



Enhed: Etik i Sundhedsvæsenet
Sagsbeh.: cks
Koordineret med:
Sagsnr.: 2024 - 12542
Dok. nr.: 243197
Dato: 10-01-2025

KOMMENTERET HØRINGSNOTAT

Udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Ændring af ugegrænsen for den fri abort)

I det følgende gennemgås de væsentligste bemærkninger til udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Ændring af ugegrænsen for den fri abort m.v.).

1. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Udkast til lovforslag udgør ét ud af tre lovforslag vedrørende sundhedslovens regler om abort, som i perioden 14. oktober 2024 til 11. november 2024 har været sendt i offentlig høring. De øvrige to lovforslag er forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Abort uden forældresamtykke eller tilladelse fra et abortsamaråd for 15- 17-årige) og forslag til lov om ændring af sundhedsloven (Oprettelse af et nyt abortnævn m.v.).

Udkast til lovforslag har været sendt i offentlig høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v.: Børnerådet, Børnesagens Fællesråd, Børns Vilkår, Center for Etik og Ret, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Fertilitetsselskab, Dansk Psykologforening, Dansk Pædiatrisk Selskab (DPS), Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), Dansk Sygeplejeråd, Danske Bioanalytikere, Danske Handicaporganisationer, Danske Patienter, Danske Regioner, Datatilsynet, Fagbevægelsens Hovedorganisation, Foreningen af Speciallæger, Institut for Menneskerettigheder, Jordemoderforeningen, Kirkens Korshær, KL, Kristelig Lægeforening, Kvinderådet, KVINFO, Landsforeningen Børn og Forældre, Landsforeningen for Ufrivilligt Barnløse, Landsforeningen Læbe-Ganespalte, LGBT+ Danmark, LGBT+ Ungdom, Lægeforeningen, Manderådets Udvalg for Familieret, Mødrehjælpen, Nationalt Center for Etik, Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber, Patienterstatningen, Patientforeningen, Patientforeningen i Danmark, PCO Foreningen, Praktiserende Lægers Organisation, Red Barnet, Unicef, Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark, Rådet for Digital Sikkerhed, Sex og Samfund, Sundhed Danmark - Foreningen af danske sundhedsvirksomheder og Yngre Læger.

Udkastet til lovforslaget blev endvidere sendt til Folketingets Sundhedsudvalg og Folketingets Ligestillingsudvalg til orientering den 14. oktober 2024.

Lovforslaget har desuden været offentliggjort på Høringsportalen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har modtaget høringssvar uden bemærkninger fra: Lægemiddelstyrelsen, Dansk Arbejdsgiverforening, Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Endokrinologisk Selskab, Dansk Selskab for Akutmedicin, Patienterstatningen og Dansk Selskab for Medicinsk Genetik.

Indenrigs- Sundhedsministeriet har modtaget høringssvar med bemærkninger fra: Fagligt Selskab for Perinatale Tab og Sene Aborter, Jordemoderforeningen, Dansk Føtalmedicinsk Selskab, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Mødrehjælpen, Dansk Jordemoderfagligt Selskab, Landsforeningen Læbe-Ganespalte, Lægeforeningen, KVINFO, Det Ethiske Råd, Børnerådet, Kvinderådet, Sex & Samfund, Danske Regioner og Institut for Menneskerettigheder.

Nedenfor er gengivet de væsentligste punkter i de modtagne høringssvar. Høringssvar, der ikke vedrører det konkrete lovforslag, fremgår ikke af høringsnotatet. Der henvises til de enkelte høringssvar for en fuldstændig gennemgang.

Indenrigs- og Sundhedsministeriets bemærkninger til høringssvarene er *kursiverede*.

2. Høringsparternes bemærkninger til lovforslaget

2.1. Generelle bemærkninger

Jordemoderforeningen og Dansk Jordemoderfagligt Selskab (DJS) hilser overordnet forslaget velkomment. Jordemoderforeningen anfører, at der med forslaget lægges op til en ændring af lovgivningen, der i langt højere grad afspejler kvinders selvbestemmelse på et sundhedsfagligt oplyst grundlag og handlemuligheder som følge af de sundhedstilbud, som gravide kvinder i dag har adgang til.

Dansk Føtalmedicinsk Selskab (DFMS) bakker op om lovforslaget, og Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) udtrykker stor glæde over lovforslaget, som de anser for en ambitiøs og tidssvarende ændring af den nuværende regler. DSOG mener, at det er en vigtig milepæl for deres fag, kolleger og ikke mindst for kvinderne.

Mødrehjælpen mener, at det generelt er positivt, at man med lovforslaget sikrer mere tidssvarende regler, mens Sex & Samfund anfører, at lovforslaget overordnet styrker den kropslige selvbestemmelse. KVINFO mener, at lovforslaget er et skridt mod en mere ligestillet og retfærdig tilgang til reproduktive rettigheder.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet noterer sig den generelle opbakning fra høringsparterne.

DSOG bemærker, at den gravides eventuelle partner ikke bliver nævnt i lovforslaget.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det, i overensstemmelse med gældende ret, ikke vil være et krav for den gravide, at hun inddrager sin eventuelle partner i vurderingen af, hvorvidt denne ønsker at få foretaget en abort.

2.2 Ændring af ugegrænsen for den fri abort og fosterreduktion

Mødrehjælpen finder det positivt, at ugegrænsen for den fri abort hæves. Mødrehjælpen mener, at den nye ugegrænse vil give gravide bedre muligheder for at tage stilling og handle på resultater af fosterdiagnostiske undersøgelser i 1. trimester.

DSOG er enig i forslag om, at ugegrænsen for fosterreduktion skal ensrettes med den nye ugegrænse for abort. DSOG anfører dog, at det ikke tydeligt fremgår af lovforslaget, om aborten skal være opstartet senest i uge 17+6 eller afsluttet inden udgangen af 18. graviditetsuge.

DJS hilser forslaget om at hæve grænsen for fri abort fra udgangen af 12. graviditetsuge til udgangen af 18. graviditetsuge velkomment, da forslaget ifølge selskabet i højere grad afspejler samfundets udvikling og sikrer kvinders reproduktive selvbestemmelse.

Lægeforeningen anfører, at en ugegrænse på 18. uge er hensigtsmæssig.

KVINFO hilser det velkomment, at abortgrænsen hæves fra uge 12 til uge 18, da dette styrker kvinders medbestemmelse over egen krop og reproduktive sundhed.

Det Ethiske Råd bemærker, at en abortgrænse på 18. graviditetsuge flugter med den grænse, som et flertal af rådets medlemmer foreslog i 2023.

Sex & Samfund ser særligt positivt på liberaliseringen af kvinders adgang til fri abort med et løft fra 12. til 18. graviditetsuge, men understreger, at en grænse på 18 uger ikke giver den gravide fuld kropslig selvbestemmelse. Sex & Samfund anfører, at beslutningen om abort kan være sværere for nogle

kvinder, jo mere fremskreden graviditeten er, men mener, at kvinder bør have den fulde beslutningsret over egen krop og eget liv.

Kvinderådet ønsker en abortgrænse på 22. graviditetsuge, men bakker op om den foreslåede grænse på 18. graviditetsuge, som er et markant og positivt fremskridt ift. den nuværende abortgrænse på 12. graviditetsuge. Kvinderådet ser udvidelsen af abortgrænsen til 18 uger som en styrkelse af kvinders reproduktive rettigheder, og mener at det vil øge muligheden for, at kvinder selv kan træffe væsentlige beslutninger om graviditet og familiedannelse.

Institut for Menneskerettigheder finder det særdeles positivt, at man med lovforslaget ændrer ugegrænsen for den fri abort fra den 12. til den 18. graviditetsuge, idet det vil styrke gravides ret til sundhed og selvbestemmelse.

Danske Regioner bemærker, at det bør fremgå af selve lovteksten, at retten til abort ikke gælder, når der ud fra en lægefaglig vurdering er en kontraindikation for foretagelse af abort.

