



Dato: 29. marts 2011
J.nr.: 1008596, 462691

Til Orientering

Udtalelse om behovet for fælles retningslinjer for sygehusenes og lægernes rutiner for håndtering af aborterede fostre og inddragelse af forældrene

I denne udtalelse tager Det Ethiske Råd stilling til, hvilke retningslinjer der bør gælde i forbindelse med sygehuses og lægers håndtering af aborterede fostre, herunder spørgsmålet om inddragelse af forældrene samt det hensigtsmæssige i indførelsen af *fælles retningslinjer* på området.

I forbindelse med Det Ethiske Råds besvarelse af en konkret henvendelse fra Odense Kommune, er Rådet blevet opmærksom på, at der eksisterer meget forskellig praksis på landets sygehuse i forhold til håndteringen af aborterede fostre.

Denne udtalelse handler alene om situationen for fostre, der aborteres før udløbet af 22. graviditetsuge, idet der allerede eksisterer klare regler for fostre, der aborteres efter 22. uge.

Resumé af Rådets anbefalinger

Det Ethiske Råd anbefaler:

- at der indføres fælles retningslinjer for, hvordan sygehuse og læger må håndtere aborterede fostre før uge 22
- at i sammenhæng med abort efter uge 12 skal forældrene altid inddrages i beslutningen om, hvordan fosteret skal håndteres. Nogle rådsmedlemmer mener, at sådanne krav også skal gælde for fostre aborteret før uge 12
- at der ved alle sygehuse bør tilbydes anonym nedgravning af fostre aborteret efter uge 12. Nogle medlemmer mener, at nedgravning af aborterede fostre bør være standardprocedure efter uge 12. Endvidere mener nogle medlemmer, at samme muligheder bør gælde for fostre aborteret før uge 12.

Rådet har i forbindelse med denne udtalelse været i kontakt med en række videnspersoner på området. Det drejer sig om Lone Meibom, afdelingssygeplejerske ved Svangreklinikken, Odense Universitetshospital; Kristine Njor, assisterende afdelingssygeplejerske ved Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling, Hvidovre Hospital; Tom Andersen Kjær, hospitalspræst ved Herlev Hospital; Christian Busch, hospitalspræst ved Rigshospitalet; Michael Esmann, sekretariatschef i Landsforeningen Spædbarnsdød; Sniff Andersen Nexø, adjunkt ved Saxo-Instituttet, Københavns Universitet; Laura Maria Schütze, ph.d.-studerende ved Institut for Tværkulturelle og Regionale Studier, Københavns Universitet.

I. Baggrund

Alle abortindgreb skal indberettes til Sundhedsstyrelsen. Antallet af *provokerede* aborter i 2009 var 16.205, en svag stigning fra 2008.¹ Af disse var 838 sene aborter, det vil sige aborter, foretaget efter uge 12 med tilladelse fra abortsamrådene eller Abortankenævnet. Aborterne er fordelt med godt 500 i uge 13-16 og godt 300 senere end uge 16. Hertil kommer 24 tilladelser til fosterreduktion.

Der er de seneste år sket en stigning i antallet af aborter i uge 19-21, som tilskrives misdannelsesscanningen i uge 18-19, og tilsvarende et væsentligt fald i aborter efter uge 22 og senere. Sundhedsloven stiller krav om, at aborter efter udgangen af uge 12 kun kan udføres efter tilladelse fra abortsamrådene, eventuelt efter omgørelse ved Abortankenævnet. Godt halvdelen af tilladelserne til senabort sker med henvisning til misdannelser, mens de øvrige er aborter på social indikation.² Disse tillades i situationer, hvor forældrene fx vurderes at være socialt, fysisk eller psykisk tungt belastede.

I 2010 blev 1378 fostre aborteret *spontan* fra og med uge 12 til og med uge 21, heraf de 957 i uge 12 og 13 og resten nogenlunde jævnt fordelt³. Nogle steder angives det, at 20-30 % af alle graviditeter ender som en spontan abort. Langt de fleste af disse sker før 12. uge, men i 10-12 % af tilfældene er graviditeten så fremskreden, at fosteret kan ses på en ultralydsscanning.

Juridiske forhold vedrørende aborterede fostre

Dødfødte børn

Et foster, der kommer til verden efter udløbet af 22. uge uden at vise livstegn, betragtes juridisk som et dødfødt barn. Denne grænse blev nedsat fra 28 uger til 22 uger i 2004. Baggrunden var ifølge lovbemærkningerne dels et hensyn til forældrene og deres følelse af at have mistet et barn, dels den medicinske udvikling, hvorefter man i dag kan redde stadig tidligere fødte børn.

Lovgivning om dødsfald

I lovgivningen findes flere beskyttelsesbestemmelser i relation til døde mennesker, blandt andet bestemmelser om ligsyn og udstedelse af dødsattest. Ifølge sundhedslovens bestemmelse om "omsorg for lig" skal en person, der antages at være afgået ved døden, anbringes under forsvarlige forhold. Er dødens indtræden ikke åbenbar, skal den pågældende være under jævnlige tilsyn og må ikke føres til lighus, før en læge har iagttaget dødstegn. Før end ligsyn er afsluttet og dødsattest er udstedt, må liget ikke anbringes i kiste eller føres til kapel. Ifølge straffeloven straffes den "som krænker gravfreden eller gør sig skyldig i usømmelig behandling af lig". Efter lovens forarbejder omfatter bestemmelsen "enhver handling, der krænker freden for den afdødes legeme eller legemlige rester eller stedet, hvor disse er anbragt". Bestemmelsen står i straffelovens kapitel om forbrydelser mod den offentlige orden og fred. Ifølge reglerne om begravelse skal lig enten begraves eller brændes. I loven er der fastsat snævre rammer for,

¹ Sundhedsstyrelsens Abortregister 2010.

² Abortankenævnets årsberetning for 2009, Sundhedsstyrelsen (2010).

³ Landspatientregisteret 2010.

hvordan begravelse og kremering kan foregå. Blandt andet må begravelse af et dødt menneske og spredning af aske efter kremering kun foregå på ganske bestemte steder.

For forældrene har den retlige kategorisering også den betydning, at de ved fødsel af et dødfødt barn har ret til barselsorlov.

Aborterede fostre (før fulde 22 uger)

Et foster, der spontant eller provokeret aborteres før udløbet af graviditetens uge 22 uden at vise livstegn, betragtes juridisk som en abort, og dermed er der hverken ret eller pligt til at behandle fosteret som en afdød person med de retsvirkninger, der følger heraf.

I forarbejderne til ovenfor nævnte lovændring fra 2004 anførte Justitsministeriet om muligheden for at forældre selv skulle have mulighed for at definere et aborteret foster før 22. uge som et dødfødt barn: "Justitsministeriet finder ikke, at forældrene selv skal kunne træffe bestemmelse om, at reglerne i lovforslaget skal finde anvendelse for fostre, idet forældrene herefter selv ville kunne bestemme, at der skal foretages ligsyn og udstedes dødsattest m.v., ligesom forældrene selv ville kunne bestemme, at de kan få barselsorlov, når de har mistet et foster, der er kommet til verden inden udgangen af 22. svangerskabsuge uden at vise livstegn, herunder også aborter, der finder sted meget tidligt i graviditeten"⁴.

