligheden for at realisere de planer, forhåbninger og projekter, der allerede var bygget op for fremtiden. Dette gælder ikke for andre væsener end personer, og af den grund kan døden være et større tab for en person.

Personopfattelsen kan kombineres med den gradualistiske tankegang, men en alternativ opfattelse er, at et menneskes etiske status gennemløber tre stadier. I første fase indtil fosteret efter ca. 26 dage har et fuldt udviklet centralnervesystem og kan have mentale oplevelser som smerte mv. har fosteret ingen etisk status, da det endnu ikke har udviklet bevidsthed og dermed ikke har andre relevante egenskaber end almindeligt væv. Efter ca. 26 dage har fosteret en etisk status, der maksimalt svarer til de højerestående dyrs, netop fordi det på det tidspunkt kan have mentale oplevelser og altså for eksempel føle smerte. Denne status er imidlertid ikke i sig selv tilstrækkelig til at tale afgørende imod abort, men den nødvendiggør, at en eventuel abort må foregå på en skånsom måde. Fosteret og det senere barn bibeholder en status svarende til de højerestående dyrs, indtil det i 2-3 års alderen udvikler selvbevidsthed mv. I princippet er det derfor indtil denne alder ikke *af hensyn til barnet selv* værre at slå det end et højerestående dyr ihjel. Men det kan naturligvis være problematisk af andre grunde end hensynet til barnet selv, for eksempel på grund af hensynet til forældrene eller samfundets menneskesyn.

Det skal bemærkes, at den beskrevne opfattelse tager udgangspunkt i, at det enkelte menneske ikke har en særlig etisk status *alene* i kraft af at tilhøre arten homo sapiens. Hvis det enkelte menneske har en højere etisk status end dyr og andre væsener, skyldes dette derfor egenskaber eller træk ved dette individ, som kan begrunde den højere status. At mennesket først opnår en højere etisk status end højerestående dyr et stykke tid efter fødselen, er således en logisk konsekvens af, at mennesket først på dette tidspunkt udvikler egenskaber, der adskiller sig fra dem, dyrene har.

## De tre opfattelser og en eventuel udvidelse af abortgrænsen

Det er ikke ligetil at sige, hvilke lovgivningsmæssige konsekvenser opfattelserne har. Man kan nemlig i almindelighed ikke logisk udlede en holdning til en bestemt lovgivning af en etisk opfattelse. Man kan meget vel mene, at bestemte handlinger er uetiske og alligevel ikke mene, at de pågældende handlinger bør forbydes ved lov. Det kan illustreres med det forhold, at mange tilhængere af den livsbevarende opfattelse nok vil mene, at det er etisk set meget problematisk at udføre provokerede aborter, der ikke foregår på medicinsk indikation, men på den anden siden også vil mene, at loven om svangerskabsafbrydelse er nødvendig som vort samfund nu er. Man kan ligeledes pege på, at selv om nogle af opfattelsens tilhængere vil opfatte spiral som en uetisk form for prævention, så er der meget få af dem – måske slet ingen – som vil tale for et lovgivningsmæssigt forbud mod brug af spiral.

Selv om forholdet mellem etisk holdning og synet på lovgivningen således er kompliceret, inspireres debatten om de lovgivningsmæssige grænser jo alligevel af den etiske debat. Derfor er det i nærværende sammenhæng væsentligt at se på, hvordan spørgsmålet om en eventuel udvidelse af abortgrænsen besvares i lys af de forskellige etiske opfattelser:

1) Som nævnt anser *den livsbevarende opfattelse* helt generelt aborter for at være særdeles problematiske, men umiddelbart ser det ud til at være uden betydning, om abortgrænsen udvides. Men i praksis vil langt de fleste tilhængere af opfattelsen formodentlig være imod en udvidelse af grænsen, og blandt andet begrunde dette med, at en udvidelse af abortgrænsen sandsynligvis vil føre til flere aborter samlet set. Desuden vil mange tilhængere af opfattelsen henvise til andre etiske overvejelser end fosterets etiske status, for eksempel at det på et mere generelt plan vil have negative konsekvenser for vores menneskesyn at udvide grænsen.<sup>7</sup>

2) Ud fra *den gradualistiske opfattelse* er det alt andet lige problematisk at udvide abortgrænsen, hvis det enten fører til en stigning i det samlede antal af aborter eller til

---

<sup>7</sup> Et sådant argument præsenteres i afsnittet *Samfundsmæssige perspektiver*.

en forøgelse af antallet af sene aborter. Ikke desto mindre vil det ud fra opfattelsen være acceptabelt at udvide grænsen, hvis der er tilstrækkeligt vægtige grunde til at gøre det.

3) Ud fra *personopfattelsen* er det forholdsvis uproblematisk at udvide abortgrænsen.

### **Diskussion af de tre opfattelser angående fosterets etiske status**

I den følgende diskuteres implikationerne af de tre opfattelser angående fosteranlæggets etiske status, idet blandt andet nogle af de ofte fremførte indvendinger mod opfattelserne præsenteres.

*Den livsbevarende opfattelse:* Et væsentligt spørgsmål er, om det på baggrund af denne opfattelse er mere problematisk at udføre en sen abort end en tidlig. Umiddelbart synes det ikke at være tilfældet, da opfattelsens pointe jo netop er, at det befrugtede æg har fuld etisk status allerede fra undfangelsen. Om der udføres abort i uge 12 eller på et senere tidspunkt, er derfor i henseende til fosteret tilsyneladende uden betydning. Begge dele er uacceptabelt i samme grad, fordi det i begge tilfælde er et beskyttelsesværdigt menneskeligt liv, som afsluttes. Af de samme grunde synes opfattelsen desuden at føre til, at brugen af fortrydelsespiller eller spiral må opfattes som et problem. For også det nyligt befrugtede æg må anses for at have fuld etisk status. En logisk konsekvens af den livsbevarende opfattelse synes derfor at være, at det er lige så problematisk at anvende fortrydelsespiller eller spiral som at få foretaget abort.<sup>8</sup>

At det skulle være lige så problematisk at anvende fortrydelsespiller som at udføre abort er formodentlig et synspunkt, mange har svært ved at tilslutte sig. Og i praksis finder mange tilhængere af den livsbevarende opfattelse det givetvis også mere betænkeligt at udføre abort end at anvende fortrydelsespiller. Denne holdning er imidlertid vanskeligt at forsvare alene ud fra den livsbevarende opfattelse.

---

<sup>8</sup> Opfattelsen er måske mest kendt fra udenlandske diskussioner, men har også tilhængere i den danske debat. Anne Marie Rask fra foreningen *retten til liv* forsvarer den for eksempel i *Ugens Dilemma* i Kristeligt Dagblad den 27. januar 2007. Argumentet er blandt andet, at ”princippet er det samme, hvad enten det foregår tidligt eller sent. Uanset tiden slår man små spæde liv ihjel”.

*Den gradualistiske opfattelse:* En mulig kritik af den gradualistiske opfattelse er, at det er svært at se en relevant sammenhæng mellem etisk status og stigende biologisk kompleksitet eller stigende tilknytning til moderen. For eksempel kan det anføres, at det er irrelevant, om kvinden føler sig knyttet til fosteret eller ej. Den etiske status bør således afhænge af træk ved fosteret selv og ikke af kvindens tilstand. Også i forbindelse med de andre udviklinger, der sker med fosteret eller dets betingelser i løbet af graviditeten, kan man spørge, om der er en forståelig sammenhæng mellem den givne udvikling og tilvæksten i etisk status. Dette er en af den livsbevarende opfattelses pointer. Er det for eksempel indlysende, at fosterets etiske status forøges, fordi det er levedygtigt uden for kvindens krop, hvilket formodentlig er en meget udbredt opfattelse? Nogle hævder, at dette ikke kan være tilfældet, fordi det ville have absurde konsekvens, at fosterets etiske status afhænger af det teknologiske niveau i det område, hvor fosteret befinder sig. I et højteknologisk land med kuvøser og højtudviklede behandlingsmuligheder vil fosteret nemlig have bedre muligheder for at overleve uden for kvindens krop end i et lavere udviklet land. Dermed vil det også have højere etisk status i det førstnævnte land.

*Personopfattelsen:* Som nævnt er en konsekvens af personopfattelsen, at det ikke er værre at slå et nyfødt barn end et højerestående dyr ihjel, hvis man alene tager hensynet til barnet selv i betragtning. Noget tilsvarende vil kunne siges om dybt retarderede mennesker, for så vidt som de ikke opfylder den valgte teoris kriterier for at være personer. På den måde ville personopfattelsen kunne bruges til at legitimere ikke-smertefulde eksperimenter og medlidenhedsdrab på mennesker, som efter teorien ikke regnes for personer. Et væsentligt problem for personopfattelsen er naturligvis, at den således leder frem til konklusioner, som næsten alle anser for at være forfejlede, og som i radikal grad afviger fra vore samfundsmæssige normer og fra vores lovgivning og normale praksis. For de fleste er dette formodentlig en tilstrækkelig grund til uden videre at afvise den. I forhold til normerne bag dansk lovgivning kan man i øvrigt pege på, at det er vanskeligt at se, hvordan man ud fra personopfattelsen kan forsvare, at fostre og fosteranlæg er omfattet af menneskelig værdighed og integritet (jvnf. §1 i loven om Det etiske råd).

### **Hvordan skal uenigheden angående fosteranlæggets etiske status håndteres?**

Der er ikke enighed i Det Etske Råd om, hvilken betydning hensynet til fosteret har i forbindelse med spørgsmålet om eventuelt at udvide abortgrænsen. Og også i befolkningen som helhed er der uenighed om, hvilken status fosteret har, og hvad man i forlængelse heraf skal mene om grænsen for den frie abort. Denne uenighed skaber et lovgivningsmæssigt dilemma, for hvilken opfattelse af fosterets status skal der i denne situation tages udgangspunkt i?

På den ene side kan det i en situation med udbredt uenighed mellem borgerne være en løsning at overlade beslutningen til den enkelte kvinde selv, så det er hendes opfattelse af fosteret, der er udslagsgivende for, om der i et givet tilfælde udføres abort. På den måde undlader lovgiverne at tage stilling og favoriserer altså ikke den opfattelse af fosteret, som der på det givne tidspunkt er flertal for i Folketinget. En sådan løsning, hvor en væsentlig og kontroversiel beslutning overlades til borgerne selv, kan være velvalgt i mange situationer, som for eksempel i forbindelse med valget af religion.

På den anden side kan man hævde, at det kun er på sin plads at lade den enkelte borger træffe væsentlige beslutninger selv, hvis beslutningen ikke i urimelig grad krænker andres rettigheder eller interesser. Men i forbindelse med spørgsmålet om fosterets etiske status er spørgsmålet jo netop, om fosteret er et væsen, hvis rettigheder eller interesser det overhovedet er muligt at krænke. Så i den forstand er det ikke en neutral løsning, der ikke favoriserer nogen bestemt opfattelse, at overlade beslutningen om abort til den enkelte kvinde. At overlade beslutningen om abort til kvinden kan nemlig kun ifølge dette synspunkt være på sin plads, hvis fosteret har en så lav etisk status, at det ikke har interesser eller rettigheder, som bør beskyttes gennem lovgivningen. Hvis beslutningen overlades til kvinden selv, er spørgsmålet om fosterets etiske status altså allerede indirekte besvaret. Af den grund kan man mene, at det i sidste ende er umuligt at lave en lovgivning, som ikke tager stilling til, hvilken etisk status fosteranlægget har.

### **B. Livets herlighedsværdi**

I diskussionen ovenfor handler det om forskellige opfattelser af fosterets *status*. Det har blandt andet været fremført i Rådet, at den grundlæggende erfaring af tilværelsens

herlighedsværdi: Livet er en gave, er mere afgørende. Det er et mirakel, at verden overhovedet findes for mig. Tænk, hvis det først var det efterfølgende æg i min mors cyklus, der var blevet befrugtet. I lyset af denne herlighed er det en tragedie, hver eneste gang et befrugtet æg ikke bliver til et fuldbårent menneske.

Tragedien er ikke til at komme udenom, den er et grundvilkår i menneskelivet fra fødsel til død. Det gælder også aborter: nogle gange indtræder de uforudset, andre gange kan det være nødvendigt at fremprovokere dem. Og hver eneste gang går en livsfryd tabt – både hos det menneske, der aldrig kom til verden, og hos alle de levende, der aldrig kom til at opleve glæden ved fællesskabet med det ufødte menneske.