Danske Regioner foreslår, at det tydeliggøres, at det er et væsentligt mindre indgreb at få foretaget en abort tidligt i graviditeten frem for sent i graviditeten, og at dette også gælder, selvom senabort generelt er meget sikkert.

Danske Regioner finder desuden, at det bør præciseres i lovforslaget, hvorvidt det afgørende er, om aborten er igangsat eller tilendebragt inden udløbet af 18. graviditetsuge.

PETAB bemærker at det forhold, at den gravide kan have et ønske om at modtage støtte i forbindelse med, at denne skal træffe beslutning om, hvorvidt graviditeten skal afbrydes eller gennemføres, ikke i sig selv skal anvendes som argument for at sætte grænsen for den fri abort til udgangen af 18. graviditetsuge, idet alle gravide tilbydes støtte uanset graviditetslængden. PETAB bemærker, at nogle mennesker finder det begrænsende, at de ikke selv må træffe beslutningen om afbrydelse af deres graviditet, og at andre læner sig op ad den tilladelse, som de modtager fra abortsamrådet, men at de fleste har store moralske konflikter op til en sen, provokeret abort i en ønsket graviditet. PETAB anbefaler, at man tydeliggør hvilken støtte, der er tale om.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig høringsparternes generelle opbakning til ændringen af ugegrænsen for den fri abort fra udgangen af 12. til 18. graviditetsuge.

Ministeriet er enig i, at ved at hæve grænsen for den fri abort til udgangen af 18. graviditetsuge, vil gravide få bedre mulighed for at træffe en oplyst beslutning på baggrund af bl.a. resultaterne fra det fosterdiagnostiske tilbud i første trimester af graviditeten.

Ministeriet bemærker, at patientsikkerheden skal være i fokus ved vurderingen af, hvorvidt der kan foretages et abortindgreb - også i tilfælde af kontraindikation. Dette gælder for al behandling i sundhedsvæsenet og indebærer, at den ansvarlige sundhedsperson skal vurdere, om der er en kontraindikation for at foretage en konkret behandling. I et sådant tilfælde skal den ansvarlige sundhedsperson vurdere situationen i overensstemmelse med dennes forpligtelse til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Der kan således forekomme situationer, hvor en abort inden for grænsen for den fri abort ikke kan foretages af hensyn til den gravide kvindes liv eller helbred. Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan i denne forbindelse henvise til lovforslagets pkt. 2.3.1.

Ministeriet er opmærksomt på, at der er forskel på typen af abortindgreb afhængig af graviditetens længde. Sundhedsstyrelsen vurderer, at et abortindgreb generelt betragtes som et sikkert indgreb, og at et indgreb senere end 12. graviditetsuge ikke er forbundet med øgede helbredsmæssige risici for den gravide. Det er imidlertid fortsat vigtigt, at abortindgrebet foretages hurtigst muligt efter den gravide kvindes beslutning om at afbryde graviditeten.

Ministeriet har præciseret lovforslagets bemærkninger med, at abortindgrebet skal være opstartet inden udgangen af 18. graviditetsuge. Dette skyldes, at det ikke præcist kan forudsiges, hvornår selve aborten vil

være afsluttet, hvilket især er tilfældet ved medicinske aborter. Dette er i overensstemmelse med gældende praksis.

Ministeriet er enig i, at det forhold, at den gravide kvinde kan have et ønske om at modtage støtte til at træffe beslutningen om, hvorvidt hun ønsker at fortsætte graviditeten, ikke i sig selv kan begrunde en grænse for den fri abort på udgangen af 18. graviditetsuge. Afsnittet i lovforslaget, som omtales i høringsvaret fra PETAB, havde til hensigt at beskrive, at nogle gravide kan føle det som en støtte, og som en måde at få hjælp til at træffe en beslutning om sin graviditet, hvis et uafhængigt organ skal træffe afgørelse om, hvorvidt der kan gives en tilladelse til abort. Afsnittet havde derimod ikke til hensigt at beskrive hensynet bag at hæve abortgrænsen til 18. graviditetsuge. Ministeriet har på baggrund af høringsvaret valgt at udtage dette afsnit af lovforslaget, idet det fremstod uklart.

2.2.1. Fosterdiagnostiske undersøgelser

KVINFO finder, at en ændring af grænsen for den fri abort til uge 18 vil sikre, at kvinder får længere tid til at overveje og træffe informerede valg, hvis 1. trimester-scanningen resulterer i en besked, som påvirker den gravide negativt.

Lægeforeningen mener, at grænsen for den frie abort bør understøtte den gravide kvindes autonomi, herunder muligheder for at handle på resultater fra fosterdiagnostiske undersøgelser. Samtidig mener Lægeforeningen, at grænsen for den frie abort bør ligge tydeligt tidligere end det tidspunkt, hvor fosteret er levedygtigt. Lægeforeningen mener på den baggrund, at udgangen af 18. graviditetsuge er en hensigtsmæssig grænse for den frie abort.

Mødrehjælpen mener, at den ændrede ugegrænse vil give gravide bedre muligheder for at tage stilling og handle på resultater af fosterdiagnostiske undersøgelser i 1. trimester.

Jordemoderforeningen finder, at den foreslåede grænse for den fri abort i højere grad vil afspejle kvinders selvbestemmelse på et sundhedsfagligt oplyst grundlag og handlemuligheder som følge af de sundhedstilbud, som gravide kvinder i dag har adgang til. Udviklingen indenfor prænatal diagnostik har muliggjort, at man i dag får viden om eventuelle meget alvorlige sygdomme hos fosteret på et tidspunkt, der ligger tidligt i graviditeten, men dog efter den i dag gældende mulighed for fri abort. Der gives med de foreslåede lovændringer mulighed for, at kvinderne kan træffe et frit valg som følge heraf.

PETAB bemærker ift. afsnittet på side 21 i lovforslaget, hvor det fremgår, at graviditetskonsultationer hos praktiserende læger og det generelle fosterdiagnostiske tilbud er frivillige, at det bør være åbenbart, at alle fosterdiagnostiske undersøgelser og behandlinger er frivillige.

Landsforeningen Læbe-Ganespalte bemærker, at det på nuværende tidspunkt er meget forskelligt, hvilken information man som gravid modtager i forbindelse med, at en spalte konstateres ved en skanning. Forskellen kan være forskellig fra den ene region til den anden, fra det ene hospital til det andet, og fra den ene fagperson til den anden.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig høringsparternes generelle opbakning til, at ugegrænsen for den fri abort hæves fra udgangen af 12. til 18. graviditetsuge, og at høringsparterne finder, at ændringen af ugegrænsen vil understøtte gravide kvinders muligheder for at handle på baggrund af resultater fra de fosterdiagnostiske undersøgelser.

Ministeriet kan oplyse, at en ugegrænse for den fri abort til udgangen af 18. graviditetsuge er valgt ud fra en bestræbelse på at balancere en række forskellige hensyn, herunder at abortindgreb i dag betragtes som sikre – også efter udgangen af 12. graviditetsuge. Samtidig er der sket en betydelig udvikling i de fosterdiagnostiske undersøgelser, som i dag tilbydes alle gravide kvinder for at opnå viden om graviditeten og fosterets tilstand. Ydermere har formålet være at sikre, at grænsen for den fri abort er tidssvarende og i overensstemmelse med samfundsudviklingen, herunder at grænsen tager højde for den gravide kvindes selvbestemmelse på et sundhedsfagligt grundlag.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at de fleste resultater fra 1. trimesterskanningen og eventuelle opfølgende fosterdiagnostiske undersøgelser ofte vil foreligge efter den nuværende ugegrænse for den fri abort, mens langt de fleste svar på eventuelt supplerende genetiske undersøgelser, blandt andet ved fund af kromosomafvigelse eller misdannelser hos fosteret, vil foreligge før udgangen af 18. graviditetsuge. Ministeriet finder på den baggrund, at en grænse for den fri abort, som er fastsat til udgangen af 18. graviditetsuge, vil understøtte gravide kvinders mulighed for at handle på baggrund af resultaterne af de fosterdiagnostiske undersøgelser, uden at skulle anmode om tilladelse til abort. Samtidig vil grænsen have en tilstrækkelig margin op til levedygtighedskriteriet.