Aborterede fostre kan udleveres til moderen/forældrene med en nedgravningsattest⁵. Ifølge gængs kirkelig praksis kan fostre efter aftale bisættes eller begravnes med kirkelig højtidelighed på lige vilkår med døde børn. Efter administrativ praksis ydes der også begravelseshjælp, hvis det kan dokumenteres, at fosteret er udleveret fra sygehuset til begravelse. En erklæring fra jordmoder eller sygehus om, at fosteret er udleveret til begravelse er tilstrækkelig dokumentation til udbetaling. Er et aborteret foster blevet begravet, vil det blive udstyret med et administrativt CPR-nummer, således at oplysninger vedrørende den kirkelige handling kan noteres i kirkebogen.

Hospitalets bortskaffelse af aborterede fostre er omfattet af de regler, der gælder for klinisk risikoaffald, det vil sige på linje med fx amputerede lemmer. Uanset abortvæv ikke udgør en smittefare, skal vævet opsamles i en særskilt plastspand og forbrændes af æstetiske grunde, det vil sige for at sikre, at genkendelige vævs- eller legemsdele er ugenkendelige efter bortskaffelsen. I stedet for bortskaffelse kan hospitalet vælge at nedgrave fosteret.

Som det uddybes nedenfor, giver nogle hospitaler kvinden et valg mellem udlevering, bortskaffelse eller nedgravning, mens man andre steder i nogle tilfælde nedgraver fosteret, hvis kvinden ikke har fremsat ønske om udlevering. Lovgivningen indeholder ingen klare retningslinjer for kvindens inddragelse i beslutningen om bortskaffelse af det aborterede foster. Sundhedsloven indeholder regler for "selvbestemmelse over biologisk materiale". Ifølge disse regler kan en patient kræve biologisk materiale udleveret, hvis den pågældende kan godtgøre en særlig interesse heri. Retten til udlevering er altså ikke ubetinget, hvilket først og fremmest har baggrund i etiske overvejelser. Ved biologisk materiale forstås ikke alene blod- og

⁴ Justitsministerens svar på spm. 23 ved behandling af L 91, 2003-2004.

⁵ Cirkulære af 1. juli 1950 med vedlagt attest udfærdiget af Sundhedsstyrelsen. Cirkulæret er siden ophævet ved cirkulære af 1. marts 2002, men ophævelsen gælder ikke for attesten, se svar på spm. 23, s. 3. Se også cirkulære nr. 220 af 1. december 1975, hvorefter: "Nedgravning af dødfødte fostre (aborter) på kirkegårde sker som hidtil i henhold til aftale med kirkegårdsbestyrelsen, jfr. Kirkeministeriets cirkulære af 1. juli 1950."

vævsprøver, men også hele organer, amputerede lemmer, større eller mindre kropsdele m.v., det vil sige genkendelige dele af et menneskeligt legeme. At en patient frit skulle kunne anvende sådanne dele af sit legeme efter forgodtbefindende vil ifølge bemærkningerne til loven virke stødende på mange mennesker. Ifølge lovens bemærkninger gælder disse regler for selvbestemmelse over biologisk materiale dog *ikke* i relation til svangerskabsafbrydelse⁶. I praksis imødekommer man dog som nævnt kvindens eventuelle ønske om udlevering af fosteret med henblik på begravelse.

I en juridisk ph.d. afhandling fra 2008⁷ argumenteres for, at en procedure, hvor nedgravning sker uden kvindens accept og vidende, er i strid med Den Europæiske Menneskerettighedskonvention. Der refereres til en dom fra Menneskerettighedsdomstolen (Hadri-Vionnet vs. Schweiz), hvor domstolen afgjorde, at i et tilfælde, hvor de kommunale myndigheder havde foranlediget begravelse af det døde foster (født i 27. uge) uden ceremoni og uden kvindens vidende eller tilstedeværelse, og havde transporteret barneliget i en varevogn til kirkegården, var der sket en krænkelse af artikel 8. Det må ifølge domstolen opfattes som en del af *kvindens* ret til privatliv og familieliv at få lejlighed til at planlægge og deltage i begravelsen af det døde foster og at se fosteret blive ført bort i et passende transportmiddel, uanset at fosteret ikke efter den nationale lov i det konkrete tilfælde blev kategoriseret som et dødfødt barn. Det anføres i afhandlingen således, at "den danske praksis, hvor døde fostre bortskaffes, uden at kvinden inddrages, må betragtes som i strid med EMRK"⁸. Det anføres også i afhandlingen, at den danske praksis, hvor fostrene placeres i et antal af 5-6 i hver barnekiste uden at dette drøftes med kvinden, også er en krænkelse af hendes rettigheder efter artikel 8.

Ministeren for Sundhed og Forebyggelse har som svar på spørgsmål fra Sundhedsudvalget⁹ om dommen anført, at domstolen fastslog, at moderens ret til at være til stede ved sit barns begravelse var beskyttet efter den europæiske menneskerettighedskonventions artikel 8 (om retten til respekt for privat- og familieliv), og at der ikke efter schweizisk lovgivning var hjemmel til at gøre indgreb i denne ret. Tværtimod konstaterede domstolen, at det fulgte af den schweiziske lovgivning, at de pårørende skulle have været rådspurgt om begravelsen, ligesom begravelsen efter den schweiziske lovgivning skulle tilrettelægges af de pårørende. Ministeren anførte endvidere, at dommen ingen konsekvenser har for regler i sundhedslovgivningen, ligesom det bemærkedes, at et foster, der kommer til verden efter udgangen af 22. svangerskabsuge, efter dansk ret anses for et dødfødt barn med ret og pligt til begravelse/bisættelse efter begravelseslovgivningen.

Abortteknikker og aborters fremtoning

Aborter inddeles i spontane og provokerede aborter. En provokeret abort kan være medicinsk (indtil uge 9) eller kirurgisk (indtil omkring uge 12). Herefter foregår aborterne som en medicinsk igangsat fødsel.

⁶ Se bemærkningerne til L 74, FT 2004-2005 (kapitel 25-28).

⁷ Se Janne Rothmar Herrmann: Retsbeskyttelsen af fostre og befrugtede æg" 2008, s. 248.

⁹ Besvarelse af spørgsmål nr. 25 (Alm.del), fremsat den 16. oktober 2008/besvaret 3. december 2008.

En *medicinsk* provokeret abort (indtil uge 9) foregår i hjemmet, under besøg ved en speciallæge eller på sygehus. Selve aborteringen minder ofte om en kraftig menstruation. I uge 8 er fosteret cirka 1-2 cm langt. Abortvævet kan ofte ses, men detaljer kan ikke identificeres.

En *kirurgisk* provokeret abort (indtil uge 12) foregår på sygehusene, hvor kvinden er under fuld narkose. Livmoderhalskanalen udvides, så et sug kan indføres. Med dette sug tømmes livmoderhulen for graviditetsvæv. Fra uge 9 til omkring uge 12 vokser fosteret til ca. 5 centimeter. Fostervævet går typisk i stykker i processen og ender i en beholder, hvor fosterets konturer ikke er synlige.

Ved spontan abort, som fx opdages ved en ultralydsscanning, foretages nogle gange en medicinsk behandling og/eller udskrabning, hvis abortvævet ikke af sig selv udstødes af kroppen.