Aborten skal fortsat være fri, mener de rådsmedlemmer der betoner livets herlighedsværdi frem for fosterets eller kvindens rettigheder. Men det er afgørende, at samfundet bevarer sansen for både herlighed og tragedie.

### **C. Overvejelser angående abortpraksis**

De fire beskrevne opfattelser indebærer alle, at det ikke er uden betydning, om en udvidelse af abortgrænsen fører til færre eller flere aborter samlet set. Det er imidlertid vanskeligt at spå om, hvordan abortmønsteret vil udvikle sig i Danmark, hvis abortgrænsen udvides. Man kan forsøge at sammenligne de øjeblikkelige tal i Danmark med tallene i andre lande, som har en senere abortgrænse end her, men sammenligningen vil være forbundet med en del usikkerhed, blandt andet på grund af forskelle i sundhedssektorens udformning og kulturelle forhold. En sammenligning med Sverige, hvor abortgrænsen er 18 uger, ser ud som følger:

Tabel 6: Antal aborter fordelt på svangerskabslængde<sup>1</sup> 1998-2005

Svangerskabslængde		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Før uge 12	6. uge eller tidligere	1.427	2.039	2.356	2.624	2.799	3.284	3.107	3.241
	7. uge	2.557	2.805	3.085	3.021	3.024	3.457	3.426	3.538
	8. uge	4.508	4.018	3.704	3.410	3.358	3.186	3.295	3.130
	9.-11. uge	7.405	6.398	5.953	5.627	5.211	4.696	5.182	4.591
	Total	15.897	15.260	15.098	14.682	14.392	14.623	15.010	14.500
Efter uge 12	12.-18. uge	391	403	444	480	445	477	462	491
	Senere end 18. uge	114	120	112	133	133	118	134	107
	Total	505	523	556	613	578	595	596	598
Ukendt		30	11	11	19	21	13	16	5
I alt		16.432	15.794	15.665	15.314	14.991	15.622	15.231	15.103

<sup>1</sup> Svangerskabslængden angives i antal fuldendte uger

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Hæfte: Legalt provokerede aborter 2005 (foreløbig opgørelse). Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 10. Nr. 5. Marts 2006



Verkställda aborter efter graviditetens längd 1975–2004

Induced abortions by duration of gestation 1975–2004

År	Fullgångna graviditetsveckor				Totalt
	-11 veckor	12-17 veckor	18- veckor	Uppgift saknas	
1975	28.451	3.752	323	..	32.526
1980	31.176	3.373	338	..	34.887
1985	28.181	2.420	237	..	30.838
1986	30.060	2.810	254	..	33.124
1987	31.743	2.740	224	..	34.707
1988	34.367	2.939	279	..	37.585
1989	34.750	2.938	232	..	37.920
1990	34.399	2.864	226	..	37.489
1991	33.077	2.545	166 <sup>1</sup>	..	35.788
1992	32.225	2.325	223	76	34.849
1993	31.781	2.072	173	143	34.169
1994	30.063	1.961	147	122	32.293
1995	29.134	2.019	165	123	31.441
1996	29.752	2.075	155	135	32.117
1997	29.235	1.866	158	174	31.433
1998	28.883	1.794	171	160	31.008
1999	28.684	1.749	182	97	30.712
2000	28.789	1.884	196	111	30.980
2001	29.559	1.863	208	142	31.772
2002	31.033	1.983	232	117	33.365
2003	32.090	2.000	263	120	34.473
2004	32.108	1.946	274	126	34.454

<sup>1</sup>Viss underrapportering har konstaterats. Hur stor denna var har inte gått att fastställa.

Kilde: Socialstyrelsen: Statistik. Hälsa och Sjukdomar, 2005:3. Aborter 2004

I 2004 var befolkningstallet i Sverige 8.975.700 og i Danmark 5.397.600. Antallet af aborter pr. 100 kendte graviditeter var samme år 25,7 i Sverige og 19,3 i Danmark.<sup>9</sup>

En sammenligning af tallene viser, at der i Sverige udføres relativt flere aborter end i Danmark. Desuden er den procentvise andel af sene aborter i Sverige markant forøget i forhold til danske forhold. Den frie abort blev indført i Sverige i 1975, og grænsen for abort var fra begyndelsen til og med uge 18. Sammenligningen af tallene kan sandsynliggøre, at det både vil føre til flere aborter og til relativt flere sene aborter at udvide grænsen for fri adgang til abort i Danmark, Men man kan ikke nå frem til en sikker konklusion, da der kan være andre forklaringer på forskellene.

Det skal bemærkes, at man i Sverige har en veludviklet tradition for at yde rådgivning på det seksuelle område, også i forbindelse med uønskede aborter.<sup>10</sup> Dette kan måske være medvirkende til, at man på trods af en længerevarende abortgrænse i Sverige ikke har endnu større overvægt af sene aborter sammenlignet med Danmark. Under alle omstændigheder ønsker Det Ethiske Råd at pege på nødvendigheden af, at kvinderne har mulighed for at få en fyldestgørende information og efter kvindens ønske også rådgivning i forbindelse med beslutningen om abort, hvad enten den nuværende abortgrænse bevares eller ej. Der er tale om en vigtig beslutning, som det for mange kan være svært at forholde sig til og overskue konsekvenserne af, ikke mindst hvis der er tale om et misdannet barn eller risiko for misdannelser, eller hvis kvinden lever under vanskelige betingelser. I disse situationer er det meget væsentligt, at kvinden er opmærksom på de støtteforanstaltninger, det offentlige tilbyder.

### **Meddelelse af afslag**

Det har været fremme i dagspressen, at nogle kvinder af abortsamrådene er blevet meddelt afslag på en ansøgning om sen abort pr. brev uden yderligere opfølgning i form af samtale eller lignende. Det Ethiske Råd finder en sådan praksis særdeles beklagelig. Efter rådets opfattelse bør såvel tilladelse som afslag meddeles ved et personligt møde og følges op af et tilbud om information og rådgivning. Rådet finder, at der også i

---

<sup>9</sup> Jævnfør Socialstyrelsen: Statistik. Hälsa och Sjukdomar 2005:3, Aborter 2004, s.12.

<sup>10</sup> Se RFSU's hjemmeside på <http://www.rfsu.se/>

forbindelse med en tilladelse bør være mulighed for information og rådgivning, da det ikke kan tages for givet, at alle kvinder på dette tidspunkt har truffet den endelige beslutning.

### **Kriterier for sene aborter**

Medlemmerne af Det Ethiske Råd har diskuteret, hvilken betydning det har for fosterets status, når fosteret har en alvorlig sygdom eller en anden form for defekt. Spørgsmålet er, om dette gør det mindre problematisk at foretage en abort, end når der er tale om et rask foster? Medlemmerne i rådet har givet udtryk for to forskellige synspunkter. Et synspunkt er, at fosterets etiske status er knyttet til den menneskelige værdighed og selve dette at være menneske. Ud fra dette synspunkt har et foster den samme etiske status uafhængigt af, om der er tale om et raskt eller et sygt foster. At fosteret er sygt medfører efter disse medlemmers opfattelse ikke, at der etisk set stilles svagere krav til, hvordan det skal behandles, end hvis der var tale om et raskt foster. Nogle af de medlemmer, der har dette synspunkt, ønsker dog at gøre opmærksom på, at de ikke af den grund nødvendigvis finder det etisk uacceptabelt at udføre sene aborter på grund af alvorlig sygdom hos barnet i alle situationer. Men dette må begrundes ud fra forældrenes ønske om at få et normalt barn og ikke med, at barnet har mindre ret til at leve, fordi det er sygt.

Et andet synspunkt er, at det er mindre problematisk at foretage en abort, hvis fosteret på grund af alvorlig sygdom må forventes at få en væsentligt lavere livskvalitet end det normale. Alt andet lige må det betragtes som et mindre tab at abortere et sådant foster end et, der må antages at få en højere livskvalitet. For nogle af medlemmerne kan tankegangen yderligere begrundes med, at nogle fostre er så biologisk afvigende fra det normale, at dette må påvirke deres etiske status. Dette gælder for eksempel for et foster uden hjerne eller med andre meget alvorlige defekter. De medlemmer som mener, at det er mindre problematisk at abortere et alvorligt misdannet foster end et raskt, ønsker imidlertid at gøre opmærksom på, at tankegangen kun i meget få tilfælde kan bruges som argument for, at aborten foretages af hensyn til fosteret og det kommende barn selv. For i langt de fleste tilfælde får også endog alvorligt handicappede personer et liv, der er værd at leve. Dette skyldes blandt andet, at sådanne personer allerede fra begyndelsen af deres liv tvinges til at tilpasse deres målsætninger til deres muligheder og derfor ikke

oplever de samme skuffelser som en person, der for eksempel bliver handicappet på et senere tidspunkt i sit liv. Medlemmerne vil derfor advare mod, at man ukritisk begrundet sene aborter på syge eller defekte fostre med, at dette når alt kommer til alt også er det bedste for det kommende barn. Meget tyder på, at dette ikke gælder i forbindelse med de fleste af de tilstande, man normalt mener, kan begrunde provokeret abort, for eksempel Downs syndrom eller cystisk fibrose.<sup>11</sup>

I Abortankenævnets årsrapport fra 2005 anføres det, 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”. I forlængelse heraf fremhæves det endvidere, at det er ”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”.

Efter medlemmernes opfattelse er det væsentligt at gøre sig klart, at man kan diskutere sværhedsgraden ud fra flere forskellige kriterier. Og hvilket kriterium, man anvender i vurderingen, er hverken ligegyldigt af praktiske eller af etiske grunde. Et muligt udgangspunkt for vurderingen er for eksempel, i hvilket omfang barnet må forventes at få særlige behov for støtte og pleje fra omverdenen. Hvis dette kriterium anvendes, synes det etiske fokus for vurderingen at være *forældrenes* og eventuelt samfundets interesser, fordi kriteriet gør det muligt at sætte et loft over den belastningsgrad, barnet kommer til at udgøre i forhold til omverdenen. Dette kriterium fører imidlertid ikke nødvendigvis til den samme konklusion, som det ville gøre at tage udgangspunkt i barnets forventede livskvalitet - og hermed lade det etiske fokus være hensynet til barnet. Et barn kan nemlig godt have en høj livskvalitet, selv om det er relativt plejekrævende, hvilket personer med Downs syndrom er et udmærket eksempel på. Dette kriterium ville videre afvige fra et kriterium, der var defineret ud fra vurderinger

---

<sup>11</sup> Jævnfør Michael Norup: Ethiske problemer i forbindelse med fosterdiagnostik og præimplantationsdiagnostik, i *Bioetik* (red. Karsten K. Klint og Svend Andersen), Rosinante 1999, p. 69-80.

af levetid eller objektive funktionsnedsættelser mv. At de beskrevne kriterier kan føre til forskellige konklusioner og har forskelligt etisk fokus indikerer efter medlemmernes opfattelse, at der kan være behov for at præcisere, hvilket kriterium eller hvilke kriterier der tages udgangspunkt i – og med hvilken vægt og begrundelse. Overvejelser angående dette kunne eventuelt indgå i Ankenævnets drøftelser med samrådene og fremgå af Ankenævnets årsrapporter.

Det Ethiske Råd har drøftet, om den nuværende praksis i samråd og ankenævn angående ansøgninger om sene aborter på grund af alvorlig sygdom har fundet sit rette leje, eller om der i stedet bør etableres enten en mere eller en mindre restriktiv praksis. Som det fremgår af overvejelserne om fosteret etiske status ovenfor, kan en sen abort efter rådsmedlemmernes opfattelse imidlertid kun sjældent begrundes med, at dette af hensyn til fosteret selv er at foretrække, fordi det har en alvorlig sygdom eller en anden form for defekt. For en del af medlemmerne medfører dette, at de principielt set ikke kan gå ind for en mindre restriktiv praksis end den nuværende. Hvis den eksisterende praksis skal ændres, skal det snarere være i en langt mere restriktiv retning, så der kun gives tilladelse til sene aborter, hvis der er tale om særdeles alvorlige funktionsnedsættelser, som i meget væsentlig grad påvirker livsudfoldelsen. Alene ud fra en sådan betragtning bør der for eksempel ikke gives tilladelse til abort efter uge 12 i forbindelse med Downs syndrom.