Ministeriet finder, at det er centralt at understrege, at de fosterdiagnostiske undersøgelser er et tilbud til gravide kvinder, og at undersøgelserne således er frivillige.

2.2.2 Forsinkelser pga. fejl eller administrative sagsgange m.v.

Mødrehjælpen bemærker, at det fremgår af lovforslaget, at selve aborten skal være gennemført inden udløbet af uge 18, hvis den skal gennemføres uden tilladelse. Mødrehjælpen mener, at dette er problematisk henset til, at der kan forekomme situationer, hvor den gravide får foretaget supplerende fosterdiagnostiske undersøgelser, som på grund af bl.a. administrative sagsgange eller lægelige fejl forsinker processen. Mødrehjælpen mener ikke, at man i sådanne tilfælde skal have en særlig tilladelse til at få en abort.

Danske Regionen bemærker i den henseende, at hvis forsinkelser som følge af fejl eller administrative sagsgange medfører, at indgrebet ikke kan foretages inden udløbet af 18. graviditetsuge, bør det eksplicit fremgå af forslaget § 94 vedr. betingelser for senabort, hvis forsinkelsen skal indgå i den samlede vurdering for tilladelse.

DSOG hilser velkomment, at der i lovforslaget er indsat en bemærkning om, at forhold der ikke kan henføres til den gravide, og som medfører at 18. graviditetsuge overskrides, ikke i sig selv kan danne grundlag for en tilladelse til abort efter grænsen for den fri abort.

DSOG og Danske Regioner bemærker, at formuleringen om, at det ikke kan afvises, at der kan ske "lægelige fejl", som kan forsinke processen, bør ændres til "sundhedsfaglige fejl".

Det er Indenrigs- og Sundhedsministeriets opfattelse, at de nuværende arbejdsgange, processer og analysetider fsva. fostermedicinske undersøgelser i sundhedsvæsenet alt overvejende foregår hensigtsmæssigt og i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fosterdiagnostik. Det kan dog ikke udelukkes, at der kan forekomme situationer, hvor en gravid kvinde har fået foretaget fosterdiagnostiske undersøgelser inden udgangen af 18. graviditetsuge, men hvor svaret på undersøgelserne, på grund af analysetider eller administrative sagsgange, der har forsinket processen, først kommer efter udløbet af grænsen for den fri abort. Sådanne forhold kan indgå i den samlede vurdering af, om der kan gives tilladelse til abort efter udgangen af 18. graviditetsuge, men en eventuel forsinkelse kan imidlertid ikke i sig selv medføre en tilladelse til abort.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at der er en lang række hensyn, som ligger til grund for ændring af ugegrænsen for den fri abort til 18. graviditetsuge, herunder hensynet til den gravide, hensynet til sundhedspersoner og etiske hensyn. Dette indebærer også, at det ikke udelukkende er hensynet til den gravide, som kan tillægges betydning ved fastsættelsen af grænsen for den fri abort, eller ved vurderingen i den enkelte sag om, hvorvidt der kan gives tilladelse til abort efter grænsen for den fri abort.

Ministeriet anerkender, at de forsinkelser i administrative sagsgange eller fejl i den aktuelle kontekst kan blive begået af andre sundhedspersoner end læger, hvorfor ministeriet har fundet anledning til at ændre begrebet "lægelige fejl" til "sundhedsfaglige fejl" i overensstemmelse med hørings svarene.

2.2.3 Levedygtighed

Lægeforeningen anfører, at grænsen for den fri abort bør ligge tidligere end det tidspunkt, hvor fosteret er levedygtigt.

PETAB bemærker til afsnittet i lovforslaget, hvor det beskrives, at det afgørende for vurderingen af, om et foster er levedygtigt, er om der er en realistisk udsigt til, at fosteret vil kunne overleve i minimum nogle uger, hvis det på tidspunktet for det påtænkte indgreb kommer til verden ved en naturlig fødsel. Det foreslås at ændre ordlyden "en naturlig fødsel" til "en spontan fødsel", idet denne term i forvejen anvendes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Danske Regioner bemærker, at det i lovforslaget er angivet, at et foster i praksis anses for at være levedygtigt efter udløbet af 22 fulde svangerskabsuger (22+0), men at den nuværende praksis er, at et foster vurderes at være levedygtigt fra 23+01.

Danske Regioner bemærker desuden, at der opleves at være en uoverensstemmelse mellem, at der i praksis opereres med en relativ fast ugegrænse, hvorefter fosteret vurderes at være levedygtigt, og at man i tidligere og nuværende lovbemærkninger lægger op til en konkret vurdering. Danske Regioner bemærker, at det fremgår af lovforslaget, at der i praksis alene gives tilladelse til abort efter levedygtighedskriteriet, hvis der er tale om en sikker dødelig tilstand hos fosteret, men at det på samme side samtidig angives, at det afgørende for, om et foster er levedygtigt er, om der er en realistisk udsigt til, at fosteret ville overleve i hvert fald i nogle uger. Hvis dette er tilfældet, så vil situationen være omfattet af den skærpede adgang til tilladelse til abort. Danske Regioner forstår det sådan, at gravide, der vil kunne opnå tilladelse til abort efter levedygtighedskriteriet, samtidig ikke anses for at være omfattet af gruppen for levedygtighed, da disse fostre netop ikke vil kunne overleve. Tilstande, der er så alvorlig, at de kan begrunde en tilladelse, er ifølge Danske Regioner tilstande, hvor barnet ikke vil kunne overleve. Dermed vil fosteret efter en konkret vurdering slet ikke være levedygtigt, og dermed være omfattet af den foreslåede § 94, stk. 2. Danske Regioner anfører, at man forstår bemærkningerne således, at hvis fosteret må anses for at være levedygtigt, vil der ikke kunne opnås tilladelse til abort.

DJS bemærker, at jo tættere aborterne kommer på levedygtighed, jo mere lig en fødsel er aborten, og dette skal der afsættes ressourcer og personale til, således at varetagelsen forekommer på det højeste faglige niveau.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan oplyse, at levedygtighedskriteriet har været en væsentlig faktor ved valget af ugegrænsen på udgangen af 18. graviditetsuge. Det skyldes bl.a. et ønske om at sikre, at der er en margin mellem grænsen for den fri abort og det tidspunkt, hvor fosteret må antages at være levedygtigt (levedygtighedskriteriet). Levedygtighedskriteriet er således efter ministeriets opfattelse et afgørende kriterie i forbindelse med abort på et så fremskredent tidspunkt i graviditeten, at fosteret må antages at være levedygtigt. Ministeriet kan imidlertid oplyse, at der i praksis har været opereret med en hovedregel på 22. graviditetsuge som levedygtighedskriteriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan henvise til bemærkningerne til gældende § 94, stk. 3, som blev indsat i lov om svangerskabsafbrydelse i 2000, hvorefter det fremgår, at vurderingen af levedygtighed skal ske i forhold til det enkelte foster, og at det afgørende bør være, om der er en realistisk udsigt til, at barnet ville kunne overleve i hvert fald i nogle uger, såfremt det på tidspunktet for det påtænkte indgreb kom til verden ved en naturlig fødsel, jf. lov nr. 430 af 31. maj 2000. Et foster betragtes som udgangspunkt som levedygtigt efter udgangen af 22. graviditetsuge, medmindre der eksempelvis på baggrund af fosterdiagnostiske undersøgelser er fundet en lidelse eller sygdom hos fosteret, som vurderes at medføre, at det ikke vil være levedygtigt såfremt graviditeten gennemføres. Dette udgangspunkt er fastsat efter den medicinske udvikling, idet fostre, som leveres før udgangen af 22. graviditetsuge, har en meget lille chance for at være levedygtige, samt efter den grænse der er fastsat i forhold til bl.a. ligsyn, jf. sundhedslovens § 56, stk. 1.