En provokeret abort efter uge 12 – såkaldt senabort – ligner en fødsel og er væsentligt mere indgribende end medicinsk og kirurgisk abort, både for den involverede kvinde og for det behandlende sundhedspersonale. Kvinden er vågen under aborten, der sættes i gang medicinsk. Et foster på 13-14 uger er ca. 8 cm langt, og arme, ben krop, hoved og køn kan identificeres. I uge 20-23 er fosteret ca. 25 cm langt.

Ved senabort og ofte også ved spontan abort er det nødvendigt med en efterfølgende udskrabning, der foregår under fuld bedøvelse. Ved senabort efter uge 20 kommer alt fostervævet dog ofte ud ved aborteringen.¹⁰

Praksis vedrørende håndtering af aborterede fostre

Praksis for, hvad der sker med de aborterede fostre før uge 22, samt for hvordan forældrene konkret skal inddrages, fastsættes i dag af de enkelte sygehuse. Reglerne fastlægges flere steder i regi af en arbejdsgruppe med repræsentation af sygeplejersker, jordemødre, læger og hospitalspræst.

Abortvæv fra graviditeter tidligere end uge 12 bortskaffes ofte rutinemæssigt af sygehusene uden konsultation med forældrene.

Efter udgangen af uge 12 – nogle steder uge 16 eller 20 – har mange sygehuse særlige rutiner, idet der ofte findes flere muligheder for, hvad der videre kan ske med det aborterede foster:

- *Bortskaffelse:* Alle sygehuse har mulighed for at bortskaffe aborter, idet fostrene her indsamles i en gul spand eller sæk – heraf udtrykket ”det gule system” – som ”klinisk risikoaffald” og brændes på linje med fx amputerede lemmer.
- *Anonym nedgravning:* Mange sygehuse tilbyder at tage sig af nedgravningen af fosteret. Fostrene nedgraves på kirkegårdenes børnefællesgrav eller på et særligt område på kirkegårdene. Fostrene samles sammen og stilles på køl eller frys og

¹⁰ Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Hvidovre Hospital: <http://www.hvidovrehospital.dk/menu/Afdelinger/Gynaekologisk-+Obstetrisk+Afdeling/Hvilke+sygdomme+behandler+afdelingen/>

kremeres gerne flere ad gangen i en voksen- eller børnekiste, fordi krematorierne stiller specifikke krav om beholderens beskaffenhed, og urnerne indeholder derfor aske fra flere fostre. Nedgravning af urnen sker uden ceremoni og uden tilstedeværelse af forældrene. Urnerne kan på kirkegården, af administrative grunde, være markeret med numre, hvilket gør, at forældrene kan få at vide, hvilken urne deres eget foster ligger i, hvis de spørger. Anonym nedgravning er i mange tilfælde gratis for forældrene, men forbundet med visse omkostninger for sygehuset og/eller kommunen, fx til kister, kasser og nedgravning. Nogle steder er der til anonym nedgravning knyttet en vis egenbetaling.

- *Individuel nedgravning:* Alle forældre, der anmoder om det, får fosteret udleveret med en nedgravningsattest, så fosteret kan nedgraves. Nedgravning af aborterede fostre på kirkegård kan ske efter aftale med graveren/kirkegårdsbestyrelsen. Forældrene har mulighed for på egen hånd at gennemføre nedgravningen som en begravelseslignende nedgravning, det vil sige med bedemand, gravsted, osv. på en ønsket kirkegård. Mange sygehuse tilbyder forældre en samtale med hospitalspræsten, og der kan gennemføres en ceremoni i sygehusets kapel. Omkostningerne er ved denne procedure primært forældrenes, idet bopælskommunen dog har pligt til at udbetale begravelseshjælp, størrelsen heraf afhænger af formueforhold.

Ønsket om nedgravning stiger angiveligt med fosterets alder. En undersøgelse fra Viborg Sygehus har vist, at et stort flertal af forældrene ønsker bortskaffelse før uge 16, mens 75 % ønsker anonym nedgravning fra uge 16 til 24. Efter dette tidspunkt ønsker stort set alle forældre individuel nedgravning.¹¹ Siden undersøgelsen blev gennemført, er der dog sket markante forandringer, blandt andet vedrørende screening, som sandsynligvis har betydning for forældrenes oplevelse af fosteret (mere herom neden for).

Et speciale fra Københavns Universitet¹² konkluderede i 2008, at ud af 12 undersøgte sygehuse på Sjælland og Lolland tilbød de ni anonym nedgravning af fostre aborteret efter uge 12, mens fem gennemførte anonyme nedgravninger før uge 12.

En rundringning til 17 sygehuse i Danmark, foretaget af Landsforeningen Spædbarnsdød i marts 2011, viser, at på 13 sygehuse findes tilbud for fostre aborteret efter uge 12 om anonym nedgravning. Fire sygehuse gennemfører anonym nedgravning før uge 12.

Nogle sygehuse opererer med standardprocedurer for håndteringen af aborterede fostre – det vil sige en procedure for, hvad man gør med fostrene, hvis der ikke er fremkommet eller indhentet ønsker fra forældrene. Nogle steder består denne procedure i at bortskaffe fosteret, andre steder i at fosteret kremeres og nedgraves anonymt.

¹¹ Janne Rothmar Hermann: Retsbeskyttelsen af fostre og befrugtede æg: Om håndteringen af retlige hybrider. Djøf / Jurist- og Økonomforbundet, København. S. 246-247.

¹² Laura Marie Schütze: At være eller ikke være (2008). Københavns Universitet, Afdeling for Religionshistorie. Empirien er gennemført i foråret 2007.

Praksis vedrørende inddragelse af forældrene

I hvilket omfang forældrene gøres opmærksom på de muligheder, der findes, varierer. De nævnte undersøgelser indikerer, at man på de fleste – men ikke på alle – sygehuse altid inddrager forældre i beslutningen om, hvad der skal ske med fostre aborteret efter uge 12. Nogle steder er det personalet, der skønner, om det er hensigtsmæssigt at inddrage forældrene, og standardproceduren består i enten bortskaffelse eller nedgravning. Nogle sygehuse giver overvejende mundtlig information, andre både mundtlig og skriftlig. Nogle steder informeres kun efter uge 12. Enkelte steder informeres kun, hvis kvinden spørger, og et enkelt sted informeres der end ikke, hvis kvinden spørger, når aborten sker før uge 12.

Michael Esmann, sekretariatschef for Landsforeningen Spædbarnsdød, vurderer, at udviklingen går mod, at sygehuse tilbyder anonym nedgravning, og at informering af forældrene indføres som fast procedure.

Nogle sygehuse giver forældrene betænkningstid. Mange sygehuse har desuden indført rutiner, der gør det muligt for forældrene at omgøre deres beslutning inden for en vis periode.

Eksempler på praksis

I det følgende gives der konkrete eksempler på den store variation, der findes i den måde, hvorpå de enkelte sygehuse har indrettet sig angående håndtering af fostre og inddragelse af forældrene. De kan ikke antages at afspejle, hvad der er den typiske praksis i Danmark.