De medlemmer, der har denne opfattelse, begrundes den med, at beskyttelsen af fosteret er det hensyn, der skal tillægges helt afgørende vægt i forbindelse med sene aborter. Det bør derfor ikke tilsidesættes på grund af andre involverede hensyn, for eksempel hensynet til kvindens selvbestemmelse. Medlemmerne er dog ikke blinde for, at deres principielle holdning er vanskelig at fastholde i praksis, fordi mange kvinder blot vil få aborten foretaget i udlandet i stedet for i Danmark. Dette kan tale for, at den nuværende praksis for tilladelse til sene aborter ikke bliver for restriktiv.

Andre rådsmedlemmer tillægger ikke hensynet til fosteret den samme afgørende vægt. For disse medlemmer bør kriterierne for, hvornår der kan udføres sene aborter på grund af alvorlig sygdom eller misdannelse, derfor fastlægges på baggrund af en afvejning af

flere forskellige værdier, hvor hensynet til fosteret indgår, men ikke nødvendigvis har nogen forrang. Det skal blandt andet holdes op imod hensynet til kvinden og kvindens selvbestemmelse; hvordan det påvirker samfundets menneskesyn på det mere generelle niveau at ændre praksis for godkendelse af sene aborter; samt eventuelle andre negative og positive konsekvenser af at ændre samrådenes praksis, som for eksempel at det vil føre til flere aborter eller blot vil bevirke, at kvinderne tager til udlandet og får udført aborterne endnu senere. Som det fremgår af det forudgående, vil hensynet til fosteret desuden indgå på forskellig måde afhængig af, hvilken opfattelse af fosterets etiske status, man tilslutter sig. Ud fra én opfattelse er det således af væsentlig betydning, hvornår den sene abort mere præcist udføres. Et andet og foreneligt synspunkt er, at hensynet til fosteret taler mindre og mindre imod abort, jo mere sygdommen eller misdannelsen må forventes at nedsætte livskvaliteten for det fuldt udviklede individ. Hvis sygdommen er meget alvorlig, kan hensynet til fosteret endog i enkelte tilfælde tale *for* en abort.

Den beskrevne afvejning falder forskelligt ud for de medlemmer, der tilslutter sig afvejnings-synspunktet. Nogle af medlemmerne er tilfredse med den nuværende praksis. Andre anbefaler en mindre restriktiv praksis, så der kun gives afslag på ansøgninger om sene aborter i sjældne tilfælde, hvor sygdommen eller misdannelsen er af bagatelagtig karakter, for eksempel ved lettere læbe-gane spalte, ekstra eller sammenvoksede tæer. Ingen af medlemmerne går derimod ind for en mere restriktiv praksis end den nuværende.

Af Abortankenævnets årsberetning fra 2004 fremgår det, at samrådene i nogle tilfælde har givet tilladelse til abort på baggrund af en konstateret og forholdsvis lav risiko for, at fosteret havde en arvelig sygdom.<sup>12</sup> I et tilfælde var risikoen på 3 %. Det fremgår af årsrapporten fra 2005, at Ankenævnet på denne baggrund fremhævede, at der kun bør gives tilladelse til abort ved markant forøget risiko, og at det under alle omstændigheder bør tilstræbes at foretage diagnostiske undersøgelser, der kan bekræfte eller afkræfte mistanken om en given lidelse. I årsrapporten anføres det dog, at ”i de tilfælde, hvor

---

<sup>12</sup> Det Ethiske Råd har fået oplyst, at der ikke eksisterer præcise tal for, i hvor mange tilfælde dette er sket.

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.”<sup>13</sup> (s. 36-37). Samme steds anføres det, at det i debatten om abort på ren risikoindikation 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”.

Det Ethiske Råd har diskuteret, hvornår sandsynligheden for at få et misdannet barn må betegnes som henholdsvis acceptabel eller uacceptabel. Nogle medlemmer ønsker at gøre opmærksom på, at det ikke er muligt at give et objektivt svar på dette spørgsmål. Hvorvidt en given risiko er acceptabel eller uacceptabel, vil efter disse medlemmers opfattelse altid afhænge af situationen og af en række værdimæssige vurderinger, som varierer fra person til person. Det afhænger af, hvilken etisk status man tillægger det eksisterende foster. Det afhænger også af, hvor meget vægt man lægger på at undgå at få et misdannet barn med netop det handicap, der er tale om. Hvis man lægger stor vægt på at undgå det, behøver sandsynligheden ikke at være særlig stor, før den vil opleves som uacceptabel.

Hvor stor en sandsynlighed, der accepteres, vil normalt afhænge af, hvor alvorlig en sygdom eller misdannelse, der er tale om. I nogle tilfælde vil vurderingen også afhænge af, om kvinden anser det for at være uproblematisk at blive gravid igen efter en eventuel abort. I al almindelighed har mennesker desuden en vidt forskellig indstilling til risici. Nogle ønsker at have kontrol over begivenhederne og har måske af den grund en aversion mod risici, mens andre altid forventer det bedste eller har en ”gamblertindstilling”. Alt i alt vil en risiko på for eksempel 3 % for at få et misdannet barn måske derfor af nogle opfattes som ”høj”, mens andre vil anse den for at være acceptabel.

---

<sup>13</sup> Paragraffen omhandler tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter 12. svangerskabsuge, når der er fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg, beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse.

Alle medlemmer af Det Ethiske Råd er enige med Abortankenævnet i, at det bør tilstræbes at undgå aborter alene på risikoindikation, hvor man ikke har forsøgt at udrede tilstanden nærmere. Men medlemmerne er uenige om, hvor stor risikoen for at få et misdannet barn bør være, før det kan accepteres at udføre abort i de tilfælde, hvor det ikke er muligt at af- eller bekræfte alle de mulige defekter, eller hvor det først er muligt langt henne i graviditeten. Efter nogle medlemmers opfattelse bør denne beslutning overlades til kvinden, fordi betydningen af en given sandsynlighed altid vil være udtryk for en subjektiv vurdering. Andre medlemmer deler ikke dette synspunkt. Efter disse medlemmers opfattelse er det af hensyn til fosteret og/eller af hensyn til vores fælles menneskesyn (se afsnittet om samfundsmæssige perspektiver) under alle omstændigheder nødvendigt, at sådanne afgørelser enten er regulerede gennem lovgivningen eller træffes af offentlige instanser.

Nogle medlemmer finder det vanskeligt at afgøre, om det vil føre til færre eller flere aborter på risikoindikation at udvide abortgrænsen. For mens nogle kvinder måske i dette tilfælde vil udsætte en stillingtagen til abort til efter misdannelsesscanningen er udført omkring uge 18, vil andre kvinder måske få udført en abort umiddelbart efter nakkefoldsscanningen omkring uge 13 på baggrund af en lavere risiko for misdannelse, end samrådene ville have accepteret som abortgrundlag. Under alle omstændigheder er det dog ikke på sin plads at fokusere særskilt på at nedbringe antallet af aborter, der udføres alene på risikoindikation. Antallet af disse aborter må også sættes i forhold til, om det vil føre til en samlet stigning i antallet af aborter at forhøje abortgrænsen. Desuden er det for flere af medlemmerne af væsentlig betydning, om aborterne udføres tidligt eller sent i graviditeten.

#### **D. Hensynet til kvinden**

Historisk set var der utvivlsomt mange begrundelser også af pragmatisk karakter for at indføre den frie adgang til provokeret abort i 1973. For det første ønskede man at nedbringe antallet af illegale aborter, herunder også sene aborter, som i nogle tilfælde kunne indebære komplikationer eller endog dødsfald. For det andet var det i praksis blevet væsentlig lettere end tidligere at få godkendt en tidlig abort efter de gamle regler



fra 1937, ifølge hvilke kvinden kun kunne tillades abort under bestemte og forholdsvis restriktive betingelser. For det tredje gik en stor del af befolkningen i årene forud for 1973 ind for fri abort.

### **Kvindens selvbestemmelse**

En væsentlig begrundelse for at acceptere den frie abort er hensynet til kvindens selvbestemmelse. Denne ret til selvbestemmelse kan udlægges snævert som en anerkendelse af kvindens ret og kompetence til at bestemme over sin egen krop eller mere bredt som kvindens ret til at bestemme over eget liv, herunder at kunne undgå at få et uønsket barn.

I mange situationer, hvor man uden videre accepterer en persons ret til selv at bestemme, har personens beslutninger ikke radikal betydning for andre mennesker end personen selv. Dette kan være én af grundene til, at man i den givne situation anser retten til selvbestemmelse for at have afgørende betydning. I forbindelse med beslutninger om abort er situationen imidlertid mere kompliceret, fordi kvindens valg har afgørende betydning også for fosterets fremtid. I den forstand kan man måske endda sige, at kvinden handler *på vegne af* fosteret. Netop af den grund er det på den ene side væsentligt at afklare, hvilken etisk status fosteret har. Hvis denne anses for at være tilstrækkeligt stor, er det problematisk at overlade beslutningen fuldstændigt til kvinden selv. På den anden side er det nødvendigt at tage stilling til, om der i den givne situation er grund til at tillægge kvindens selvbestemmelse *særlig* vægt. Et almindeligt synspunkt er, at dette er tilfældet, blandt andet fordi graviditeten vedrører kvindens råderet over egen krop og har meget indgribende betydning for hendes fremtidige livsførelse. Hvis man går ud fra det, skal der meget væsentlige begrundelser til for ikke at imødekomme kvindens ønske om at afbryde den graviditet, hun ikke ønsker at gennemføre.

På baggrund af et princip om, at kvinden selv har ret til at bestemme over sit liv og sin krop, kan den nuværende praksis i forbindelse med abort opfattes som formynderisk i flere henseender. For det første kan man mene, at det er udtryk for formynderi overhovedet at fastlægge en grænse for den frie abort, da det bør være kvindens opfattelse af blandt andet fosterets etiske status, som er udslagsgivende for, om - og i givet fald inden for hvilket tidsrum - der kan udføres abort. Man kunne hævde, at dette

ikke mindst gælder i en situation som den nuværende, hvor der er uenighed om, hvilken status fosteret har – og hvor der ikke eksisterer nogen ukontroversiel måde at besvare spørgsmålet på. Ligeegyldigt hvad abortgrænsen fastlægges til at være, vil der derfor være tale om en grænse, der for mange vil fremstå som temmelig vilkårlig. På denne baggrund forekommer det måske ikke mindre velbegrundet at lade kvinden bestemme selv, i det mindste inden for det tidsinterval i graviditeten, hvor der eksisterer udbredt uenighed angående fosterets krav på beskyttelse.

Det skal dog bemærkes, at den nuværende abortgrænse ikke er lagt helt vilkårligt, men på den ene side er fastlagt ud fra et hensyn til, at der skal være tid til at, graviditeten kan dokumenteres og erkendes af de involverede, og på den anden side, at der ikke bør gå mere tid end højst nødvendigt, før der eventuelt foranstaltes provokeret abort, idet indgrebet som tiden går, bliver stadig mere omfattende.

Uafhængigt af den ovenstående problematik kan man for det andet mene, at den nuværende praksis angående godkendelse af sene aborter også af en anden grund er formynderisk. Det at skulle tage stilling til eventuel abort af et ønskebarn på grund af misdannelser er et valg, som på et eksistentielt plan er meget vanskeligt. Der vil være tale om en svær granskning af egne værdier og vurderinger af egne og familiens ressourcer – granskninger, som kun de involverede kan foretage. Forskellige mennesker og familier har meget forskellige ressourcer og netværk, og det, som den ene familie kan klare, kan splitte den anden. Det er naturligvis vigtigt, at kvinden og familien har adgang til støtte og rådgivning i denne situation, men da det er kvinden eller parret, der i givet fald skal opfostre barnet, kan overhovedet det, at andre skal stille sig til dommer over, om deres beslutning er rigtig, betragtes som krænkende. At disse instanser har bemyndigelse til at tilsidesætte kvindens beslutning, kan betragtes som endnu mere krænkende.