Ministeriet skal imidlertid understrege, at det ikke er ministeriets forventning, at der vil blive foretaget senere abortindgreb eller væsentligt flere abortindgreb som følge af den nye ugegrænse, og at de eksisterende ressourcer og personale bør kunne varetage den samme opgave som i dag.

Ministeriet har på baggrund af høringsvaret anvendt begrebet "spontan fødsel" i stedet for "naturlig fødsel".

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har ændret angivelsen af levedygtighedskriteriet således, at der nu står "23+0" i overensstemmelse med Abortankenævnets årsrapport.

2.3. Modernisering af betingelserne for abort efter grænsen for den fri abort

2.3.1. Bemærkninger til kriterierne for senabort i §§ 93 og 94

Institut for Menneskerettigheder finder det positivt, at ministeriet har haft fokus på at løvbemærkningerne skal udgøre et bedre fortolkningsgrundlag. Instituttet er af den opfattelse, at eksemplerne i lovforslaget vedrørende mulighederne for at få graviditeten afbrudt efter sundhedslovens § 93 og tilladelse til at få abort i sundhedslovens § 94, stk. 1, bør uddybes med eksempler fra abortsamrådernes nuværende praksis. Instituttet bemærker, at der især mangler eksempler på anvendelsesområdet for den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 5 (social indikation), som vurderes meget åbent og vagt formuleret.

Sex & Samfund understreger vigtigheden af, at man efter den foreslåede § 93 fortsat vil kunne få foretaget en abort uden særlig tilladelse, og hilser forenklingen af formuleringen velkommen.

Danske Regioner bemærker, at der er behov for præcisering af bestemmelserne vedrørende abort efter udgangen af 18. graviditetsuge på baggrund af både medicinsk og social indikation, herunder også efter grænsen for levedygtighed.

Danske Regioner bemærker, at der er behov for større klarhed over, hvordan de foreslåede regler er mere gennemsigtige end de gældende i forhold til, hvilke betingelser der skal være opfyldt for at kunne få en abort efter udløbet af ugegrænsen for den frie abort. Der er således fortsat tale om skønsmæssige kriterier, som skal finde anvendelse efter en konkret, individuel og samlet vurdering ift. de enkelte ansøgninger.

Danske Regioner bemærker i forhold til lovforslagets specielle bemærkninger til den foreslåede § 93, at der bør anvendes et andet eksempel, idet det anvendte eksempel er særreguleret i den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 2. Det bemærkes desuden, at ved at man vælger at nævne forhold, der er nævnt i straffeloven i relation til § 93, kan det give et indtryk af, at betingelserne for anvendelse af § 93 oftest vil kunne opfyldes i denne situation.

Danske Regioner bemærker, at i forhold til mindreårige ansøgere er der ikke lagt op til en ændret vurdering af sagerne og dermed ikke overvejet, om den almindelige samfundsudvikling og det ændrede børnesyn giver anledning til at vurdere abortsager med mindreårige på en anden måde, end man gjorde i 1973, da loven oprindeligt trådte i kraft.

Mødrehjælpen er positive over, at lovforslaget moderniserer betingelserne for særlig tilladelse til abort efter uge 18, og mener at betingelserne for abort i den foreslåede § 94 er mere tidssvarende.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler, at hensynet til barnets bedste eller den gravides unge alder bør nævnes og tydeliggøres som et relevant hensyn i vurderingen af lovforslagets § 93 og løvbemærkningerne hertil. Instituttet mener, at barnets bedste skal komme i første række i alle forhold omkring abort, hvor den gravide ansøger er under 18 år.

Ministeriet har suppleret løvbemærkningerne til gældende § 94 med praksis fra abortsamrådene. Ministeriet bemærker, at der ikke er praksis fra abortsamrådene ift. § 93, da denne bestemmelse netop angår abort uden særlig tilladelse. Disse sager kommer derfor ikke for abortsamrådene, og vil heller ikke fremover komme for Abortnævnet eller Abortankenævnet.

Ministeriet har suppleret de specielle bemærkninger til den foreslåede § 93, så det fremgår, at bestemmelsen kan finde anvendelse i tilfælde, hvor den gravide eksempelvis har været udsat for et seksuelt overgreb, eller hvor det vurderes, at der er en fare for, at den gravide vil gøre skade på sig selv eller forsøge at begå selvmord som følge af graviditeten, fødslen eller omsorgen for barnet.

Ministeriet vurderer, at både de nuværende og kommende abortregler opfylder Børnekonventionens betingelser, men har på baggrund af høringsvaret valgt at tilføje et afsnit om Børnekonventionen i lovforslaget, herunder at hensynet til barnets bedste skal inddrages i vurderingen af, om der kan gives tilladelse til abort. Det bemærkes i den forbindelse, at en forudsætning for, at der kan foretages en abort efter den foreslåede § 93 er, at det på baggrund af en konkret lægefaglig vurdering findes, at graviditeten, fødslen eller omsorgen for barnet vil medføre en fare for den gravides liv eller helbred.

Med lovforslaget forudsættes det, at vurderingen i forhold til mindreårige gravide skal foretages ud fra gældende samfundsnormer og i overensstemmelse med de internationale konventioner, som Danmark har tiltrådt. Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan henvise til lovforslag om abort uden forældresamtykke eller tilladelse fra et abortsamaråd for 15-17-årige, som var i offentlig høring samtidig med lovforslaget om ændring af ugegrænsen for den fri abort, hvor der foreslås ændringer i sundhedslovens bestemmelser om abort for mindreårige.

2.3.2. Abort på fostermedicinsk indikation efter den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 1

Danske Regioner bemærker til lovforslagets § 94, stk. 1, nr. 1, at ministeriet bør gøre sig nogle overvejelser i forhold til lovforslagets definition af væsentlig risiko, idet det er uklart, om der med den ændrede formulering af bestemmelsen og i bemærkningerne tilstræbes en lempeligere adgang til at opnå en abort på såkaldt fostermedicinsk indikation.

Danske Regioner bemærker, at det angives i lovforslaget, at gravide kan få tilladelse, hvis én eller flere nærmere angivne betingelser i § 94, stk. 1, er opfyldt. Det angives ligeledes, at betingelserne i nr. 1-5 kan vurderes samlet eller separat. Danske Regioner ønsker en præcisering af, at det blot kræves, at én af betingelserne for tilladelse af opfyldt. Danske Regioner finder, at angivelsen af, at betingelserne kan vurderes samlet, kan give indtryk af, at hvis flere bestemmelser er delvist opfyldt, kan det samlet medføre en tilladelse, og at det antages, at dette ikke er den ønskede retstilstand.

Danske Regioner bemærker desuden, at der i lovforslaget ikke er taget eksplicit stilling til graviditetens længde som et forhold i vurderingen af en anmodning om abort.

DSOG bemærker ift. den foreslåede § 94 og de specielle bemærkninger til bestemmelsen, at de er enige i, at der bør udarbejdes en speciallægefaglig erklæring om fosterets prognose og diagnose, og at de også er enige i, at den gravides egen vurdering skal medtages, og at denne skal blive hørt.