På *Herlev Hospital* er standardproceduren ifølge hospitalspræst Tom Andersen Kjær anonym nedgravning, også før uge 12. Forældrene orienteres ved abort efter uge 12 altid skriftligt om dette, hvilket blandt andet af hensyn til dårligt læsende suppleres med en mundtlig samtale. Før uge 12 er det personalet, der skønner behovet for at informere forældrene. En vigtig baggrund for Herlev Hospitals praksis er eksempler på, at kvinder er vendt tilbage for at få kendskab til fosterets skæbne, og er blevet kede af at høre, at det er blevet bortskaffet. Blandt andet på den baggrund er vurderingen, at forældrene ikke altid er i en situation, hvor man kan være tilstrækkelig sikker på, at de træffer et valg, de ikke senere fortryder. Fostrene lægges på frys med opmærkning i to måneder i tilfælde af, at forældrene fortryder deres valg. Herefter sker fælleskremering i voksenkiste. Der oplyses sædvanligvis om denne fortrydelsesmulighed. Urnen nedgraves på kirkegårdens børnefællesgrav. Gravene er nummererede, hvilket betyder, at forældre, der ønsker det, kan få oplyst, hvor deres fosters aske befinder sig.

På *Hvidovre Hospital* og *Rigshospitalet* findes procedurer, der sikrer, at alle forældre/mødre, der har aborteret efter uge 12, spørges, før de forlader sygehuset. Samtykket fra forældrene skal foreligge med personalets underskrift. Assisterende afdelingssygeplejerske Kristine Njor, Hvidovre Hospital, oplever, at forældrene meget gerne vil være så involverede som muligt og er meget interesserede i, hvad der sker med fosteret. Hun ser et problem i forhold til uden samtykke at nedgrave fx muslimske forældres fostre. Forældrene præsenteres for et afkrydsningsskema under ventetiden op til selve aborteringen. Sygehuse tilbyder både bortskaffelse og anonym og individuel nedgravning. Hvis forældrene vælger bortskaffelse, venter sygehuset minimum en måned med at destruere fostrene, i tilfælde af at forældrene fortryder. Hvis forældrene vælger anonym nedgravning, venter man mindst en uge, hvor forældrene har mulighed for at fortryde. Anonym nedgravning sker konkret ved at fostrene uden kremering nedgraves i individuelle grave. Forældrene oplyses om, at de ikke kan få oplyst placeringen. Muslimske forældre kan anmode om at få nedgravet fosteret på en muslimsk afdeling af kommunens kirkegård.

På *Aalborg Sygehus* har forældrene fire uger til at træffe beslutning om, hvad der skal ske med fosteret. Hvis forældrene ikke svarer, gennemfører sygehuset en anonym nedgravning.

På *Odense Universitetshospital (OUH)* spørges alle forældre om, hvad der skal ske med det aborterede foster senere end uge 14; før dette foregår aborten kirurgisk eller medicinsk, og disse fostre bortskaffes rutinemæssigt. Som praksis har været hidtil, tilbyder hospitalet efter uge 14 bortskaffelse eller udlevering til individuel nedgravning. Afdelingssygeplejerske Lone Meibom oplyser, at hvornår og hvordan forældrene bliver spurgt om, hvad der skal ske med det aborterede foster, typisk afhænger af baggrunden for aborten. Fordi baggrunden for aborten erfaringsmæssigt spiller en afgørende rolle for forældrenes tanker om fosteret, har man udarbejdet tre forskellige pjecer: En pjece for forældre til fostre, der aborteres i sammenhæng med misdannelsesscanningen, en pjece for forældre til abort foretaget på social indikation, og en pjece vedrørende dødfødsler. Personalet skønner, hvornår det er passende at afkræve et svar. I forbindelse med senaborter som følge af misdannelsesscanningen har personalet på OUH erfaring for, at kvinder fortryder, hvis de ikke forholder sig til og konfronterer sig med fosteret. Derfor lægger personalet et vist pres på kvinder, der umiddelbart ønsker at ignorere fosterets eksistens.

OUH har taget initiativ til, at alle, der aborterer efter uge 12, også får et tilbud om anonym nedgravning ved fælles kremation og nedgravning af urnen på en særlig "fosterplæne" på kirkegården. Gravpladsen vil blive markeret med et kunstværk.

Det aborterede fosters etiske status

I Det Etske Råd har der traditionelt eksisteret forskellige holdninger til fosterets etiske status. Rådet har senest diskuteret spørgsmålet i redegørelsen *Etske aspekter ved nye typer af stamceller og befrugtningsteknikker* (2010). Et enigt Råd gav udtryk for, at tidligt menneskeligt liv ikke blot skal betragtes som ansamlinger af celler, og at det vil kunne føre til en forråelse af vores menneskesyn, hvis embryoner behandles helt uden respekt.

En opfattelse i Rådet var, at fosterets værdighed alene beror på, at det er et menneske. En anden opfattelse var, at menneskers værdighed tiltager hen imod fødslen. Den sidstnævnte opfattelse kan siges at være afspejlet i lovens gradvise beskyttelse af fosteret, som er en del af baggrunden for, at kvinders frie ret til selvbestemmelse i abortspørgsmålet i Danmark er indskrænket til at gælde til og med 12. uge. Herefter skal kvinden som tidligere nævnt have godkendelse for at få udført abort.

Fosterets etiske status i sammenhæng med abortspørgsmålet har tidligere været diskuteret af Rådet i forbindelse med stillingtagen til en mulig udvidelse af abortgrænsen som følge af nye regler om fosterdiagnostik i 2004. I Rådets udtalelse af den 23. marts 2007 var Rådets medlemmer enige om, at fosteret besidder en værdighed, der skal respekteres, om end der var meget forskellige opfattelser af, hvad dette præcis indebærer.

Spørgsmålet om fosterets etiske status i sammenhæng med stamcelleforskning, abort, m.m. har imidlertid afsæt i en diskussion om, hvordan man må behandle *levende* fostre. Spørgsmålet er imidlertid, i hvilket omfang betragtningerne også gælder aborterede fostre. Med andre ord: *Hvilke argumenter kan man fremføre for, at døde fostre skal behandles på en bestemt måde?*

Rådet har ikke tidligere diskuteret dette spørgsmål som sådan. I forbindelse med Rådets høringssvar på Kirkeministerens henvendelse om "Varmegenvinding fra krematorier" af den 6. november 2006 har Rådet diskuteret, hvad man kan forstå ved en "sømmelig behandling af lig". Når der i nærværende sammenhæng er tale om døde fostre snarere end lig, kan man naturligvis spørge, om der så ikke også må være etisk relevante forskelle på de to situationer. Det omtalte høringssvar har som præmis, at der tales om afdøde mennesker, som har haft et typisk langt liv med mange stærke relationer. Men selvom et aborteret foster ikke har nået at opbygge tilsvarende relationer, kan tabet af et foster naturligvis opleves som et stort tab.

Til grund for reglerne om at lig skal behandles sømmeligt, diskuteres blandt andet:

- *Respekten for den afdøde person.* Fx respekterer vi den afdøde person ved at mindes vedkommende.
- *Menneskers særlige værdighed.* Her kan man lægge vægt på selve det, at personen var et menneske, hvilket kan tolkes ud fra en humanistisk opfattelse af, at mennesker besidder rationalitet og indgår i sociale relationer m.v., og/eller ud fra en kristen opfattelse af, at mennesket besidder en særlig værdighed ved at være skabt i Guds billede.
- *Hensynet til de efterladte.* Behandlingen af liget bør afspejle en respekt for det tab, de efterladte har lidt. Dette kan ske ved i videst muligt omfang at imødekomme deres ønsker og opfattelser, hvilket indebærer, at liget ikke blot behandles som objekt eller ting.