At abortankenævnet ikke nødvendigvis tager kvindens værdier og opfattelser i betragtning i forbindelse med afgørelsen, kan eksemplificeres med en ankesag, der beskrives i ankenævnets årsberetning fra 2005. Et par, der i forvejen havde en pige på 1½ år, havde anmodet om tilladelse til svangerskabsafbrydelse i uge 16, blandt andet

med den begrundelse, at deres boligforhold var ulidelige, deres økonomi anstrengt og at kvinden ikke ønskede at gå på barselsorlov igen. Ankenævnet stadfæstede imidlertid samrådets afslag på anmodningen, idet ”der blev lagt vægt på, at kvindens sociale forhold var gode idet hun havde arbejde og et fast parforhold også selvom økonomien var anstrengt og boligforholdene trange” (s. 24). Man kan hævde, at både denne og andre afgørelser, der baserer sig på en vurdering af kvindens situation, er formynderiske, fordi de overtrumfer kvindens eget perspektiv og i stedet tager udgangspunkt i de holdninger, som er repræsenterede i samrådene og abortankenævnet – holdninger som vil variere fra samråd til samråd. Problemet ville formodentlig kun kunne løses ved i disse situationer at overlade beslutningen til kvinden selv, dvs. ved at acceptere fri abort i stedet for abort på anmodning.

Da det må antages, at danske kvinder generelt har et ansvarligt og reflekteret forhold til provokeret abort, er der næppe grund til at frygte, at en mulighed for frit at vælge abort på sygdomsindikation efter 12. uge ville blive misbrugt. Dette understøttes af, at der ikke vil være nogen fordel ved at udskyde en abort til efter 12 uge, hvor indgrebet er langt mere kompliceret og psykisk belastende, hvis der ikke er meget gode grunde til at gøre det.

Kvindens beslutning angående abort vil i mange tilfælde basere sig på en række forskellige typer af værdier og opfattelser. Nogle af disse værdier kan for eksempel være af etisk karakter, for eksempel opfattelser angående fosterets etiske status. Hvis kvinden er af den opfattelse, at det er forkert at foretage sen abort, kan hun således udmærket undlade at få foretaget en sådan, selv om det i andre henseender ville passe bedre med hendes ønsker og interesser at få det gjort. En anden type af værdier er personlige værdier og ønsker, for eksempel angående forældrerollen, måden familien internt skal fungere på eller hvor meget tid, kvinden eller parret ønsker at have tilbage til andre væsentlige projekter ved siden af familielivet. Disse værdier kan naturligvis være afgørende for, hvorvidt kvinden overhovedet ønsker at få et barn eller ej, men de kan også have betydning for, hvad det er for et barn, kvinden ønsker. For eksempel kan en kvinde, hvis identitet i høj grad bygger på tidskrævende personlige gøremål i forbindelse med for eksempel sport eller arbejde, måske opfatte det som mere

problematisk at opfostre et handicappet barn, end tilfældet ville være for en kvinde, der ikke på samme måde føler sig bundet til sine øjeblikkelige gøremål. Det er væsentligt at være opmærksom på, at de forskellige værdier ikke nødvendigvis peger i samme retning i forbindelse med en stillingtagen til provokeret abort. Kvinden kan derfor være nødt til at underkaste sine værdier en kritisk vurdering med henblik på at prioritere og afveje dem. En sådan afvejning kan være særdeles vanskelig at gennemføre og gøres ikke lettere af, at kvinden kan være nødt til at forholde sig til situationer, som hun ikke i forvejen har erfaringer med. For eksempel er det ikke let at forholde sig til, hvordan det påvirker ens tilværelse at få et handicappet barn – eller for den sags skyld et normalt barn, hvis man da ikke lige har børn i forvejen. En kvinde, der skal træffe en beslutning om abort, kan derfor i nogle tilfælde befinde sig i en meget udsat og sårbar position.

Det skal bemærkes, at en kvinde også i på andre tidspunkter i graviditetsforløbet bringes i situationer, hvor det kan være vanskeligt at træffe kvalificerede beslutninger. Dette gælder ikke mindst i forbindelse med tilbuddet om fosterdiagnostik og den efterfølgende risikovurdering. Mange medlemmer af Det Ethiske Råd er således af den opfattelse, at selve tilbuddet om fosterdiagnostik skaber et pres eller en tvang, som gør det vanskeligt at sige nej både til det og til en efterfølgende abort, hvis det viser sig, at fosteret har en misdannelse. Dette hænger sammen med, at tilbuddet i sig selv rummer et klart signal om, at det for mange kvinder må antages at være væsentligt at kunne kontrollere graviditetsforløbet og undgå at få et misdannet barn. I betragtning af, at man kan mene, at tidsånden samtidig i al almindelighed understøtter et ideal om perfektion og kontrol, kan dette signal være vanskeligt at overhøre, selv om kvinden måske i udgangspunktet ville havde foretrukket, at der slet ikke eksisterede et sådant tilbud. For nogle kvinder kan det måske også spille en rolle, at de mener, de i givet fald pådrager sig et ubehageligt ansvar for selve dette at få et handicappet barn, hvis de vælger at sige nej til tilbuddene om fosterdiagnostik. Hvis tilbuddet ikke eksisterede, ville dette at få et handicappet barn naturligvis ikke kunne opfattes som ansvarspådragende for kvinden selv. Også i forbindelse med den risikovurdering, som oplyses på baggrund af blodprøven og nakkefoldsskanningen, er det givetvis vanskeligt for mange kvinder at træffe en kvalificeret og selvstændig beslutning, ganske enkelt fordi det er svært at forholde sig til de involverede sandsynligheder. Og under alle omstændigheder får

graviditeten for mange kvinder et andet forløb, end de kunne ønske sig, fordi den oplyste sandsynlighed bidrager til, at hun ikke kan lade være med at fokusere på muligheden for at få et misdannet barn – også selvom sandsynligheden måske statistisk set måske er lav.

At det kan være vanskeligt at gøre sin stilling op i forbindelse med provokeret abort bekræftes af en undersøgelse af psykologiske aspekter, brugerholdninger og forventninger i forbindelse med ultralydsskanning i graviditeten. Undersøgelsen påviste således ”en væsentlig diskrepans mellem holdninger til abort før risikovurdering (skanning) idet under halvdelen (48 %) af de undersøgte kvinder på forhånd var indstillet på at vælge abort, hvis der påvises Downs syndrom hos fosteret og det faktum at ca. 98 % alligevel vælger abort, hvis Downs syndrom rent faktisk påvises”.<sup>14</sup> Med henvisning til en oversigt over informeret valg i forbindelse med prænatale tests antydes det i undersøgelsen, at denne diskrepans måske blandt andet kan forklares med, at ”den sundhedsfaglige ekspert havde en signifikant indflydelse på forældrenes opfattelse af graden af påviste afvigelsers alvor og siden på beslutningen om abort”.<sup>15</sup> Og i forlængelse heraf stilles spørgsmålet, om den information, den gravide modtager og skal træffe deres beslutning ud fra, overhovedet kan være neutral (non-direktiv).

At det også kan være vanskeligt for mange kvinder at forholde sig til selve tilbudet om fosterdiagnostik bekræftes af en undersøgelse af kvindernes forventninger og holdninger til fosterdiagnostik. I undersøgelsen konkluderes det således blandt andet, at ”Kvinderne kender generelt (70 – 96 %) til de praktiske aspekter af undersøgelsen, men har ofte begrænset forståelse for ulemperne ved og konsekvenserne af den. Der er indikation for en modsætning mellem sundhedsvæsenet, som tilbyder en behandling med det formål at opdage misdannelser ved fosteret – og derved give den gravide

---

<sup>14</sup> S. 9

<sup>15</sup> S. 49

kvinde et valg angående graviditeten – og den gravide kvinde, som først og fremmest deltager for at opnå sikkerhed for, at alt er i orden”.<sup>16</sup>

En anden måde at se på kvindens ageren i forbindelse med fosterdiagnostik kunne være, at hun faktisk træffer et ansvarligt og informeret valg ud fra deres egne værdier, herunder hendes syn på fosterets etiske status, når hun fravælger et handicappet barn. Mange tager imod tilbuddet om fosterdiagnostik, og det er i en sådan optik ikke udtryk for, at de enkelte kvinder føler sig presset til det, eller at de ligger under for et ønske om perfektion hos deres kommende barn. Til alle tider har mennesker været optaget af, om det barn, de ventede, var sundt og velskabt, og når der i dag eksisterer et redskab, som synes at love at hjælpe med at sikre det, vil folk ønske at tage imod det. De tager ikke imod tilbuddet om fosterdiagnostik, for at kunne fravælge et konkret barn, som de ikke kender, men et muligvis sygt barn – formentlig med henblik på i stedet at få et rask barn. Det, at nogle vælger abort på risikoindikation, er fra denne synsvinkel heller ikke udtryk for, at de involverede kvinder lader sig presse af lægerne til at vælge abort, men simpelthen fordi mennesker, stillet overfor det reelle (og ikke kun hypotetiske) valg, vil ønske sig et rask barn. Det skal også i denne sammenhæng tilføjes, at det ikke nødvendigvis er tydeligt for alle kvinder, hvad tilbuddet om fosterdiagnostik indebærer.

Der kan være en diskrepans mellem den enkelte kvindes ønske om at få et rask barn, og et overordnet ønske om for eksempel at sikre fravalg af handicappede børn, eller om at gennemsætte et bestemt syn på fosterets etiske status, som umuliggør sådanne fravalg. Sådanne overvejelser kunne tale for at undlade at tilbyde fosterdiagnostik, eller kun at tilbyde den, hvor risikoen var særligt høj for nogle få og udiskuterbart alvorlige sygdomme. I en situation, hvor fosterdiagnostik imidlertid eksisterer som en mulighed, kan det dog diskuteres, om det er rimeligt at forvente af den enkelte kvinde, at hun skal undlade at fravælge fostre med sygdomme eller handicap, hvis det ikke strider mod hendes værdier og syn på fosterets status at gøre det.

---

<sup>16</sup> Katja Dahl et al.: ”Informed consent attitudes, knowledge and information concerning prenatal examination; *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2006; 85: 1414 – 1419, p. 1417-1418 (rådets oversættelse)

### **Mulige konsekvenser for kvinden af at udvide abortgrænsen**

Udover de mere principielle overvejelser angående kvindens selvbestemmelse, er det efter rådets opfattelse også væsentligt at overveje, hvilke konsekvenser det i praksis vil have henholdsvis at bibeholde og udvide abortgrænsen. Rådet har primært drøftet de følgende forhold:

- Hvis grænsen for fri abort udvides, vil det styrke kvindernes selvbestemmelse og ophæve eller begrænse det formynderi, der knytter sig til samrådenes og ankenævnets funktion. Mere specifikt vil det også løse problemet med, at nogle kvinder sættes i en vanskelig situation, fordi de på baggrund af resultaterne fra de fosterdiagnostiske undersøgelser ønsker at få udført en abort, men ikke får deres ansøgning godkendt af samråd/abortankenævn. Hvor mange kvinder det præcist drejer sig om, er vanskeligt at udtale sig om. Det fremgår af Abortankenævnets årsberetning, at Ankenævnet i 2005 stadfæstede i alt 22 afslag på sene aborter, heraf 1 efter § 3, stk. 1 nr. 3 og 6 efter § 3, stk. 3, som begge omhandler faren for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse. Disse tal må holdes op imod, at samrådene i 2005 gav afslag på ansøgninger om aborter i henhold til § 3, stk. 1, nr. 1-6 i 63 tilfælde (det er ikke specificeret, i hvilke tilfælde afslagene vedrører § 3, stk. 1 nr. 3, ligesom antallet af afslag efter § 3, stk. 3 ikke fremgår). Under alle omstændigheder er det ikke alle afslag fra samrådene, der ankes til Ankenævnet, men det vides ikke, om dette skyldes, at kvinden ændrer opfattelse angående ønsket om abort efter afslaget, eller om det skyldes andre forhold, for eksempel manglende overskud eller manglende tiltro til, at afslaget vil blive omstødt.
- Hvis grænsen for den frie abort udvides, vil nogle aborter formodentlig blive udført senere i graviditeten end nu. Dette vil skabe unødige psykologiske og lægefaglige komplikationer for kvinden, eftersom aborter efter uge 13 gennemføres ved hjælp af en proces, som ligner en fødsel og er væsentligt mere indgribende end tidlige aborter. Samtidig gør det indtryk på både kvinden eller parret og det behandlende sundhedspersonale, at der omkring uge 13 er tale om

et foster på ca. 8 cm., og at det med senere aborter bliver i tiltagende grad muligt at identificere både arme, ben, krop, hoved og køn.