Det Etiske Råd ser positivt på lovforslagets forsøg på at specificere alvorlighedsbegrebet, idet dette kan være med til at gøre de konkrete vurderinger mere gennemsigtige. Rådet bemærker, at man stadig synes at operere med et udefineret alvorlighedsbegreb, idet man også taler om "hvor alvorlig barnets lidelser må antages at blive, hvis det bliver født". Det Etiske Råd finder det desuden uheldigt at sætte "væsentlig risiko" lig med "øget sandsynlighed" i den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 1, idet der ifølge Rådet er en betydelig forskel på de to udtryk.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at de nyaffattede betingelser for abort efter udgangen af 18. graviditetsuge ikke har til hensigt at udvide adgangen til abort efter grænsen for den fri abort. Det primære hensyn med de nye betingelser er at modernisere lovbestemmelserne – herunder sprogbrugen i loven.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker at, hvorvidt der er en "væsentlig risiko" for, at barnet vil få alvorlig sygdom som følge af, at fosteret har en genetisk tilstand, sygdom, eller misdannelse eller har været udsat for skadelig eksposition, vil skulle foretages på baggrund af en individuel og konkret lægefaglig vurdering. Ministeriet har foretaget ændringer i lovforslagets specielle bemærkninger til den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 1, således at det fremgår, at ved "væsentlig risiko" skal forstås at fosterdiagnostiske undersøgelser skal vise, at der er en risiko for, at barnet vil lide af en alvorlig lidelse eller sygdom, som ligger uden for det normale. Dette medfører således, at sandsynligheden for, at barnet vil få en alvorlig sygdom eller lidelse, skal være væsentligt højere end den, der gælder generelt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan henvise til lovforslagets almindelige og specielle bemærkninger til den foreslåede § 94, hvorefter det fremgår, at betingelserne i § 94, stk. 1, nr. 1-5, kan vurderes samlet eller separat.

For så vidt angår spørgsmålet om graviditetens længde skal indgå som et forhold i vurderingen af, hvorvidt der kan gives tilladelse til abort efter grænsen for den fri abort (det gradualistiske princip), kan ministeriet oplyse, at man i forbindelse med ændring af grænsen for den fri abort ønsker at gøre op med den hidtidige praksis, hvorefter man ud fra det såkaldte gradualistiske princip har stillet større krav til eksempelvis alvorligheden af fosterets tilstand, desto mere fremskreden graviditeten er. Dette skyldes, at fosterudviklingen i perioden mellem udgangen af den foreslåede grænse for den fri abort til levedygtighedskriteriet (19.-22. graviditetsuge) i det væsentligste består i længdevækst og yderligere udvikling af fosterets organer. Det bemærkes i denne forbindelse, at abortmetoden i denne periode vil være den samme, og består af en medicinsk abort, hvor man igangsætter en fødsel af fosteret. Med lovforslaget vil det afgørende for tilladelse til abort efter udgangen af 18. graviditetsuge være, om de oplyste kriterier i den foreslåede bestemmelse i § 94, stk. 1, nr. 1-5, er opfyldt, samt om fosteret må antages at være levedygtigt.

2.3.3. Abort på etisk indikation efter den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 2

DSOG er enige i, at den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 2, vedr. abort på såkaldt etisk indikation ikke skal ændres, men hilser velkommen at de strafferetslige forhold er uddybet i bemærkningerne.

Kvinderådet anfører, at der bør være ubegrænset adgang til abort efter seksuelle overgreb.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler, at ministeriet ændrer lovbemærkningerne til den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 2, så der i højere grad lægges vægt på den gravides forklaring i sager om seksuelle overgreb m.v., medmindre forklaringen helt åbenlyst fremstår usandsynlig.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at det er blevet uddybet i lovbemærkningerne, at en gravid kvinde kan få en abort på ethvert tidspunkt i graviditeten uden tilladelse, hvis det på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering anses for nødvendigt for at afværge en fare for kvindens liv eller for en alvorlig forringelse af hendes fysiske eller psykiske helbred. Dette vil også kunne omfatte tilfælde, hvor den gravide har været udsat for et overgreb, hvis graviditeten, fødslen eller omsorgen for barnet vil medføre en alvorlig forringelse af den gravide kvindes psykiske helbred. Dette gælder også i dag, men adgangen til abort i tilfælde, hvor graviditeten er opstået som følge af et seksuelt overgreb, er blevet tydeliggjort i lovforslaget.

Ministeriet har suppleret lovbemærkningerne med oplysninger om, at den gravides forklaring i sager om seksuelle overgreb m.v. skal tillægges stor vægt.

2.3.4. Abort på baggrund af den gravides helbredsmæssige forhold efter den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 3

Danske Regioner bemærker, at i forhold til vurdering af, om en graviditet skal afbrydes på grund af den gravides fysiske helbred, opfordres der til, at der konfereres med en specialafdeling, inden man foretager denne vurdering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i, at vurderingen af den gravides helbredsmæssige forhold skal foretages på baggrund af en individuel og lægefaglig vurdering. Der henvises i denne forbindelse til lovforslagets specielle bemærkninger til den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 3.

2.3.4. Abort som følge af manglende evne til at drage omsorg for barnet efter den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 4

Sex & Samfund bemærker, at der bør være opmærksomhed på, at der ikke altid er rum for en klar vurdering af, hvad der kan betegnes som en forbigående tilstand. Det er afgørende, at den gravides egen vurdering inddrages i vurderingen af, om der kan gives tilladelse til abort.

Institut for Menneskerettigheder anser det for positivt, at det præciseres i bemærkningerne til den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 4, at den gravide ansøgers unge alder skal tillægges betydning ved vurderingen

af, om der skal gives tilladelse til abort efter 18. graviditetsuge. Institutet anser det for positivt, at det præciseres, at kriteriet "ung alder" vil omfatte alle gravide under 18 år, idet dette er i overensstemmelse med Børnekonventionens artikel 1.

Danske Regioner bemærker, at i forhold til mindreårige ansøgere er der ikke lagt op til en ændret vurdering af sagerne, og dermed ses det ikke overvejet, om den almindelige samfundsudvikling og det ændrede børnesyn giver anledning til at vurdere abortsager med mindreårige på en anden måde end man gjorde i 1973.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er enig i, at den gravide kvindes vurdering af sin egen situation skal tillægges betydning i vurderingen af, om der kan gives tilladelse til abort.

Ministeriet kan oplyse, at vurderingen af sager, hvor den gravide kvinde er mindreårig, skal foretages ud fra en individuel og konkret vurdering og i overensstemmelse med samfundsudviklingen.

2.3.5. Abort på social indikation efter den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 5

Sex & Samfund anbefaler, at der bibeholdes et element fra nuværende § 94, stk. 1, nr. 6, som inkluderer omsorgen for hjemmets øvrige børn som en faktor, der tages hensyn til. Sex & Samfund finder, at det kan tolkes som en forringelse af adgangen til abort, hvis ikke denne nuance medtages.

Mødrehjælpen læser sproget omkring social indikation i forslaget til § 94, stk. 1, nr. 5 således, at det styrker muligheden for senabort på social indikation, og anfører at det er vigtigt, at sproget styrkes, så der bliver større adgang til senabort på social indikation.

Danske Regioner bemærker, at det er gældende praksis, at sundhedslovens § 94, stk. 1, nr. 6, som vedrører tilladelse til abort på såkaldt social indikation, ofte anvendes som en form for opsamlingsbestemmelse således, at sager, som ikke kan omfattes af de øvrige betingelser i nr. 1-5, behandles efter reglerne i nr. 6, og at hvis det også fremadrettet er tanken, så bør bestemmelsen formuleres således, at den ikke er udtømmende. Danske Regioner bemærker desuden, at i den gældende § 94, stk. 1, nr. 6, tages der hensyn til familiens helbredsforhold, men at det er uklart, om lægelige forhold ikke skal tillægges betydning efter den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 5.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at de nyaffattede betingelser for abort efter udgangen af 18. graviditetsuge generelt ikke har til hensigt at udvide adgangen til abort efter grænsen for den fri abort. Det primære hensyn med de nye betingelser er at modernisere sprogbrugen i loven. Ministeriet har suppleret lovforslagets bemærkninger med et afsnit om, at det ikke er hensigten, at adgangen til abort efter grænsen for den fri abort skal udvides.