II. Rådets overvejelser

Den eksisterende praksis på landets sygehuse vidner om, at man i sine overvejelser har søgt at afveje hensynet til fosteret, forældrene, personalet og samfundet som sådan. Når resultaterne er blevet så forskellige, skyldes det naturligvis, at der findes mange måder, hvorpå man kan indrette proceduren omkring håndtering af fostrene, som hver især kan have baggrund i divergerende værdier, vurderinger, situationer og erfaringer. I det følgende gennemgås de centrale etiske valg eller "checkpoints", der er forbundet med at indføre fælles retningslinjer for håndteringen af det aborterede foster. Overordnet drejer det sig om følgende spørgsmål:

- 1) Hvilke muligheder for håndteringen af det aborterede foster bør forældre med rimelighed kunne forvente?
- 2) Hvilken grad af inddragelse i beslutningerne om håndteringen af det aborterede foster bør forældre med rimelighed kunne forvente?
- 3) Hvilke muligheder bør forældre have for at omgøre det valg, de træffer, og bør der opereres med en standardprocedure for håndteringen af aborterede fostre?
- 4) I hvilket omfang bør samfundet indføre fælles retningslinjer for, hvad praksis bør være på dette område?

Et gennemgående spørgsmål er, hvilken relevans fosterets alder har for, hvilke retningslinjer, der bør gælde, herunder om grænsen for kvinders ret til fri abort i uge 12 også meningsfuldt kan markere en grænse i forhold til, hvordan aborterede fostre bør håndteres og forældrene inddrages i beslutningen.

Et andet gennemgående spørgsmål er, hvilken vægt hensynet til henholdsvis forældre, sundhedspersonale, samfundet og fosteret selv bør have i overvejelserne om, hvilke retningslinjer, der bør gælde. I den sammenhæng kan det nævnes, at forældre og sundhedspersoner naturligvis kan have mange forskellige overbevisninger med forskellige implikationer for spørgsmålet om, hvilke retningslinjer der bør gælde. I den følgende tekst afvejes disse hensyn og med dem forskellige mulige bud på, hvordan fælles retningslinjer bør indrettes. Sammenkædningen af bestemte værdimæssige præmisser med bestemte anbefalinger er ikke udtryk for logisk nødvendighed, men kan ses som pragmatiske afvejsninger, der alt andet lige tilgodeser bestemte værdier og opfattelser,

1) Hvilke muligheder for håndteringen af det aborterede foster bør forældre med rimelighed kunne forvente?

Nogle sygehuse lægger i deres valg af tilbud om håndteringen af de aborterede fostre vægt på, at man ved at give forældrene mulighed for at vælge mellem forskellige muligheder undgår at tilskrive fosteret en status, forældrene ikke oplever, at det har. Andre sygehuse har derimod valgt som udgangspunkt at håndtere fostre aborteret før uge 12 - og visse steder også efter uge 12 - på en bestemt måde, fx ved at fastlægge en standardprocedure og ved eventuelt at lægge mindre vægt på inddragelsen af forældrene i beslutningen.

At der er forskellig praksis ved de forskellige sygehuse afspejler måske, at fosterets status af mange opleves som tvetydig eller vanskelig at fastlægge, uanset at fosteret juridisk set ikke kategoriseres som en person. Undersøgelser tyder som nævnt på, at der er en sammenhæng mellem, hvor fremskreden graviditeten var ved aborttidspunktet, og hvilke ønsker forældrene har for håndteringen af fosteret¹³. Socialhistoriker Sniff Andersen Nexø har påpeget, at fostre i stadig højere grad betragtes som børn. Det skyldes ikke mindst den samfundsmæssige og teknologiske udvikling omkring fosterscanning, der i stigende grad synliggør fosteret tidligt i graviditeten.

En imødekomme af forældrenes ønsker tilsiger derfor, at *sygehusene i det mindste efter et vist tidspunkt i graviditeten skal skabe mulighed for anonym nedgravning* – enten som et tilbud til forældrene eller som en standardprocedure, de eventuelt kan fravælge. Et sådant tilbud ville også være i tråd med den opfattelse, at fosteret har en værdighed allerede fra undfangelsen, der skal respekteres.

Visse forhold taler dog imod en sådan regel.

Hvis anonym nedgravning får status af et *gratis offentligt tilbud* ved alle landets sygehuse, vil nogle måske se det som noget, der i sig selv legitimerer abort. Anonym nedgravning kan således blive opfattet som en procedure, der i nogen grad tillader forældrene at undgå at tage stilling til de problemstillinger, der knytter sig til at få foretaget en provokeret abort, hvorved aborten alt andet lige bliver mere oplagt. Dette er naturligvis et problem, hvis man ønsker at fastholde, at dette at få foretaget en provokeret abort aldrig er uproblematisk og altid kræver nøje overvejelse.

¹³ Se note 3

Grænser for tilbud om anonym nedgravning?

Spørgsmålet er, om der findes en nedre grænse for, hvornår forældrene med rimelighed kan forvente et tilbud om anonym nedgravning.

Flertallet af forældre, der aborterer før uge 16, ønsker ifølge den nævnte undersøgelse¹⁴ bortskaffelse af fosteret. Undersøgelsen forholder sig dog ikke til, om der er forskel på opfattelsen af fosteret før og efter uge 12. Personale på nogle af de sygehuse, Rådet har været i kontakt med, modsiger påstanden om, at forældre, der aborterer mellem uge 12 og uge 16, generelt set ønsker bortskaffelse. Undersøgelsen peger dog overordnet set på, at jo tidligere i graviditeten kvinden er på aborttidspunktet, jo færre af kvinderne ønsker, at fosteret skal behandles på en anden måde end klinisk affald. Det peger alt andet lige på, at jo tidligere i graviditeten en eventuel grænse drages, jo færre forældre vil føle sig krænket.

Visse ting kunne tale for, at der ikke i udgangspunktet stilles krav om, at hospitalerne skal tilbyde forældre, der aborterer indtil uge 12, anonym nedgravning:

Man kan argumentere for, at vi med indførelsen af grænsen for fri abort i uge 12 en gang for alle har besluttet, at det først efter uge 12 er et samfundsanliggende at sætte rammer for, hvad der må ske med fosteret. Denne grænse kunne altså tages som udtryk for ikke blot grænser for samfundets indgreb i kvinders autonomi, men også for samfundets ansvar for at stille bestemte muligheder til rådighed for kvinder, der aborterer.

Selvom denne grænse for fri abort ikke entydigt kan siges at være etableret af hensyn til fosteret, kan grænsen i manges bevidsthed have fået en sådan betydning. Med andre ord kan etableringen af grænsen i uge 12 have medført en opfattelse af, at der før dette tidspunkt ikke kan stilles rimelige krav om, at sygehusene tilbyder bestemte muligheder for håndteringen af det aborterede foster.

Andre forhold kunne dog tale for, at samfundets retningslinjer om, hvornår sygehusene skal tilbyde anonym nedgravning, bør ligge et andet sted end i uge 12, eller for at der slet ingen grænse bør være.