- Den nuværende abortgrænse kan på den ene side være en beskyttelse af den gravide ved at nødvendiggøre en beslutning og dermed sætte en grænse for indgrebets omfang og en grænse for vanskelighederne med at tage beslutningen. For nogle kvinder kan grænsen måske også være et velkomment bolværk eller en velkommen undskyldning for at fortsætte en graviditet, der er gået ud over uge 12, i tilfælde hvor for eksempel partneren eller andre pårørende ikke ønsker graviditeten gennemført. På den anden side vil en forhøjelse af abortgrænsen for nogle kvinder måske tværtimod give dem den ekstra tid til overvejelse, som kan føre til en afklaring.
- Den nuværende lægefaglige og samfundsmæssige praksis kan siges at udøve et pres over for de gravide kvinder, som gør det vanskeligt at afslå såvel tilbuddet om at få udført fosterdiagnostik som et eventuelt efterfølgende tilbud om at få foretaget abort på grund af sygdom eller misdannelse. Hvis grænsen for den frie abort forhøjes, vil dette pres være vanskeligere end nu at modstå.
- Hvis grænsen for den frie abort udvides, vil samrådenes og abortankenævnets rolle reelt være udspillet. Det kan have den uheldige konsekvens, at der for nogle kvinder ikke vil være et oplagt sted at henvende sig for at modtage eller blive henvist til information og rådgivning om for eksempel alvorligheden af en given sygdom/misdannelse eller mulighederne for at få støtte af det offentlige i forbindelse med opfostringen af et handicappet barn. Dette kan bevirke, at kvinden træffer sin beslutning på forfejlede præmisser, fordi hun ikke er tilstrækkeligt informeret. I stedet for i praksis at nedlægge samrådene, kunne det måske omvendt komme på tale at bevare den nuværende grænse for fri abort og samtidig styrke samrådenes informerende og rådgivende funktion.

### **Abortindgreb**

Medicinsk abort: Frem til 9 ugers graviditet kan indgrebet udføres som medicinsk abort. Kvinden får to slags medicin. Først gives et antigraviditetshormon, som stopper fosterets



udvikling. To dage senere gives 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.

Kirurgisk abort: Kirurgisk abort udføres frem til omkring 13 uger. Den kirurgiske abort foregår i Danmark typisk i fuld narkose efter forbehandling med et stof, som blødgør livmoderen og starter åbningen af den. Under bedøvelsen udvides 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.

Abort efter 13 uge: Efter 13 uger udføres en provokeret abort som en tretrins procedure. Først gives der et antigraviditetshormon, som stopper fosteret udvikling. 1 – 2 dage herefter gives i gentagne doser med timers interval det stof, der får livmoderen til at trække sig sammen, indtil foster og moderkage udstødes helt eller delvist. Et stykke tid efter dette foretages der en udskrabning i fuld bedøvelse.

En abort efter uge 13 ligner en fødsel og er væsentligt mere indgribende end de to andre former for abort, både for den involverede kvinde og for det behandlende sundhedspersonale. Et foster på 13 – 14 uger er ca. 8 cm langt og derfor af en størrelse, så arme, ben krop, hoved og køn kan identificeres.

Som det fremgår, peger de beskrevne mulige fordele af henholdsvis at bevare og at udvide grænsen for fri abort i vidt forskellige retninger, men der vil under alle omstændigheder næppe være enighed om, hvilken vægt der skal lægges på de enkelte punkter.

Det har fra flere sider været nævnt, at nogle af de beskrevne problemer måske kunne løses ved at operere med to forskellige abortgrænser. Den ene grænse skulle i så fald være identisk med den eksisterende grænse på 12 uger. Derudover skulle der være en udvidet adgang for de kvinder, der i forbindelse med fosterdiagnostiske undersøgelser har fået konstateret en forøget risiko for sygdom eller misdannelse hos fosteret, idet den

lægefaglige vurdering ville være afgørende for, om der forelå en forøget risiko. Hvis der blev etableret en sådan ordning, ville det formindske problemet med, at kvinderne gives oplysninger, som de ikke kan være sikre på at kunne bruge til noget, fordi en eventuel abort skal godkendes af samrådene. På den anden side ville alle andre kvinder stadig have en fast grænse, så man undgik de lægefaglige og psykologiske problemer, der ville være knyttet til, at nogle kvinder ville skyde aborten til sent i graviditetsforløbet, hvis grænsen blev udvidet for alle.

Om det ville være muligt at administrere en sådan ordning på en rimelig måde kan imidlertid diskuteres, for i praksis ville vurderingen af, om resultaterne af en given undersøgelse ville berettige til en forlængelse af abortgrænsen, i mange tilfælde være flydende. Dette kunne sætte lægerne under pres i forhold til at "bevillige" en forlængelse af abortgrænsen. Et andet spørgsmål i forbindelse med ordningen ville være, om den var rimelig over for de kvinder, der var underlagt den eksisterende grænse. Hvis disse kvinder af den ene eller den anden grund havde et tilsvarende behov for en udvidet grænse, ville det forekomme uretfærdigt og vilkårligt, at netop en for eksempel lille påvist risiko ved fosterdiagnostiske undersøgelser kunne berettige til en udvidelse.

## IV. Samfundsmæssige perspektiver

I dette afsnit præsenteres nogle af de spørgsmål af samfundsmæssig karakter, som problematikken om sene aborter involverer. Et spørgsmål er, om det kan have betydning for samfundets menneskesyn at udvide grænsen for fri adgang til abort. Et andet spørgsmål er, hvordan man skal se på de samfundsmæssige interesser, sagen involverer

### A. Menneskesyn og udvidelse af abortgrænsen

I forbindelse med rådets drøftelser har flere medlemmer udtrykt en bekymring for, at en udvidelse af grænsen for fri adgang til provokeret abort i markant grad vil ændre betydningen af svangerskabsafbrydelse, hvilken efterfølgende kan virke ind på samfundets menneskesyn. Som der redegøres for i det følgende, er opfattelsen blevet præsenteret på forskellige måder.

Nogle medlemmer peger på, at selve rationalet for provokeret abort ændrer sig, hvis man på grund af de dilemmaer, de nye fosterdiagnostiske metoder skaber, vælger at udvide abortgrænsen. Med den nuværende abortgrænse kan man fastholde, at kvinden *ikke ønsker at være mor*. Hvis abortgrænsen udvides, forskydes begrundelsen for fri adgang til abort imidlertid fra afbrydelsen af det uønskede svangerskab, til at en kvinde, der gerne vil være mor, *ikke ønsker at føde et "risiko- eller fejlbehæftet" barn*. Kvinden vil altså gerne være mor, blot ikke til det pågældende barn. Man kan mene, at forestillingen om, at det enkelte individ har en værdi eller et værd i sin egen ret, undergraves.

Ifølge nogle medlemmer kan dette udlægges sådan, at den nødløsningstankegang, der tidligere var knyttet til accepten af den frie adgang til svangerskabsafbrydelse, tilsidesættes. Ifølge nødløsningstankegangen bringes nogle kvinder i kraft af graviditeten i en meget vanskelig situation, hvor det ville have katastrofale eller meget indgribende konsekvenser at gennemføre svangerskabet. Netop derfor kan en provokeret abort være acceptabel som nødløsning. Hvis abortgrænsen udvides på grund af de fosterdiagnostiske muligheder, kan adgangen til abort imidlertid ikke længere begrundes på denne måde. I mange tilfælde vil det nemlig ikke være tilfældet, at der

udføres abort, fordi det ville have katastrofale konsekvenser at føde og opfostre barnet. Man kan mene, at en udvidelse af abortgrænsen vil medføre, at antallet af kvinder, der får udført abort af medicinske grunde, der kunne betegnes som meget lidt vægtige, vil øges.

Hvad der kan betegnes som ”vægtige” begrundelser, vil naturligvis skifte med tiderne og de fremherskende anskuelser. Men en stærkere betoning af fosterdiagnostiske risikovurderinger og en udvidet adgang til abort på baggrund heraf kan i sidste instans også føre til, at samfundet begynder at opfatte kvinden som *ansvarlig* for barnets mangler eller fortræffeligheder. Det frygter nogle medlemmer af rådet. En af de smukkere ting ved mennesket er, at vi har for vane at tage imod vores børn som de er. Vi kan ikke afgive nogen specifik bestilling, og derfor siger vi velkommen til enhver. Hvis et par får et barn med helt usædvanlig begavelse for at spille violin, beundrer vi underet i dette menneske. Men hvis det samme par får et barn med klumpfod eller med en mental retardering, vil forældrene være særlig omsorgsberedte, og de fleste vil være enige i, at fællesskabet skal hjælpe dem med at løfte denne byrde. Blandt andet også fordi de samme to ekstremer kan være til stede i det samme individ.

På baggrund af den ovenstående tankegang kan det være problematisk at udvide abortgrænsen alene af den grund, at nogle aborter i så fald vil blive udført ud fra begrundelser, der ikke kan betegnes som vægtige. I videre perspektiv kan det imidlertid også siges at udgøre et problem, at selve dette at ændre rationalet for abort kan have konsekvenser for samfundets menneskesyn. For ændringen ville være et signal om, at det menneskelige liv ikke er værdifuldt i sin egen ret.

I forlængelse af den beskrevne diskussion har nogle medlemmer peget på, at de fleste mennesker *oplever*, at fosteret bliver mere og mere et menneske i forbindelse med sin udvikling, og at man af den grund føler sig mere forbundet med og knyttet til et foster, jo længere henne i udviklingen det er. Man kan formulere det sådan, at de fleste mennesker intuitivt oplever, at fosteret i stigende grad bliver medlem af det *menneskelige* fællesskab og som sådan også bliver en del af et *etisk* fællesskab. At hævde, at de fleste mennesker *oplever* det på den måde, er ikke nødvendigvis et

argument for, at fosterets etiske status *faktisk* er stigende gennem graviditetsforløbet. Dog er det værd at notere sig, at nogle kvinder føler skyld, efter at have fået foretaget abort, jo senere abort jo stærkere skyldfølelse, og at denne skyldfølelse kan tilsidesætte ethvert rationale. Det kunne derfor åbne for en diskussion af, om følelsen af skyld melder sig, fordi en etisk orden krænkes, og man derved faktisk pådrager sig skyld. En sådan diskussion er væsentlig med henblik på at komme de kvinder i møde, som lider af skyldfølelse efter en abort.

Det kan godt være, at man ikke rationelt kan begrunde, at der finder en stigning i etisk status sted i forbindelse med fosterudviklingen. Ikke desto mindre kan man ikke se bort fra, at det kan have en anden virkning i forhold til de involverede personer og samfundet generelt, hvis man tillader fri adgang til abort på et senere tidspunkt i graviditeten end i dag og måske begynder at udføre flere sene aborter. For hvis man ikke kan lade være med at omfatte fosteret med de følelser og betragtningmåder, man i al almindelighed omfatter andre mennesker med, kan udførelsen af sene aborter næppe undgå at påvirke ens holdning til medmennesket på et mere generelt niveau: Man kan ikke slå noget, man ikke kan lade være med at betragte som et menneske, ihjel, uden at det også i andre sammenhænge afsvækker ens respekt for medmennesket. Dette skyldes, at etisk definerede holdninger og indstillinger ikke blot har et rationelt eller fornuftsmæssigt fundament, men også understøttes af mere umiddelbart givne følelser og indstillinger. Konklusionen er altså derfor, at selv *hvis* fosterets etiske status ikke stiger gennem graviditetsforløbet, kan der være god grund til rent lovgivningsmæssigt at handle *som om* dette var tilfældet, fordi den måde veludviklede fostre behandles på har konsekvenser for, hvor stor vægt vi i al almindelighed er i stand til at lægge på et princip om at respektere og værne om det menneskelige liv.

Det skal bemærkes, at nogle medlemmer anser både den aktuelle diskussion angående abortgrænsen og den nuværende praksis i forbindelse med fosterdiagnostik for i sig selv at være et vidnesbyrd om, at forståelsen af menneskelivet som et under eller en gave er afsvækket og er blevet delvist erstattet af en reducerende videnskabeliggjort betragtningmåde. Forståelsen af menneskelivet som en gave har udgangspunkt i den individuelle erfaring, nemlig det under, at jeg er til: At verden findes for mig. Jeg kunne

jo ligeså godt *ikke* være til. *At* jeg er til udgør skabelsesunderet: At livet er en gave. Den største af alle gaver, jeg på nogen mulig måde vil kunne modtage. Hvis man fastholder, at livet er en gave, man selv har modtaget, er det vanskeligt at føle sig berettiget til at fratage andre den samme gave. Men det er netop det, man uden de helt store betæneligheder gør i vores tid. Det demonstrerer, hvor forarmet vores opfattelse af livet og livskraften er. Og dette maner til besindighed i forhold til at iværksætte tiltag, som yderligere kan afsvække forståelsen af menneskelivet som et under eller en gave. Det ville det ifølge nogle medlemmer af rådet formodentlig gøre at udvide abortgrænsen, netop fordi det rent instinktivt eller umiddelbart opfattes som mere problematisk at abortere et udviklet foster end et uudviklet. Så også af den grund vil en udsættelse af grænsen for legal abort formodentlig bidrage til en forråelse af samfundet.