Ministeriet kan henvise til de specielle bemærkninger til den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 5, hvorefter det fremgår, at tilladelse til abort efter bestemmelsen kan gives på baggrund af den gravides forhold, "herunder økonomiske, boligæssige og familiemæssige forhold". Det understreges i de specielle bemærkninger, at de angivne eksempler på bestemmelsens anvendelsesområde alene er eksempler, og ikke en udtømmende liste af situationer, som kan være omfattet af bestemmelsen.

2.3.6. Abort efter levedygtighedskriteriet efter den foreslåede § 94, stk. 2

Danske Regioner oplyser, at i nuværende lovgivning kan der efter levedygtighedskriteriet kun gives tilladelse til abort, hvis omstændighederne i den medicinske sag med afgørende vægt taler for det (nugældende § 94, stk. 3). På den baggrund skal der være tale om mere tungtvejende forhold, hvis der skal gives tilladelse til abort, efter fosteret må antages at være levedygtigt. I den foreslåede § 94, stk. 2, ændres retstilstanden, idet formuleringen om, at omstændighederne med afgørende vægt skal tale for en tilladelse, ikke videreføres. Der vil således efter den nye bestemmelses indhold ikke blive stillet strengere krav til en tilladelse, når fosteret må antages at være levedygtigt. Danske Regioner bemærker, at det bør tydeliggøres, om det er tilsigtet, at retstilstanden ændres.

Det Ethiske Råd hæfter sig ved, at lovforslaget indebærer en ændring af muligheden for at få tilladelse til abort, når fosteret er levedygtigt. Ifølge gældende lov er det sådan, at hvis fosteret må antages at være

levedygtigt, kan der kun gives tilladelse til abort, hvis de i § 94, stk. 1, nr. 3, nævnte omstændigheder med afgørende vægt taler for det. Efter den foreslåede bestemmelse er der ikke et krav om, at omstændighederne som nævnt i den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 1, med afgørende vægt skal tale for en tilladelse for en abort, hvis fosteret er levedygtigt. Det Ethiske Råd gør opmærksom på, at dette kan opfattes som en væsentlig svækkelse af det gradualistiske princip, hvorefter hensynet til fosteret gradvist skal tillægges større og større betydning i takt med at fosteret udvikler sig. Rådet efterspørger en begrundelse for den ændrede formulering.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har på baggrund af høringsvarene ændret den foreslåede § 94, stk. 2, således, at det nu fremgår, at betingelserne i den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 1 (fostermedicinsk indikation), "med afgørende vægt" skal tale for en tilladelse til abort, såfremt fosteret på antages at være levedygtigt.

For så vidt angår spørgsmålet, om graviditetens længde generelt skal indgå som et forhold i vurderingen af, hvorvidt der kan gives tilladelse til abort efter grænsen for den fri abort (det gradualistiske princip), kan Indenrigs- og Sundhedsministeriet oplyse, at man i forbindelse med ændring af grænsen for den fri abort ønsker at gøre op med den hidtidige praksis, hvorefter man ud fra det såkaldte gradualistiske princip har stillet større krav til eksempelvis alvorligheden af fosterets tilstand, desto mere fremskredent graviditeten er. Dette skyldes, at fosterudviklingen i perioden mellem udgangen af den foreslåede grænse for den fri abort til levedygtighedskriteriet (19.-22. graviditetsuge) i det væsentligste består i længdevækst og yderligere udvikling af fosterets organer. Det bemærkes i denne forbindelse, at abortmetoden i denne periode vil være den samme, og består af en medicinsk abort, hvor man igangsætter en fødsel af fosteret. Med lovforslaget vil det afgørende for tilladelse til abort efter udgangen af 18. graviditetsuge være, om de kriterier, der er oplistet i den foreslåede bestemmelse i § 94, stk. 1, nr. 1-5, er opfyldt, samt om fosteret må antages at være levedygtigt.

2.4. Modernisering af sprog og begreber

2.4.1. Generelle bemærkninger vedrørende modernisering af sprog og begreber

Det Ethiske Råd finder det på sin plads, at man har valgt at opdatere sprogbrugen en række steder, så den er mere tidssvarende. Det gælder fx ændringen fra "svangerskab" til "graviditet" og ændringen fra "legemlig og sjælelig" til "fysisk og psykisk".

Jordemoderforeningen bemærker, at man i lovforslaget har valgt et sprogbrug, hvori man undlader at italesætte, at langt størstedelen af de personer, der skal gennemgå en abort, er kvinder.

Jordemoderforeningen bemærker, at der til abortsspørgsmålet er knyttet et stærkt ligestillingselement, og at det derfor er vigtigt at italesætte, at det er kvinder, der er gravide, og ikke blot "personer".

Jordemoderforeningen foreslår, at man i imødekomme af, at der vil være borgere, der ikke identificerer sig som kvinder, men har ønsket om adgang til abort, indledningsvist tilføjer et afsnit, hvori man deklarerer, at man respekterer, at ændringerne på abortområdet ikke alene adresserer kvinder, men også personer med en livmoder, der ikke identificerer sig som kvinder.

Kvinderådet bemærker, at konsekvent i lovforslaget anvendes begrebet "den gravide", og nogle steder "denne" eller "person med livmoder". Kvinderådet forholder sig stærkt kritiske overfor dette og bemærker, at det primært er kvinder, der gennemgår graviditet og aborter. Kvinderådet ønsker, at det anerkendes, at moderniseringen af lovgivning på abortområdet er et vigtigt skridt for kvinders grundlæggende ret til egen krop, selvbestemmelse og ligestilling. Kvinderådet bemærker, at der skal sikres lige adgang til tilbud, anerkendelse og respekt fra såvel myndigheder som civilsamfund fx i tilfælde, hvor en person ikke identificerer sig som kvinde, men er gravid og ønsker en abort.

PETAB skriver, at der gennem lovforslaget anvendes sprogbrugen "18. uge" og tilsvarende. Det professionelle, medicinske sprog anvender de præcise udtryk, som tager udgangspunkt i antal fuldførte graviditetsuger + antal dage. Det anbefales, at der anvendes det præcise sprog i lovteksten, og at dette gøres konsekvent.

PETAB bemærker, at den nye lov danner grundlag for afbrydelse af både ønskede graviditeter, hvor fund ved prænatal screening fører til et ønske om abort, og uønskede graviditeter. Der opfordres til, at sprogbrugen i især baggrundafsnittene revideres med dette for øje.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har på baggrund af høringssvarene ændret betegnelsen "den gravide", der stammer fra en ændring af sundhedsloven i 2014, til "den gravide kvinde", hvilket også er i tråd med den politiske aftale, som lovforslaget udmønter, hvor kvinders reproduktive rettigheder er i fokus. Ministeriet vil i lovforslagets bemærkninger fremhæve, at ændringerne på abortområdet skal forstås bredt og omfatter alle personer, der er eller kan blive gravide, uanset deres kønsidentitet eller om de har foretaget juridisk kønsskifte.

Ministeriet bemærker, at betegnelsen "person med livmoder" anvendes i sundhedslovens § 106, stk. 1, som vedrører adgang til sterilisation. I lovforslaget, der blev sendt i offentlig høring, blev det foreslået, at der blev indsat et "en" foran "livmoder". Der var således tale om en sproglig ændring. På baggrund af høringssvarene har ministeriet ændret begrebet til "kvinde".

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har på baggrund af høringssvaret konsekvensændret beskrivelsen af grænsen for den fri abort, således at der konsekvent står "udgangen af 18. graviditetsuge". Med denne beskrivelse forstås inden udgangen af uge 17+6.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at lovforslaget omfatter provokerede aborter. Dette gælder både tilfælde, hvor den gravide kvinde ønsker at få foretaget en abort på baggrund af resultaterne fra fosterdiagnostiske undersøgelser, og tilfælde hvor graviditeten er uønsket. Dette er baggrunden for, at der i den foreslåede bestemmelse i sundhedsloven § 94, stk. 1, nr. 1-5, oplistes fem overordnede betingelser, hvorefter man kan få tilladelse til at få foretaget en abort.