Nogle argumenter taler for, at den nuværende grænse ved uge 22 fastholdes:

Da de nævnte overvejelser omkring samfundets eventuelle ansvar for fosteret efter uge 12 angår hensynet til det *levende* foster, kan man mene, at der er relevante forskelle til en situation, hvor spørgsmålet angår en sømmelig håndtering af det *aborterede* foster, som gør, at grænsen må drages et andet sted. Den nuværende juridiske praksis, hvor det levende foster først opnår status af at være et "barn" efter uge 22, kan siges at afspejle en opfattelse af, at først her er fosteret så udviklet, at det er rimeligt at stille krav om, hvordan det aborterede foster bør håndteres.

En anden overvejelse kan være, at hvis man generelt indfører krav til sygehusene om i højere grad at behandle fostre efter uge 12 på en værdig måde, personificerer man dem på en måde, der kan ses som værende i modstrid med en opfattelse af fosteret, som er foreneligt med fx kvinders ret til abort.

¹⁴ Se note 3

Andre forhold kunne tale for, at vi i indretningen af retningslinjer ikke opstiller alt for skarpe grænser:

Erfaringen på sygehusene er, at forældres tanker om fosteret ofte kun har lidt at gøre med fosterets alder. For et par, der har været gennem en lang og besværlig proces med kunstig befrugtning, bliver fosteret måske meget hurtigt nærværende, mens det for andre først sker meget senere i graviditeten. Forældrenes tanker om fosteret afhænger også af, om aborten fx er provokeret eller spontan; om den sker på baggrund af en misdannelsesscanning af et ønsket barn, eller af at forældrene ikke kan tage vare på barnet.

For især forældre og personale kan opfattelsen af fosteret som noget, der besidder en værdighed, som bør afspejle sig i håndteringen af det aborterede foster, hænge sammen med i hvilken grad fosteret opfattes som en person. Som nævnt er der tegn på, at de gradvis udvidede scanningstilbud medvirker til at personificere fosteret. En anden faktor kan være, at proceduren for sene aborter minder om en rigtig fødsel.

Sådanne forhold peger altså på, at man ikke med en fast grænse kan imødekomme alle forældres ønsker og behov. Man kan naturligvis omvendt diskutere, om hensynet til forældre og personale imødekommes i tilstrækkelig grad ved at sygehusene tilbyder nedgravning eller udlevering efter uge 12.

Endelig kan man argumentere for, at de grunde, man måtte have, til at ville sætte en grænse slet ikke er tilstrækkelig tungtvejende til at opveje et hensyn til det aborterede foster. Hvis man lægger vægt på, at fosterets værdighed først og fremmest beror på, at det er et menneske, og mindre på dets alder, er grænsen ved uge 12 mindre relevant. Det taler imod at fosterets alder er bestemmende for, hvordan retningslinjer om håndteringen af aborterede fostre bør være indrettet.

2) Hvilken grad af inddragelse i beslutningerne om håndteringen af det aborterede foster bør forældre med rimelighed kunne forvente?

På en del af landets sygehuse bliver forældrene rutinemæssigt spurgt om, hvad der skal ske med det aborterede foster, hvis aborten er sket efter uge 12, mens der før uge 12 typisk blot orienteres. Selve måden, hvorpå forældrene inddrages, beror derimod i høj grad på personalets skøn af, hvad der tjener forældrene bedst.

Man kan, ud fra et kendskab til forældrenes interesse i, hvad der sker med det aborterede foster efter uge 12, argumentere for, at retningslinjerne for inddragelse af forældrene bør være de samme som for dødfødte børn. Her peger en dom fra Menneskerettighedsdomstolen (jf. det juridiske afsnit ovenfor) på, at det må opfattes som en del af kvindens ret til privatliv og familieliv at få lejlighed til at planlægge og deltage i begravelsen af det døde foster. Det taler for, at der etableres fælles retningslinjer for, at *landets sygehuse obligatorisk skal inddrage forældrene, før det besluttet, hvordan fosteret skal behandles.*

Det ville medføre, at sygehusene kun efter samtykke fra forældrene må foranstalte nedgravning eller bortskaffelse af fostre. Et krav om samtykke kan fx begrundes i, at både nedgravning og bortskaffelse af nogle kan opfattes som udtryk for en bestemt kulturel eller religiøs opfattelse, der måske ikke deles af alle. Man kan også anføre, at nedgravningen af nogle kan opfattes som

en tilskrivelse til fosteret af en bestemt etisk status, der indikerer en moralsk forpligtelse til at være konfronteret med at abort er moralsk forkert. Således kan man sige, at forældre, der kender til eller siden bliver bekendt med nedgravningen, "pådattes" en holdning, de ikke har eller vil konfronteres med. Omvendt tilsiger en opfattelse af fosteret som noget, der har krav på samfundets beskyttelse, at forældrene netop *bør* konfronteres med disse moralske overvejelser, og at bortskaffelse uden samtykke derimod indebærer en risiko for, at forældre, der opfatter denne håndtering som usømmelig, krænkes.

Grænser for inddragelse?

Spørgsmålet er, hvorvidt retningslinjerne bør være de samme for aborter, der finder sted før (medicinsk og kirurgisk abort) henholdsvis efter uge 12. Som anført oven for peger visse argumenter på den ene side på, at hensynet til forældrene, personalet, samfundet og – efter nogles opfattelse - fosteret ikke kan siges at være lige så presserende før som efter uge 12. På den anden side kan der være legitime grunde til, at forældrene har bestemte ønsker for håndteringen af fosteret. Det kunne tale for, at *der* indføres fælles retningslinjer om, *at forældrene før uge 12 skal orienteres om, hvad der sker med det aborterede foster, og at de selv skal tage initiativet, hvis proceduren skal fraviges.*

Nogle forældre kan dog opleve alene det at blive spurgt om fosterets videre håndtering som ubehagelig, for så vidt at det opfattes som om, at det introducerer en præmis om fosterets etiske status, de måske ikke deler, men som ikke desto mindre fremstiller ønsket om bortskaffelse af fosteret som moralsk problematisk. Opfattelsen af aborten som moralsk uproblematisk eller ønsket om at ignorere de moralske spørgsmål kan fx være begrundet i et bestemt menneskesyn, i fosterets alder, eller i baggrunden for aborten. Sådanne ønsker og opfattelser kunne imødekommes ved at begrænse pligten til at tilbyde forældrene nedgravning, fx i forhold til fosterets alder og eventuelt i forhold til baggrunden for aborten. Det kunne også tale for, at der ikke opstilles meget rigide regler for informering af forældrene, men for at man i stedet inden for visse grænser, fx før uge 12, overlader det til personalet at afgøre, hvorvidt, hvordan og hvornår forældrene informeres om mulighederne. Omvendt tilsiger en opfattelse af fosteret som noget, der har krav på samfundets beskyttelse, at forældres ønske om at ignorere de moralske spørgsmål, ikke bør spille ind på informationsprocedurerne.

3) Hvilke muligheder bør forældre have for at omgøre det valg, de træffer, og bør der etableres en standardprocedure for håndteringen af aborterede fostre?

Man kan forsøge at begrunde et princip om, at forældrene skal inddrages i beslutningen, ud fra en tiltro til, at de som oftest evner at træffe den beslutning, der er rigtigst for dem selv. Forældrene er dog ofte følelsesmæssigt stærkt påvirkede i forbindelse med aborten, hvorfor det kan virke voldsomt at skulle tage stilling til, hvad der skal ske med fosteret. Også i praksis er der tilsyneladende eksempler på, at kvinder er vendt tilbage med stærke ønsker om, at det foster, de engang aborterede, behandles sømmeligt. Det er på denne baggrund, man på flere hospitaler har indført anonym nedgravning som standardprocedure.