Det skal tilføjes, at andre medlemmer af Det Ethiske Råd er uenige i en af de grundlæggende præmisser for den ovenstående diskussion, nemlig at den hidtidige abortpraksis i radikal grad ændrer karakter, hvis man udvider abortgrænsen foranlediget af de nye metoder til fosterdiagnostik. Efter medlemmernes opfattelse har den hidtidige praksis hele tiden haft som primært formål at muliggøre og respektere kvindernes selvbestemmelse, idet det også til en vis grad er blevet overdraget til kvinden at forholde sig til spørgsmålet om fosterets etiske status. For disse medlemmer ville det altså ikke være et brud med den hidtidige praksis at udvide abortgrænsen. Tværtimod kunne dette opfattes som en helt logisk måde at understøtte kvindernes selvbestemmelse på i betragtning af de nye metoder til fosterdiagnostik. Disse medlemmer mener i forlængelse heraf, at det er et åbent spørgsmål, om det i mere generel forstand ville ændre respekten for og opfattelsen af menneskelivet at udvide abortgrænsen.

## **B. Samfundsmæssige interesser og værdier**

Lige siden fosterdiagnostikken blev indført i Danmark i slutningen af 1970'erne, er det blevet diskuteret, hvad rationalet for at tilbyde diagnostik er. Et af spørgsmålene har været, om det er acceptabelt at lægge økonomiske overvejelser til grund for tilbuddet i den forstand, at de samfundsøkonomiske fordele ved at nedbringe antallet af børn født med misdannelser indgår i overvejelserne. Spørgsmålet indgik blandt andet i forespørgselsdebat F 61 i 2003, hvor indenrigs- og sundhedsministeren blev spurgt:

”Hvad kan regeringen oplyse om fosterdiagnostik, herunder særligt om formålet, de nuværende og fremtidige muligheder og tilbud samt den historiske udvikling?”

Forespørgselsdebatten endte med vedtagelse af V 105: ”Folketinget mener, at der er behov for øget klarhed om, at formålet med fosterdiagnostik ikke er at hindre, at børn med alvorlige sygdomme fødes, men at bistå en gravid kvinde med at træffe sine egne valg. Folketinget finder, at det ikke er de tekniske muligheder for at finde sygdomme hos fostre, der skal fastsætte grænserne for fosterdiagnostikken. Ethiske overvejelser bør altid være udgangspunktet. Det skal sikres, at gravide ikke føler sig tvunget til at få en abort på grund af manglende økonomiske eller sociale hjælpeforanstaltninger. Derfor opfordrer Folketinget regeringen til,

- at sikre en løbende etisk overvågning af fosterdiagnostikken,
- at styrke samarbejdet med handicaporganisationerne i forbindelse med rådgivning af gravide før og efter fosterdiagnostik,
- at fremlægge en redegørelse i Folketinget i den kommende samling om de eksisterende hjælpemuligheder for familier, der venter eller har børn med handicap, og om regeringens fremtidige planer på området.<sup>17</sup>”

Det Ethiske Råd ønsker at give udtryk for sin enighed med vedtagelsen. Ikke mindst erklærer rådet sig enig i, at hverken selve tilbuddet om fosterdiagnostik eller udformningen af de samfundsmæssige institutioner bør have en karakter, hvor de kan siges at tilskynde til abort af et misdannet eller handicappet barn. Desværre er det tilfældet i dag, mener en del medlemmer af rådet. Sundhedsvæsenet har i de senere år fokuseret mere og mere på teknologisk udvikling af diagnostik og risikovurderinger. Det ligner et ”storstilet fejlfinder”, som sætter vordende forældre under et urimeligt pres, mener disse medlemmer.

Rådet vil også pege på, at der kan være behov for at undersøge, hvad der sker med de kvinder, der sent i graviditeten bliver stillet over for spørgsmålet om, hvorvidt de på

---

<sup>17</sup> Se Socialministeriet & Indenrigs- og sundhedsministeriet (januar 2004): ”Redegørelse om hjælp til familier med handicappede børn” ([http://www.im.dk/publikationer/handicap/red\\_handicap.pdf](http://www.im.dk/publikationer/handicap/red_handicap.pdf)).

baggrund af en forøget risiko for misdannelse eller en konstateret misdannelse hos fosteret ønsker at få foretaget en sen abort. Efter rådets opfattelse er det vigtigt at vide noget om, hvad der sker med kvinderne, hvad enten de vælger at fortsætte graviditeten og føde barnet, får udført en sen abort eller får afslag på en ansøgning om sen abort. En sådan viden kunne muligvis være et vigtigt redskab i forhold til at støtte kvinderne på den rigtige måde. Det skal bemærkes, at rådet naturligvis er opmærksomt på, at mulighederne for at få adgang til denne type af viden både etiske og praktiske grunde kan være begrænset.

For nogle medlemmer har det været væsentligt at gøre opmærksom på, at det ikke bør komme på tale at begrænse eller forbyde enten fosterdiagnostikken eller muligheden for at få udført sene aborter med den begrundelse, at det kan være nødvendigt for at sikre mangfoldigheden i samfundet. Det ville efter medlemmernes opfattelse være uacceptabelt på denne måde at behandle de relevante familier som *middel* for samfundsmæssige formål ved at tvinge dem til i mangfoldighedens navn at opfostre et misdannet eller handicappet barn, de ikke ønsker at få.

Et væsentligt spørgsmål i forbindelse med Det Etske Råds drøftelser har været, hvor store problemerne med den nuværende abortgrænse på 12 uger er – og i hvilket omfang problemerne ville kunne afhjælpes ved at udvide grænsen. For nogle medlemmer har det således været afgørende for deres stillingtagen, hvor mange kvinder der faktisk får problemer på grund af abortgrænsen og de nye metoder i forbindelse med fosterdiagnostik. Som det fremgår af afsnittet om de mulige konsekvenser for kvinden af at udvide abortgrænsen, stadfæstede Ankenævnet i 2005 syv afslag på ansøgninger om sene aborter efter § 3, stk. 1 nr. 3 eller § 3, stk. 3.<sup>18</sup> Disse tal må holdes op imod, at samrådene i 2005 gav afslag på ansøgninger om aborter i henhold til § 3, stk. 1, nr. 1-6 i 63 tilfælde (det er ikke specificeret, i hvilke tilfælde afslagene vedrører § 3, stk. 1 nr. 3,

---

<sup>18</sup> Ifølge § 3, stk. 1, nr. 3, kan en kvinde få tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter udløbet af 12. svangerskabsuge, 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. Ifølge § 3, stk. 3, skal disse omstændigheder med afgørende vægt tale for det, hvis fosteret må antages at være levedygtigt.



ligesom antallet af afslag efter § 3, stk. 3 ikke fremgår).<sup>19</sup> 37 af disse afslag angik graviditeter i ugerne 12-18, mens 26 angik graviditeter i ugerne 18-23.

Ifølge nogle medlemmer af rådet demonstrerer disse tal for det første, at det reelt er meget få kvinder, der kommer i vanskeligheder på grund af abortgrænsen og de nye metoder i forbindelse med fosterdiagnostik. For det andet viser tallene, at problemet ikke ville kunne løses fuldstændigt ved at udvide abortgrænsen hverken til for eksempel uge 18 eller uge 20. Det understøttes af, at de diagnostiske metoder ikke i alle tilfælde kan give sikker viden om, hvorvidt fosteret har sygdomme eller misdannelser, og i givet fald hvilke – heller ikke efter misdannelseskanningen omkring uge 19. Kvinderne har altså heller ikke efter uge 19 et sikkert grundlag for at tage stilling til spørgsmålet om, hvorvidt der skal udføres abort eller ej, men må fremdeles basere deres stillingtagen på en risikovurdering eller et skøn.

Det skal bemærkes, at nogle kvinder forlanger abort alene en risikoindikation *inden* uge 12 på grund af usikkerheden om, hvorvidt en eventuel ansøgning om abort senere i forløbet vil blive godkendt. Nogle af disse aborter ville formodentlig ikke være blevet udført, hvis abortgrænsen blev udvidet til for eksempel uge 20, fordi det i så fald ville blive afklaret forinden, om og i givet fald hvilken misdannelse eller sygdom barnet havde. Der eksisterer ikke tal for, hvor mange kvinder, der årligt får udført abort på ren risikoindikation, men det drejer sig skønsmæssigt om cirka 30 kvinder.<sup>20</sup> Nogle medlemmer pointerer, at dette tal er af samme størrelsesorden som antallet af ansøgninger om provokerede aborter efter uge 12 i henhold til § 3, stk. 1, nr. 1-6, som afvises af samrådene, idet dette tal som nævnt ovenfor var 63 i 2005.

---

<sup>19</sup> Ud over faren for legemlig eller sjælelig lidelse omhandler bestemmelserne omstændigheder vedrørende blandt andet kvindens helbred og sociale forhold.

<sup>20</sup> Niels Ulbjerg, Obst., Gyn. Afd., Skejby Hospital, skønnede under et møde med Det Ethiske Rd, at det drejer sig om ca. dette antal.

## V. Lovgivning

I det følgende redegøres der kort for lovgivningen på området. Da en diskussion om fosterets status indgår som et væsentligt element i denne udtalelse, skal det indledningsvist vurderes, i hvilket omfang et fosters liv beskyttes retligt. Efterfølgende redegøres der for regelgrundlaget for svangerskabsafbrydelse.

### A. Den retlige beskyttelse af fosterets liv <sup>21</sup>

#### Strafansvaret

Bedømmelsen af strafansvaret for indgreb rettet mod fosterets liv har i tidens løb i høj grad ændret karakter: Den første lovbestemmelse i dansk ret om fosterdrab blev fastsat i Danske Lov fra 1683: ”Letfærdige Quindfolk, som deris Foster ombringe, skulle miste deris Hals, og deris Hoved settis paa een Stage”. Fosterdrab betragtedes således i princippet på linie med manddrab, endda således at fosterdrab (og barnemord) blev straffet særlig hårdt, når kvinden var blevet besvangret uden for ægteskab. Med straffeloven af 1866 indledtes en udvikling i retning af en mildere bedømmelse af en kvindes afbrydelse af sit svangerskab, og man gik bort fra dødsstraf for fosterfordrivelse og fastsatte straffen for forsætlig fosterfordrivelse til strafarbejde i indtil 8 år. Dette gjaldt både moderen selv og den der, med moderens samtykke, anvendte midler på hende med den anførte virkning. Straffen for moderens fosterdrab blev i straffeloven af 1930 yderligere lempet til hæfte eller fængsel i indtil 2 år med mulighed for strafbortfald. En skærpelse af straffen skete imidlertid for andre end moderen. Alene nødretssynspunkter, det vil sige hensynet til at redde - eller afværge alvorlig fare for - moderens liv eller helbred, kunne begrunde et indgreb.

Bestemmelsen om fosterdrab blev ophævet 1. april 1938 på baggrund af vedtagelsen af loven af 1937 om Foranstaltninger i Anledning af Svangerskab m.m. I dag findes der i straffeloven ikke længere regler, der direkte beskytter fosterets liv. Det strafferetlige

---

<sup>21</sup> Det følgende skal ikke ses som en udtømmende gennemgang af fosterets retsstilling, da teksten ikke vil komme ind på f.eks. arbejdsskader. Gennemgangen vil primært være fokuseret på den gravide kvindes og sundhedspersonalets handlinger i forhold til fosteret.

værn om liv og legeme (først og fremmest straffelovens kapitel 25) antages først at indtræde ved *fødslen af et levende barn*.

Man bedømte således ikke længere handlingen som fosterdrab efter straffeloven, men som svangerskabsafbrydelse efter sundhedslovgivningen. Området blev dog bibeholdt under Justitsministeriet. Både i loven om svangerskabsafbrydelse af 1937 og dernæst ved lovændring i 1956 blev kvindens strafansvar for afbrydelse af sit svangerskab lempet. Med loven om svangerskabsafbrydelse af 1970 blev kvindens strafansvar helt afskaffet. Baggrunden var en opfattelse af, at straffetruslen mod kvinden ikke var egnet til at få nedbragt antallet af illegale aborter, at det ofte kunne virke stødende at straffe den kvinde, der kort forinden havde gennemgået et smertefuldt og stærkt belastende indgreb, samt at bestemmelsen ikke længere blev anvendt i praksis. En gravid kvinde kan i dag ikke straffes for at afbryde sit svangerskab, uanset hvor langt henne i svangerskabet hun befinder sig.