2.4.2. Bemærkninger til ændring af begreberne "svangerskabshygiejne" og "svangerskabsforebyggende metoder i sundhedslovens §§ 61, stk. 1, og 62, stk. 1

PETAB støtter op om ændringen i sundhedslovens § 61, stk. 1, hvor begrebet "svangerskabshygiejne" ændres, men finder ikke at det foreslåede begreb "hygiejne i forbindelse med graviditet" bør anvendes.

Jordemoderforeningen opfordrer til, at man i stedet for "svangerskabshygiejne" anvender betegnelsen "graviditetsundersøgelser" i sundhedslovens § 61, stk. 1.

Danske Regioner foreslår, at man i stedet for "svangerskabshygiejne" anvender betegnelsen "svangreomsorg" eller "graviditetsundersøgelser" i sundhedslovens § 61, stk. 1.

Danske Regioner foreslår, at man ændrer "svangerskabsforebyggende metoder" til "prævention" i sundhedslovens § 62, stk. 1.

Jordemoderforeningen foreslår, at man ændrer "svangerskabsforebyggende metoder" til "metoder til at undgå uønskede graviditeter" i sundhedslovens § 62, stk. 1.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil på baggrund af høringen lade begrebet "svangerskabshygiejne" udgå af § 61, stk. 1, således at det fremgår, at "Regionsrådet yder hos en læge vederlagsfri forebyggende helbredsundersøgelser til gravide." Ministeriet finder, at begrebet "helbredsundersøgelser til gravide" er dækkende i denne forbindelse.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil på baggrund af høringen ændre begrebet "svangerskabsforebyggende metoder" til "prævention" i sundhedsloven § 62, stk. 1.

2.4.3. Bemærkninger til ændringer af betegnelser for psykiske lidelser

Institut for Menneskerettigheder kan tilslutte sig ønsket om at modernisere sprogbrugen omkring mennesker med handicap. Instituttet anbefaler imidlertid, at ministeriet enten overvejer en anden sprogbrug i lovforslagets §§ 110 og 111, eller fastholder den nuværende sprogbrug i §§ 110 og 111. Det bemærkes, at det forekommer uklart, hvorfor sprogbrugen i lovforslagets §§ 107 og 110 ændres til "svær psykisk lidelse", mens det i lovforslagets § 111 ændres til "psykisk lidelse". Instituttet vurderer, at "psykisk lidelse" kan sidestilles med "sjælelig lidelse" i § 107, men at ingen af begreberne er klart defineret eller afgrænset. Instituttet er derimod af den opfattelse, at begrebet "sindssygdom" er væsentligt mere

snæver end både "svær psykisk lidelse" og "psykiske lidelse". "Sindssygdom" anvendes ifølge Institutet typisk om en sindslidende med markant ændring af totalpersonligheden og tab af realitetssans og realitetstilpasning. Institutet finder, at selv svære psykiske lidelser ikke nødvendigvis vil indebære tab af realitetssans eller -tilpasning.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har efter den offentlige høring ændret betegnelserne for psykisk lidelse i de oplyste betingelser i den foreslåede § 94, stk. 1, nr. 1-5. I den foreslåede § 107, stk. 1, nr. 2, ændres "sindssygdom eller anden sjælelig lidelse, svag begavelse, grovere karakterafvigelser eller alvorlig legemlig lidelse" til "svær psykisk lidelse med realitetstab, anden psykisk lidelse, forstyrrelse af intellektuel udvikling, svære dyssociale personlighedstræk eller alvorlig fysisk sygdom". I den foreslåede § 110, 1. pkt., ændres "sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred" til "svær psykisk lidelse med realitetstab, forstyrrelse af intellektuel udvikling".

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan oplyse, at hensigten med at ændre betegnelserne for psykisk lidelse i lovforslaget ikke har været at ændre den omfattede personkreds, men udelukkende at modernisere sprogbbruget i loven, som er sket i samarbejde med Sundhedsstyrelsen.

2.5. Sondring mellem abort og fødsel

PETAB bemærker, at ifølge gældende ret kan man først juridisk set konstatere et dødsfald, når et foster er blevet født. Det indebærer, at hvis man gennemfører en tvillingegraviditet, hvor det ene foster er dødt, og det andet foster fortsat lever, skal det ene registreres som dødfødt og det andet som levendefødt. Dette gælder uanset, om den gravide tidligt i graviditeten fik foretaget en fosterreduktion af det døde foster. PETAB anbefaler, at denne problemstilling tages op, så forældre, der får foretaget en fosterreduktion i forbindelse med en flerfoldsgraviditet, kan vælge at få registreret det døde barn som et aborteret foster.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har noteret sig, at der i praksis kan opleves udfordringer i forbindelse med sondring mellem abort og dødfødsel i tilfælde af fosterreduktion. Ministeriet kan oplyse, at på baggrund af politisk tillægsaftale om at styrke abortområdet er nedsat en tværministeriel arbejdsgruppe, der skal belyse problematikkerne nærmere, herunder særligt konsekvenserne ved både at tildele og ikke at tildele CPR-nummer i forbindelse med abort og fosterreduktion. Arbejdsgruppen skal afrapportere til aftalekredsen inden udgangen af april 2025.

2.6. Livstegn i forbindelse med abort

PETAB bemærker, at det ikke altid er uønsket, at fosteret udviser livstegn efter en foretaget abort, og gør i denne forbindelse opmærksom på, at der er stor forskel på de uønskede graviditeter og de i udgangspunktet ønskede graviditeter, som afbrydes pga. misdannelser hos fosteret eller lignende. PETAB anbefaler, at ministeriet omformulerer lovforslagets afsnit vedrørende situationer, hvor fosteret udviser livstegn efter en foretaget abort, så det kan favne både ønskede og uønskede graviditeter, og nuancerer de heraf følgende forskellige reaktioner og muligheder i forbindelse med, at fosteret udviser livstegn efter en foretaget abort.

PETAB bemærker, at i afsnittet om, hvor mange børn der i perioden fra 2017-2021 blev født i 23. graviditetsuge, og hvor mange af disse der udviste livstegn, er det ikke nærmere beskrevet, om der er tale om levendefødte børn efter abortproceduren, eller om der er tale om spontant indsættende fødsler, og at det heller ikke fremgår, om disse børn havde misdannelser eller sygdomme, eller om den gravide var rask. PETAB anbefaler, at der anføres referencer på udsagn som dette, så de kan efterses og uddybes efter behov.

Danske Regioner spørger, om det er tiltænkt, at fostre, der udviser livstegn allerede fra 15. graviditetsuge og som dermed juridisk registreres som et barn, skal omfattes af fx retten til sorgorlov. Danske Regioner henviser til Det Etske Råds udtalelse om provokeret abort fra september 2023, og bemærker, at der ikke i det fremsatte lovforslag ses, at der er taget stilling til de problemstillinger, som Rådet i rapporten rejste ift. sondringen mellem registrering af fødsel eller abort.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet anerkender, at der kan være forskellige årsager til, at en gravid ønsker at få foretaget en abort, herunder at selve graviditeten er uønsket, eller at fosteret lider af en alvorlig sygdom. Med lovforslaget ændres der ikke ved muligheden for, at den gravide og dennes eventuelle partner kan drage omsorg for fosteret, såfremt det efter en foretaget abort udviser livstegn.

Ministeriet kan oplyse, at de tal, som PETAB henviser til i deres høringssvar, stammer fra Sundhedsstyrelsens notat om "Sundhedsfaglige aspekter forbundet med at ændre grænsen for den fri abort" af 27. september 2023. Notatet er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at på baggrund af politisk tillægsaftale om at styrke abortområdet er nedsat en tværministeriel arbejdsgruppe, der skal belyse problematikkerne nærmere, herunder særligt konsekvenserne ved både at tildele og ikke at tildele CPR-nummer i forbindelse med abort og fosterreduktion. Arbejdsgruppen skal afrapportere til aftalekredsen inden udgangen af april 2025.