Man kan dog også tilgodese forældrenes tvivl ved at give dem en passende frist til træffe valget eller til at omgøre deres valg. Mange steder venter sygehusene således nogle dage eller uger med at gøre noget med fostrene, således at forældrene får en vis mulighed for at beslutte sig eller for at omgøre deres beslutning.

At forældrene ofte er følelsesmæssigt påvirkede kunne tale for, at der indføres fælles retningslinjer, der sikrer forældrene til aborterede fostre en rimelig mulighed for at omgøre deres beslutning.

Såfremt forældrene tilbydes en svarfrist, kan der i sagens natur være situationer, hvor sygehuset ikke modtager et svar fra forældrene indenfor en given tidsfrist. I så fald må sygehuset operere med en standardprocedure for, hvad der skal ske med fosteret. Der kan være forskellige holdninger til, hvilken standardprocedure der er etisk mest acceptabel.

Grænser for fortrydelse?

Igen her rejser spørgsmålet sig om, hvorvidt retningslinjerne bør være forskellige før og efter uge 12. Her kan man ud fra en opfattelse af, at hensynet til samfund, forældre osv. ikke er lige så presserende før som efter uge 12, argumentere for, at inddragelsen af forældrene før uge 12 begrænser sig til en orientering om, hvilken standardprocedure, sygehuset anvender, og et tilbud om, på forespørgsel og om muligt, at udlevere fosteret. Også her bør det overvejes, hvad behovet er for en fortrydelsesret. En mulighed kunne være, at en fortrydelsesret kun træder i kraft, for så vidt som forældrene umiddelbart ytrer ønske om en afvigelse fra standardproceduren.

4) I hvilket omfang bør samfundet indføre fælles retningslinjer for, hvad praksis bør være på dette område?

Som anført oven for, kan man argumentere for, at vi med begrænsningen af den fri abort til uge 12 allerede har sendt et signal om, at hvad der sker med fosteret efter uge 12 – dødt eller levende – er et samfundsanliggende. Dette taler i sig selv for, at det er legitimt at indføre visse fælles retningslinjer på området.

Andre vil argumentere for, at spørgsmålet om, hvordan det aborterede foster skal håndteres, falder inden for privatsfæren, og at den fælles regulering derfor primært bør sigte på at understøtte forældrenes valg. Det kunne tale for, at samfundet begrænser sig til at undlade at foretage urimelige indskrænkninger af forældrenes mulighed for selv at afgøre, hvordan fosteret skal håndteres, hvad enten forældrene ønsker nedgravning eller bortskaffelse. Det kunne også tale for, at sygehusenes procedurer ikke implicit eller eksplicit fremstiller bestemte opfattelser som moralsk mere korrekte end andre.

Sidstnævnte kan være i modstrid med indførelsen af en standardprocedure, for så vidt at en sådan procedure kan ses som et signal om, hvad fællesskabet i udgangspunktet betragter som det moralsk mest rigtige.

Indførelsen af fælles retningslinjer kan indebære en risiko for, at man ikke kan handle ud fra de specifikke situationer og erfaringer, der opstår og findes på de enkelte sygehuse. Nogle steder kan en stor del af de aborterende kvinder fx tilhøre en religiøs eller kulturel gruppe, der vil blive stillet ringere eller føle sig krænket, hvis der indføres bestemte retningslinjer. Fælles retningslinjer, der foreskriver anonym nedgravning som standardprocedure, indebærer oprettelsen af et offentligt tilbud, der kun er relevant for dem, der vil acceptere de bagvedliggende kristne/vestlige ritualer, såsom nedgravning i indviet jord. På den måde vil sådanne retningslinjer umiddelbart stille fx visse religiøse mindretal ringere end de, der ingen forbehold har.

Fælles retningslinjer, der generelt indebærer forøgede krav til sygehusene om informering, kremering og anonym nedgravning, vil lægge beslag på flere ressourcer end bortskaffelse, som kunne være brugt til andre formål i et sundhedssystem, der allerede kæmper med stigende udgifter. I det omfang, retningslinjerne skal gælde for medicinske aborter, vil også gynækologiske speciallæger eventuelt pålægges krav om at informere aborterende kvinder om deres muligheder, og eventuelt foranstalte mulighed for, at abortvævet – hvad enten fra spontan eller provokeret abort og såfremt det aborteres under lægebesøget – kan indsamles med henblik på fx udlevering. Hvis en opfattelse af, at aborterede fostre ikke bør bortskaffes, breder sig, må det forventes, at kommunernes udgifter til begravelseshjælp også stiger.

III. Rådets anbefalinger

Det Etske Råd har ved rådsmødet den 17. marts 2011 diskuteret, hvilke retningslinjer der bør gælde i forbindelse med sygehuses og lægers håndtering af aborterede fostre, herunder spørgsmålet om inddragelse af forældrene samt det hensigtsmæssige i indførelsen af fælles retningslinjer på området.

Et enigt Råd anbefaler

Det Etske Råd mener, at *der er behov for fælles retningslinjer* for, hvordan sygehuse og læger må behandle aborterede fostre før uge 22.

Rådet mener, at i sammenhæng med abort efter uge 12 skal forældrene *altid inddrages* i beslutningen om, hvordan fosteret skal håndteres. Nogle rådsmedlemmer mener, at sådanne krav også skal gælde for aborter før uge 12.

Rådet mener, at der ved alle sygehuse bør tilbydes anonym nedgravning af fostre aborteret efter uge 12. Nogle medlemmer mener, at samme muligheder bør gælde for fostre aborteret før uge 12.

Ovenstående anbefalinger fremsættes med baggrund i en opfattelse af, at vi som samfund bør behandle aborterede fostre sømmeligt. Desuden sker det ud fra en anerkendelse af, at forældre kan have et legitimt behov for at drage omsorg for det aborterede foster, der i rimeligt omfang bør imødekommes.

Rådet finder, at forældre, der har gennemgået henholdsvis spontan og provokeret abort, skal stilles ens, med hensyn til eventuelle fælles retningslinjer angående deres mulighed for at afgøre, hvad der skal ske med fosteret, og hvad angår deres inddragelse i denne beslutning. Rådet er dog opmærksomt på, at provokeret og spontan abort, såvel som andre forskelle i baggrunden for aborten, kan have stor betydning for, hvordan sygehuspersonalet konkret kommunikerer med forældrene. Der skal således stå respekt om, at forskellige hensyn kan være betinget af den enkelte situation.

Medlemmernes holdninger

Holdning 1: Forskellige regler for fostre aborteret før/efter uge 12

Nogle af Rådets medlemmer (Anne Marie Mai, Christina Wilson, Ester Larsen, Gunna Christiansen, Jacob Birkler, Jørgen Carlsen, Jørgen E. Olesen, Lotte Hvas, Peder Mouritsen, Rikke Bagger Jørgensen og Søren Peter Hansen) er enige om, at *en sømmelig håndtering af de aborterede fostre bør tilrettelægges efter forskellige mønstre før og efter 12. svangerskabsuge*, men lægger forskellige hensyn til grund.