Også ved bedømmelsen af strafansvaret for andre end kvinden selv er der sket en væsentlig udvikling. Strafansvaret for afbrydelse af en kvindes svangerskab skal i dag findes i sundhedslovens regler, og området er flyttet fra Justitsministeriet til Indenrigs- og Sundhedsministeriets område. Det er således efter sundhedsloven strafbart at foretage svangerskabsafbrydelse uden at være læge. Strafferammen går op til 4 års fængsel. Afbryder en læge kvindens svangerskab, kan der ligeledes ifølge sundhedsloven straffes med bøde eller fængsel i op til 2 år, hvis lægen ikke har fulgt lovens betingelser for svangerskabsafbrydelse. Op til udgangen af 12. uge af svangerskabet kan kvinden frit selv bestemme, om hun ønsker svangerskabet afbrudt. Efter 12. uge er der visse betingelser, der skal være opfyldt, og hvis fosteret anses for levedygtigt, må der kun i særlige tilfælde foretages svangerskabsafbrydelse. Samme strafansvar gælder for den, der bistår lægen ved indgrebets udførelse.

Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol og den tidligere Kommission har i flere sager haft spørgsmålet om fosterets status i forbindelse med abort til bedømmelse. Praksis på dette område viser en stor tilbageholdenhed med at definere om og i hvilken udstrækning fosteret er omfattet af retten til liv i EMRK artikel 2, men fastslår dog bl.a.,

at et absolut forbud mod abort, der inkluderer situationer, hvor et sådant indgreb er nødvendigt af hensyn til kvindens liv, vil være i strid med hendes ret til liv. Fosterets ret til liv kan derfor ikke forstås som en absolut rettighed. Omvendt er en graviditet ikke en fuldstændig privat sag for kvinden. Kommissionen fastslog således i forbindelse med en konkret sag, at en graviditet bringer kvindens krop og hendes ret til privatliv ind i en ny sfære, hvor hendes rettigheder mødes med det spirende fosters rettigheder og statens interesse i at varetage disse. Fosteret vil således kunne have en status, selvom dens omfang er uafklaret i menneskerettighedsorganernes praksis<sup>22</sup>.

Kun forsætlig svangerskabsafbrydelse straffes efter sundhedsloven.

En sag ved Den Europæiske Menneskerettigheds Domstol<sup>23</sup> handlede om en kvinde, der skulle have foretaget en rutinemæssig undersøgelse i forbindelse med sin graviditet. En fejltagelse fra lægens side resulterede i, at klageren måtte gennemgå en abort. Hun anmeldte herefter lægen for uagtsomt manddrab på fosteret, men han blev frifundet. Spørgsmålet for Den Europæiske Menneskerettigheds Domstol var herefter, om det var en overtrædelse af EMRK artikel 2, at et foster efter den franske straffelov ikke kunne anses for at være et offer for uagtsomt drab.

Efter EMRK artikel 2 skal ”ethvert menneskes ret til livet” beskyttes ved lov. Ved vurderingen af, om et foster er omfattet af begrebet ”ethvert menneske”, udtalte Domstolen, at spørgsmålet om, hvornår retten til liv begynder, falder ind under staternes skønsmargin, og der er ikke skabt klarhed omkring dette spørgsmål – hverken i den enkelte medlemsstats lovgivning eller på fælles europæisk plan. Sådan som den politiske og etiske holdning i medlemsstaterne ser ud, fandt Domstolen det ikke på nuværende tidspunkt ønskeligt og ej heller muligt at besvare spørgsmålet abstrakt. Domstolen foretog i stedet en hypotetisk vurdering af, om artikel 2 var blevet krænket, hvis bestemmelsen havde fundet anvendelse. Da klagerens abort skyldtes en uagtsom handling, var det ifølge Domstolen tilstrækkeligt til at opfylde statens positive

---

<sup>22</sup> Se ”Kvinden og fosteret i nyere menneskeretlig praksis”, Janne Rothmar Herrmann, Retfærd nr. 1/2007, s. 68-83.

<sup>23</sup> Vo v. France (2004).

forpligtelser efter artikel 2, at klageren havde adgang til at anlægge et civilt erstatningssøgsmål. Det udgjorde derfor ikke en krænkelse af konventionens artikel 2 om retten til liv, at en fransk læge ikke kunne holdes strafferetlig ansvarlig for at have forårsaget et fosters død

Læger (og andet sundhedspersonale) har efter andre bestemmelser i sundhedslovgivningen forpligtelser over for den gravide kvinde og hendes ufødte barn. Læger skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed i forhold til udøvelsen af deres gerning. Denne forpligtelse gælder også i forhold til undersøgelse og behandling af en gravid kvinde og hendes foster. Behandling af fosteret begrænses dog af kvindens selvbestemmelsesret over sin krop. En læges overtrædelse af denne forpligtelse kan medføre disciplinære sanktioner, og i grove tilfælde sanktioner i form af bøde eller fængsel indtil 4 måneder.

### **Det nyfødte barn**

Fødes barnet *levende*, må det ikke dræbes – der kan for forsætligt drab efter straffeloven idømmes fængsel fra 5 år indtil på livstid.

Det kan i nogle tilfælde volde tvivl, om et barn ved fødslen er levende eller dødt. Er barnet/fosteret utvivlsomt dødt ved fødslen, betragtes det som fødsel af et dødt barn (dødfødsel), såfremt svangerskabet er gået mindst 22 fulde uger, mens det omvendt – hvis svangerskabet er gået mindre end 22 fulde uger - betragtes som en spontan eller provokeret abort af et foster<sup>24</sup>. Giver barnet efter fødslen livstegn<sup>25</sup> fra sig, er barnet levendefødt. Dette gælder uanset svangerskabets alder, og uanset om baggrunden for barnets fødsel er et indgreb med henblik på at stoppe svangerskabet.

Dræber en moder sit barn under eller straks efter fødslen, og det må formodes, at hun har handlet i nød, af frygt for vanære eller under påvirkning af en ved fødslen fremkaldt svækkelse, forvirring eller rådvildhed, straffes hun efter en mildere målestok (fængsel

---

<sup>24</sup> Sundhedsloven § 189, stk. 1.

<sup>25</sup> Se definition af livstegn i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9623 af 31.8.2005 om kriterier for levende- og dødfødsel m.v.

indtil 4 år). Er forbrydelsen ikke fuldbyrdet, og har handlingen ikke påført barnet skade, kan straf bortfalde.

Uanset baggrunden for at barnet er kommet til verden, vil der efter lovgivningen være hjælpepligt i forhold til et levendefødt barn. Ifølge straffeloven straffes den, som hensætter en anden i hjælpeløs tilstand eller forlader en under den pågældendes varetægt stående person i en sådan tilstand, og en kvinde, der ved sin barnefødsel på uforsvarlig måde udsætter barnet for alvorlig fare, straffes ligeledes.

Sundhedspersonalet har ligeledes forpligtelser over for barnet efter sundhedslovgivningen. At barnet er levendefødt, er ikke altid ensbetydende med, at det er *levedygtigt*. Hvis lægen efter en samlet vurdering finder, at barnet er levedygtigt, skal fornøden behandling iværksættes. Vurderes det derimod at barnet er uafvendeligt døende, skal fornøden omsorg gives.

### **Erstatningsansvaret**

Efter dansk ret kan der som udgangspunkt ikke gives erstatning til en kvinde på baggrund af, at hun har mistet sit foster eller sit barn. Hvis kvinden udvikler en psykisk lidelse og på denne baggrund lider et økonomisk tab, er der i visse tilfælde mulighed for erstatning. Der kan også være mulighed for dækning af begravelsesudgifter.

Der kan i nogle tilfælde gives økonomisk compensation til et barn for skader udviklet i fostertilstanden. Dette forudsætter, at barnet bliver levendefødt. Den gravide kvindes handlinger i fostertilstanden kan næppe udløse erstatning til et skadet barn, da moderen ikke ifølge lovgivningen har en omsorgspligt overfor sit ufødte barn. Er skaden på fosteret sket under en læges (eller andet sundhedspersonale) undersøgelse og behandling af den gravide kvinde og fosteret, er der mulighed for erstatning. Det kan f.eks. dreje sig om en skade på fosteret forårsaget af invasive fosterdiagnostiske undersøgelser. Eller en skade i forbindelse med fødslen.

Et spørgsmål, der inden for de senere år har været rejst, er, om et barn, der fødes levende, men med et handicap der skyldes f.eks. kromosomafvigelse eller andre

genetiske afvigelser<sup>26</sup>, kan kræve økonomisk kompensation for et liv med dette handicap. Det kan være et erstatningskrav rettet mod moderen, der har valgt at gennemføre en graviditet, vel vidende at barnet med mere eller mindre sandsynlighed vil blive født med et handicap eller en lidelse. Eller kravet kan være rettet mod en læge, der fejlagtigt har overset ”fejlen” under kvindens svangerskab, og kvinden på denne baggrund gennemfører en graviditet, som hun ellers ville have afbrudt. Sådanne søgsmål vil antageligt ikke efter dansk ret give erstatning.

## **B. Svangerskabsafbrydelse, regelgrundlaget**

Ved loven af 1937 om Foranstaltninger i Anledning af Svangerskab m.m. blev *fosterdrab* afkriminaliseret i straffeloven, og *afbrydelse af svangerskab* i stedet reguleret ved særlig lovgivning. For et historisk overblik over abortlovgivningen kan henvises til ”Sene, provokerede aborter”, Det Etske Råd, 1998, redegørelsens bilag A.

Ved loven af 1970 fik en mindre gruppe kvinder fri adgang til svangerskabsafbrydelse. I 1973 fandt regeringen, at ”man nu bør fuldende den udvikling mod en fri adgang til svangerskabsafbrydelse for alle kvinder, som blev indledt med loven af 1970”<sup>27</sup>. Herved blev den frie adgang til abort for alle kvinder inden udløbet af 12. svangerskabsuge indført.

Om baggrunden for indførelse af den frie abort anføres i lovforslagets bemærkninger, at

”...man ved fri adgang til svangerskabsafbrydelse sparer kvinderne for at skulle gennemgå de undersøgelser af deres personlige og sociale forhold, som er nødvendige, hvis svangerskabsafbrydelse kræver særlig tilladelse. Denne undersøgelsesprocedure føles uden tvivl af en del kvinder som en urimelig indtrængen i deres privatliv. Både undersøgelserne og uvisheden, indtil afgørelsen foreligger, er en byrde for dem.

---

<sup>26</sup> Fælles for disse sager er, at der ikke er behandlingsmuligheder i fostertilstanden (f.eks. ved Down’s syndrom) og det eneste barnet derfor kunne have undgået, ved at lidelsen blev konstateret før fødslen, var sin eksistens. I forbindelse med sådanne sager anvendes ofte betegnelser som ”wrongful life” eller ”wrongful birth”.

<sup>27</sup> FT 1972-73, tillæg A, sp. 2394.

...en fri adgang til svangerskabsafbrydelse vil nedbringe antallet af illegale aborter til et minimum. Erfaringerne under loven af 1970 viser efter det for justitsministeriet oplyste, at den nedgang i antallet af illegale aborter, der begyndte i midten af 60-erne, er fortsat. I betragtning må også tages, at de indhentede oplysninger viser, at over 90 pct. af de kvinder, der i dag søger om svangerskabsafbrydelse, får tilladelse hertil.”

Ifølge bemærkningerne overvejede man helt at ophæve de gældende begrænsninger for foretagelse af svangerskabsafbrydelse på sygehuse. Som følge af ”de vægtige oplysninger, der foreligger om den forøgede helbredsmæssige risiko, der er forbundet med indgreb efter udløbet af 12. svangerskabsuge” fandt man det dog rigtigst at opretholde denne tidsgrænse som en betingelse for retten til svangerskabsafbrydelse uden tilladelse.

Regelgrundlaget for svangerskabsafbrydelse findes fra 1. januar 2007 i sundhedslovens afsnit VII (§§ 92-103). Samtidig blev lov om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion ophævet som en selvstændig lov<sup>28</sup>.

### **Anmodning om svangerskabsafbrydelse**

Det er alene den gravide kvinde selv, der kan anmode om indgreb i sin krop i form af svangerskabsafbrydelse. Den biologiske far har ingen legal mulighed for hverken at hindre kvinden i at gennemføre abort eller at få gennemført en abort mod hendes vilje. Er kvinden mentalt ikke i stand til at forstå betydningen af en svangerskabsafbrydelse, kan en særligt beskikket værge anmode om svangerskabsafbrydelse på kvindens vegne (kræver tilladelse fra samråd). Er kvinden under 18 år, skal forældremyndighedsindehaveren samtykke i indgrebet. Samrådet kan, når omstændighederne taler derfor, tillade, at samtykke ikke indhentes, eller at svangerskabsafbrydelse tillades selv om samtykke nægtes.

---

<sup>28</sup> Tilknyttet sundhedslovens regler er desuden bekendtgørelse om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, cirkulære om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion samt vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion.



Ved anmodningen om svangerskabsafbrydelse skal kvinden tilbydes *vejledning* om foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskab og for støtte efter barnets fødsel. Hun kan også vejledes om muligheden for at bortadoptere barnet. Kvinden skal derudover informeres om, at hun har mulighed for at få en støttesamtale både før og efter indgrebet. Formålet med en sådan samtale før indgrebet er at sikre, at kvinden kan få støtte til at træffe beslutning om at gennemføre eller afbryde svangerskabet. Det fremgår af vejledning om svangerskabsafbrydelse, at selv om kvinden opfylder betingelserne for at få svangerskabsafbrydelse uden tilladelse fra samråd, bør lægen under samtalen med kvinden generelt tilstræbe, at hun ikke beslutter sig uden nærmere overvejelser. Skyldes kvindens anmodning om svangerskabsafbrydelse risiko for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse, skal kvinden desuden tilbydes oplysning om muligheden for supplerende oplysning og rådgivning hos relevante handicaporganisationer m.v.

Kvinden har krav på, hvis hun fastholder sit ønske, at få foretaget en provokeret abort indtil udløbet af 12. uge. Dette fremgår af sundhedsloven § 92. Har kvinden bopæl i Danmark, har regionerne en forpligtelse til at stille denne ydelse vederlagsfrit til rådighed for kvinden. Efter udløbet af 12. uge kan kvinden ikke længere selvstændigt træffe beslutning om svangerskabsafbrydelse. Efter dette tidspunkt kræves tillige tilladelse fra et samråd.

### **Betingelser for svangerskabsafbrydelse efter udløbet af 12. uge**

Rammerne for samrådenes afgørelser er fastsat i loven.

Der kan efter sundhedsloven § 94, stk. 1, nr. 1 gives tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter 12. uge efter en *medicinsk indikation*. Dette omfatter de situationer, hvor svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet medfører fare for forringelse af kvindens helbred på grund af en aktuel eller truende legemlig eller sjælelig sygdom eller svækket tilstand eller som følge af hendes øvrige livsforhold.

Derudover er der efter § 94, stk. 1, nr. 2 mulighed for tilladelse efter en *etisk indikation* – de situationer, hvor kvindens graviditet skyldes en forbrydelse som nævnt i straffelovens § 210 eller §§ 216-224 (voldtægt, incest m.v.)

Også risiko i forhold til det kommende barns helbredsforhold kan begrunde sen abort (kaldet *eugenisk indikation*), jf. § 94, stk. 1, nr. 3. Hvis der således er fare for, at barnet på grund af enten arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse, kan der gives tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter 12. uges udløb. Der er ikke i loven eller dens forskrifter nærmere præciseret, hvilke tilstande der kan opfylde alvorlighedskravet.

Endelig kan sociale forhold begrunde sen abort (*social indikation*). Sådanne forhold er beskrevet i § 94, stk. 1, nr. 4 – 6. Det kan være en situation, hvor kvinden på grund af legemlig eller sjælelig lidelse eller svag begavelse ikke formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde, eller hvor kvinden på grund af ung alder eller umodenhed ikke for tiden formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde (nr. 5).

Må svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet antages at ville medføre en alvorlig belastning af kvinden, og kan denne belastning ikke afværges på anden måde, kan det af hensyn til kvinden, til opretholdelsen af hjemmet eller omsorgen for familiens øvrige børn begrunde tilladelse til svangerskabsafbrydelse. Ved afgørelsen tages hensyn til kvindens alder, arbejdsbyrde og personlige forhold i øvrigt samt til familiens bolig-mæssige, økonomiske og helbredsmæssige forhold (nr. 6).

Ifølge § 94, stk. 2 skal der i samrådenes stillingtagen tillige indgå en vurdering af, om de forhold, der begrundes ansøgningen, har en sådan vægt, at det findes berettiget at udsætte kvinden for den forøgede helbredsmæssige risiko, som indgrebet nu indebærer.

I sin praksis stiller Abortankenævnet større krav til abortindikationens styrke, jo længere henne i graviditeten kvinden er. I ankenævnets retningslinier er både hensynet til kvindens og barnets rettigheder tillagt betydning. Dels kvindens ret til at bestemme over eget liv, og dels barnets muligheder i tilfælde af, at det blev født. Denne afvejning

foregår på den måde, at der med stigende graviditetslængde stilles krav om stigende tyngde af en social-psykiatrisk indikation, medens påviste invaliderende misdannelser hos fosteret i højere grad giver adgang for kvinden til at vælge en meget sen abort<sup>29</sup>.

### **Levedygtige fostre**

I 2000 blev der i lovens § 94, stk. 3 fastsat en øvre grænse for, hvor langt henne i svangerskabet provokerede aborter må foretages. Dette er ikke knyttet til en bestemt ugegrænse i graviditeten, men til et levedygtighedskriterium.

Om baggrunden for denne grænse for afbrydelse af svangerskab anføres i bemærkningerne til lovforslaget<sup>30</sup>, at man anså det for rigtigt og naturligt i selve loven at markere, at der er en principiel forskel mellem tilfælde, hvor der udføres svangerskabsafbrydelse på et foster, som, hvis det kom til verden ved en naturlig fødsel, alligevel ikke ville kunne overleve, og tilfælde, hvor der er tale om et levedygtigt foster. Man fandt dog ikke, at man ville fastsætte en bestemt ugegrænse, idet det vil være meget vanskeligt præcist at fastlægge, på hvilket stadium i graviditeten levedygtighed indtræder, og en ugegrænse ikke tager højde for den situation, hvor grænsen er overskredet, men hvor det pågældende foster – f.eks. fordi det ikke har nogen hjerne – alligevel ikke kan anses for levedygtigt. Vurderingen af levedygtighed er en lægefaglig vurdering i forhold til det enkelte foster. Det afgørende ved denne vurdering bør være, om der er en realistisk udsigt til, at barnet ville kunne overleve i hvert fald i nogle uger, hvis det på det pågældende tidspunkt kom til verden ved en naturlig fødsel. I så fald bør fosteret anses for levedygtigt. Der er ved fastsættelse af dette levedygtighedskriterium endvidere mulighed for løbende at indrette praksis i overensstemmelse med en eventuel yderligere udvikling i de lægevidenskabelige muligheder for at redde tidligt fødte børn. I bemærkningerne (fra 2000) anså man i praksis grænsen til at ligge omkring udgangen af 24. svangerskabsuge.

Hvis fosteret efter denne vurdering må anses for levedygtigt, kan tilladelse til svangerskabsafbrydelse kun gives i tilfælde af invaliderende misdannelser m.v. hos

---

<sup>29</sup> Se Abortankenævnets beskrivelse af sin praksis i bemærkningerne til L76, 1999-2000, s. 3.

<sup>30</sup> Folketingstidende 1999-2000. L 76 side 7.

fosteret, hvor afgørende hensyn taler for ikke at tvinge kvinden til at gennemføre svangerskabet. Den foreliggende fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse (jf. stk. 1, nr. 3), skal således med afgørende vægt tale for tilladelse til abort.

Det skal endelig nævnes, at uanset hvor i forløbet af graviditeten kvinden befinder sig, kan hun uden særlig tilladelse få sit svangerskab afbrudt, hvis indgrebet er nødvendigt for at afværge fare for hendes liv eller for en alvorlig forringelse af hendes legemlige eller sjælelige helbred. Denne fare skal udelukkende eller ganske overvejende være lægeligt begrundet. Dette er udtrykt i lovens § 93.

### **Samråd og ankenævn**

Den administrative procedure i forbindelse med anmodning om tilladelse til sen abort fremgår af loven samt tilhørende bekendtgørelse, cirkulære og vejledning.

Regionsrådet forbereder sager om anmodning om tilladelse til svangerskabsafbrydelse. Når regionsrådet modtager en anmodning, tilvejebringer det de sociale og lægelige oplysninger om kvindens forhold, der skønnes er af betydning for samrådets bedømmelse. Er kvindens anmodning om svangerskabsafbrydelse begrundet i risiko for arvelig sygdom hos fostret, skal der i almindelighed indhentes en udtalelse fra et klinisk genetisk rådgivningscenter med landsdelsfunktion eller fra en speciallæge i klinisk genetik.

En tilladelse til abort efter 12. uge skal gives af et *samråd*. De regionale samråd skal ifølge loven bestå af en medarbejder ved regionen med juridisk eller social uddannelse og to læger. 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 særlig socialmedicinsk indsigt.

Alle samrådets medlemmer deltager i behandlingen af hver sag. Er et af medlemmerne forhindret i at deltage i behandlingen af en sag, deltager den pågældendes stedfortræder. Hvert medlem af samrådet kan kræve, at der indhentes supplerende oplysninger gennem regionsrådet, inden afgørelse træffes. Votering sker som udgangspunkt mundtligt på et

møde. Samrådet skal i hvert enkelt tilfælde foretage en selvstændig bedømmelse af, om betingelserne for en tilladelse efter loven er opfyldt. Herunder en vurdering af, om en lidelse kan anses for at være så alvorlig, at det kan begrunde en abort, hvis anmodningen om svangerskabsafbrydelse er begrundet i fosterets tilstand. Tilladelse til svangerskabsafbrydelse forudsætter enighed herom i samrådet. Får kvinden afslag på en abort, skal dette begrundes. Meddelelse om samrådets afgørelse kan gives af regionsrådet på samrådets vegne. Ifølge cirkulære om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse kan meddelelse til kvinden om afgørelsen og dennes begrundelse ske mundtligt. Afslag på svangerskabsafbrydelse skal tillige meddeles skriftligt. Afslag skal være ledsaget af en vejledning om adgangen til at klage over afgørelsen til ankenævnet.

Et afslag på en abort fra samrådet kan af kvinden indbringes for *Abortankenævnet*. Ankenævnet skal ifølge loven bestå af en formand, som skal være dommer, samt et antal andre medlemmer. I behandlingen af hver klagesag skal mindst 3 medlemmer deltage, herunder formanden eller et medlem, der opfylder betingelserne for at kunne være formand for nævnet. Af de 2 andre medlemmer skal den ene være speciallæge i gynækologi, mens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt. Votering sker som udgangspunkt mundtligt på et møde. Meddelelse om ankenævnets afgørelse sendes til kvinden og til regionsrådet, der underretter kvindens læge.

Abortankenævnet fører tillige *tilsyn* med regionsrådenes og samrådenes virksomhed i forbindelse med behandlingen og afgørelsen af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse. Ankenævnet påser navnlig, at samrådene så vidt muligt følger en ensartet praksis. Afgørelser af almindelig interesse skal meddeles samtlige samråd.

Både samrådene og ankenævnet har indtil 1. januar 2007 hørt under Justitsministeriet. Fra 1. januar hører de under Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

### **Gennemførelse af svangerskabsafbrydelse**

Kvinden skal ifølge lovtæksten af en læge vejledes om indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet.

Kvinden skal tillige informeres om, at hun har mulighed for at få en støttesamtale før indgrebets gennemførelse. Også efter indgrebet skal kvinden tilbydes en støttesamtale. Denne samtale har til formål at afhjælpe eventuelle psykiske gener efter et indgreb. Før indgrebet kan foretages, skal kvinden underskrive en skriftlig anmodning om abort og skal sammen med lægen skrive under på, at hun er blevet informeret.

Svangerskabsafbrydelse efter udløbet af 12. uge må kun foretages af læger på regionale sygehuse. Det er ikke tilladt at udføre sene aborter på privatklinikker.