Nogle medlemmer (Christina Wilson, Ester Larsen, Jacob Birkler, Jørgen E. Olesen, Lotte Hvas, Peder Mouritsen og Søren Peter Hansen) lægger vægt på, at samfundet accepterer aborter før uge 12 uden begrundelse. Efter dette tidspunkt forudsætter provokeret abort en positiv tilladelse fra samfundets side. Dermed følger også et *samfundsmæssigt medansvar for håndteringen af fosteret*. Når vi kan dispensere for dette ansvar før uge 12, skyldes det desuden:

- at det ville være samfundsmæssigt uoverkommeligt som en generel regel at give samme tilbud i forbindelse med de tusindvis af aborter før uge 12, som man efter medlemmernes mening bør tilbyde ved aborter efter uge 12;
- at selvom det anerkendes, at forældre kan have et legitimt behov for, at fosteret ikke brændes med andet menneskeligt væv også før uge 12, ville det være ude af proportioner at gøre anonym nedgravning til standardprocedure på dette stade, eller at bede forældrene tage stilling til, hvad der skal ske med fosteret.

Nogle medlemmer (Gunna Christiansen, Jørgen Carlsen og Rikke Bagger Jørgensen) lægger først og fremmest vægt på, at *forældrene bør have mulighed for selv at afgøre, hvordan fosteret bør behandles*. Disse medlemmer lægger desuden vægt på, at uge 12 markerer et væsentligt skift i forhold til, hvor voldsomt indgrebet opleves af mange forældre og af sundhedspersonale, samt på at vi som samfund må påtage os et gradvis større ansvar for fosteret, jo mere udviklet det er.

Med disse begrundelser anbefales følgende retningslinjer:

Før uge 12

Alle medlemmerne under holdning 1 mener, at i forbindelse med abort skal fostervævet som standardprocedure blive *brændt med andet menneskeligt væv*.

- Nogle medlemmer (Christina Wilson, Ester Larsen, Jørgen Carlsen, Jørgen E. Olesen og Peder Mouritsen) mener, at forældrene skal informeres om den standardprocedure, lægen eller sygehuset har for håndteringen af fostervævet, og tilbydes de andre muligheder, sygehuset har for fostre aborteret efter uge 12.
Hvis forældrene overvejer at benytte de muligheder, der tilbydes forældre ved abort efter uge 12, skal de gøre opmærksom herpå, inden de forlader sygehuset eller lægens praksis. I så fald vil de inden for en nærmere fastsat tidsfrist skulle kontakte sygehuset med deres beslutning. Hvis svaret udebliver, kan sygehuset efter fristens udløb følge standardproceduren.
- Nogle medlemmer (Anne Marie Mai, Gunna Christiansen, Jacob Birkler, Lotte Hvas, Rikke Bagger Jørgensen og Søren Peter Hansen) mener *ikke, at sygehuse og læger skal tilbyde anonym nedgravning*, eller at der som standard skal informeres om, hvordan sygehuset håndterer fostervævet. Hvis forældrene spørger, skal personalet dog oplyse, hvad sygehusets eller lægens standardprocedure er.

Efter uge 12

- Nogle medlemmer (Anne Marie Mai, Christina Wilson, Ester Larsen, Jacob Birkler, Jørgen E. Olesen, Lotte Hvas og Peder Mouritsen) mener, at forældrene til det aborterede foster skriftligt bør informeres om, at *sygehusets standardprocedure for håndtering af aborterede fostre vil være, at de nedgraves anonymt*, og om hvori dette nærmere består. De informeres samtidig om, at det vil være muligt at fravælge denne ordning ved at vælge fostret brændt som andet menneskeligt væv eller ved at få fostret udleveret, eventuelt med henblik på begravelseslignende nedgravning.
- Nogle medlemmer (Gunna Christiansen, Jørgen Carlsen, Rikke Bagger Jørgensen og Søren Peter Hansen) mener ikke, at der skal foreligge en standardprocedure, men at forældrene til det aborterede foster skriftligt skal informeres om, at de kan *vælge imellem tre muligheder for, hvad der skal ske med det aborterede foster*: 1) At fostret brændes med andet menneskeligt væv, 2) at hospitalet gennemfører anonym nedgravning, eller 3) at fosteret udleveres til eventuel begravelseslignende nedgravning.
- Et medlem (Rikke Bagger Jørgensen) mener, at anonym nedgravning foranstaltet af sygehuset eller lægen skal foregå i ikke-indviet jord, da man i en sag som denne handler på hele samfundets vegne og derfor principielt set bør være religionsneutral.

Alle de nævnte medlemmer mener, at forældrene skal afgive deres svar, før de forlader sygehuset eller at der alternativt skal oplyses om en svarfrist og om hvilken procedure, der følges, hvis svaret udebliver.

Sygehusenes procedurer skal sikre, at forældrene gives rimelig mulighed for at omgøre deres beslutning. Forældrene bør oplyses om fristerne for fortrydelse.

Holdning 2: Ingen forskel på regler for fostre aborteret før/efter uge 12

Nogle medlemmer (Edith Mark, Lene Kattrup, Lillian Bondo, Mickey Gjerris, Niels Jørgen Cappelørn og Thomas Ploug) lægger i deres stillingtagen vægt på, at fosteret har værdighed fra undfangelsen: Menneskelivet starter ved undfangelsen og har krav på respekt, selvom der kan være andre hensyn – fx til kvinders ret til selvbestemmelse – der kan veje tungere (som det fremgår af gældende lov om fri abort). De nævnte medlemmer mener desuden, at der ikke er tilstrækkeligt stærke grunde til at gøre forskel i behandlingen af aborterede fostre før og efter 12. uge. På denne baggrund mener de pågældende medlemmer, at standardproceduren for aborterede fostre, for så vidt at de er i sygehusets eller lægens varetægt, bør være *anonym nedgravning*. Fostre bør altså ikke brændes med andet menneskeligt væv.

De pågældende medlemmer mener endvidere, at forældrene har en ret til at kende de procedurer, det aborterede foster underkastes. Mere præcist bør forældrene således informeres både skriftligt og mundtligt om standardproceduren, og om at de som alternativ kan få fosteret udleveret til begravelseslignende nedgravning. De nævnte medlemmer mener, at forældrene skal afgive deres svar, før de forlader sygehuset eller at der alternativt skal oplyses om en svarfrist og om hvilken procedure, der følges, hvis svaret udebliver. Sygehusenes procedurer skal sikre, at forældrene gives mulighed for at omgøre deres valg vedrørende håndtering af fostervævet. Forældrene bør oplyses om fristerne herfor

Nogle medlemmer (Mickey Gjerris og Niels Jørgen Cappelørn) mener, at anonym nedgravning foranstaltet af sygehuset eller lægen skal foregå i ikke-indviet jord, da man i en sag som denne handler på samfundets vegne og derfor principielt set bør være religionsneutral. Sygehuset eller

lægen skal i alle tilfælde informere forældrene om, at der er to muligheder: 1) hospitalet foretager anonym nedgravning i ikke-indviet jord, eller 2) forældrene kan få udleveret det døde foster og selv foranstalte nedgravning. Hvis forældrene vælger at få fosteret udleveret, skal de informeres mundtligt og skriftligt om regler for nedgravning før uge 22.

På vegne af Det Ethiske Råd



Jacob Birkler
Formand