2.7. Bemærkninger til lovforslagets del om kompetence til at foretage et abortindgreb efter den foreslåede § 101

DSOG bemærker, at det fremgår af lovforslaget, at læger, som ikke er ansat, vil kunne foretage aborter indtil 18. graviditetsuge, men dette ikke harmonerer med, at der samtidig stilles krav om, at aborter efter 18. graviditetsuge kun kan foretages på sygehuse.

Danske Regioner bemærker, at det fremgår af lovforslagets § 101, at abort efter udgangen af 18. graviditetsuge og fosterreduktion kun må foretages af speciallæger i gynækologi og obstetrik på de regionale sygehuse, og at dette har den konsekvens, at læger, som ikke er ansat på et regionalt sygehus, vil kunne foretage aborter indtil udgangen af 18. graviditetsuge. Danske Regioner bemærker, at en sådan ændring ikke kan støttes, idet det ikke vurderes at være sundhedsfagligt forsvarligt, at senaborter, der i praksis udføres som egentlige fødsler under indlæggelse på et sygehus, efter den foreslåede bestemmelse, kan rykkes uden for sygehuse. Danske Regioner bemærker desuden, at det bør overvejes, om det kun er gynækologer, der kan iværksætte en abort inden 18. graviditetsuge, eller om dette er uhensigtsmæssigt. Det bemærkes i denne forbindelse, at sundhedsloven og autorisationsloven anvender begrebet læge, og at der almindeligvis ikke i lovgivningen afgrænses til en specifik speciallæge. Dertil bemærkes det, at autorisationslovens § 17 om omhu og samvittighedsfuldhed bidrager til og regulerer, at aborter skal udføres fagligt forsvarligt, og dermed i praksis måske kan være begrænset til bestemte speciallæger.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bemærker, at læger, som ikke er ansat på de regionale sygehuse, vil kunne foretage en abort indtil udgangen af 18. graviditetsuge. Aborter, som foretages efter udgangen af 18. graviditetsuge, vil kun kunne foretages af speciallæger på de regionale sygehuse. Ministeriet har ikke grundlag for at antage, at aborter, som foretages af speciallæger uden for de regionale sygehuse, vil udgøre en fare for patientsikkerheden. Dette gælder også aborter, som vil blive foretaget efter udgangen af 12. graviditetsuge og indtil udgangen af 18. graviditetsuge på baggrund af den foreslåede ændring af sundhedslovens § 101. Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen vurderer, at et abortindgreb generelt betragtes som et sikkert indgreb, og at et indgreb senere end 12. graviditetsuge ikke er forbundet med øgede helbredsmæssige risici for den gravide.

Ministeriet har omformuleret § 101 således, at det blot fremgår, at det skal være en "speciallæge" på et regionalt sygehus, som foretager aborten.

2.8. Bemærkninger til lovforslagets del om samvittighedsfritagelse efter den foreslåede § 102

Sex & Samfund bemærker, at der ikke nævnes en adgang til samvittighedsfritagelse i lovforslaget. Hvis en revideret version af lovforslaget skulle åbne for denne mulighed, ser Sex & Samfund det som helt afgørende, at denne mulighed for fritagelse ikke krænker kvindens rettigheder. Sex & Samfund anbefaler på denne baggrund, at samvittighedsfritagelse kun kan ske, hvis andet personale kan og vil foretage indgrebet.

DSJ foreslår, at der allokeres midler til at sikre afskærmede afsnit i forbindelse med fødeafdelingerne, hvor aborterne kan foregå. Det oplyses, at et stigende antal fødeafdelinger har oprettet specialiserede

afsnit, hvor senaborter og dødfødsler varetages af specialuddannet personale. Dette vil ifølge DSJ også vise hensyn til de sundhedspersoner, der ifølge § 102 kan ønske at blive undtaget fra at medvirke til aborter, idet det ikke som nu vil være en opgave, der tilfalder den jordemoder, der har vagten, uden at denne på forhånd har ønsket eller har erfaring med denne opgave.

Lægeforeningen ser positivt på, at lovforslaget bevarer lægers ret til at undlade deltagelse i abortindgreb af samvittighedsmæssige årsager. Lægeforeningen mener, at læger skal kunne frasige sig den direkte deltagelse i abortindgreb, men anerkender samtidig, at dette ikke må forhindre, at patienten modtager den nødvendige information og hjælp til at få behandling andetsteds.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan oplyse, at der fortsat vil være mulighed for sundhedspersoner at påberåbe sig adgangen til samvittighedsfritagelse efter sundhedslovens § 102. Der ændres således ikke i omfanget af denne bestemmelse med lovforslaget.

Ministeriet har ikke kendskab til, at en abort ikke er blevet gennemført på et konkret behandlingssted, som følge af at en sundhedsperson på det pågældende sted har forbeholdt sig retten til samvittighedsfritagelse. Der eksisterer i dag afdelinger på flere af de regionale sygehuse, som specialiserer sig i udførelsen af sene aborter. Ministeriet finder på den baggrund ikke anledning til at indsætte et forbehold i adgangen til samvittighedsfritagelse.

2.8. Øvrige bemærkninger

Danske Regioner bemærker, at det fremgår af lovforslaget, at anmodning om abort kan fremsættes både mundtligt og skriftligt, men at det ikke af de anførte bestemmelser ses, at der er indført en eksplicit mulighed for skriftlig og mundtlig anmodning. Efter gældende ret skal anmodning om abort underskrives, hvilket betyder, at der i praksis skal fremsættes en skriftlig anmodning om abort. Danske Regioner anbefaler, at det videreføres, at anmodninger om abort skal fremsættes skriftligt og underskrives, så der ikke senere kan opstå tvivl om, hvorvidt der foreligger samtykke til abort.

Danske Regioner påpeger, at der bør fastlægges et krav om tæt opfølgning på, om tidspunktet for gennemførelsen af abortindgrebet ændrer sig som følge af en ret til fri abort til 18. graviditetsuge. Ved opfølgningen bør der skelnes mellem grundlaget for de gennemførte aborter således, om man fx forholder sig til om den gravide, såfremt reglerne ikke var blevet ændret, ville have søgt gennemførelse af aborten på et tidligere tidspunkt, og i bekræftende fald, om det ville have været inden udløbet af 12. graviditetsuge.

Danske Regioner ønsker tydeliggjort, om det fortsat vil være muligt at få tilskud til behandling hos psykolog efter bekendtgørelse nr. 311 af 20. marts 2023 om psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper, for gravide der har fået foretaget en provokeret abort efter 12. graviditetsuge.

Danske Regioner bemærker, at det er uklart, om de nuværende bekendtgørelser og cirkulærer vil blive erstattet med den i lovforslaget foreslåede forretningsorden.

Danske Regioner ønsker, at der indføres en overgangs- og dispensationsordning med lovforslaget, så man undgår en situation, hvor kvinder skal vente med at få foretaget en abort frem til den 1. juni 2025, når loven træder i kraft. Danske Regioner mener, at en dispensationsordning bør omfatte kvinder, der er længere henne i deres graviditet end 12. graviditetsuge (12+0), men som pr. den 1. juni 2025 ikke er længere end 18. graviditetsuge (18+0).

DSJ opfordrer til, at lovgivningen senest om fem år får et "kvalitetstjek", hvor det undersøges, hvorvidt ændringerne har haft den ønskede effekt, og om hvorvidt der er brug for yderligere ændringer og forbedringer. Fremadrettet bør dette gøres regelmæssigt med 5-10 års interval i takt med ny viden og udvikling på det reproduktive område.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet er bekendt med, at der i dag gælder et krav om, at en anmodning om abort skal underskrives af den gravide. Ministeriet finder imidlertid, at dette er et forældet krav, som i

praksis kan forekomme rigtigt. I denne anledning kan det samtidig oplyses, at der ikke stilles krav til skriftlighed i forbindelse med andre indgreb, der foretages i sundhedsvæsenet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil følge abortområdet tæt, herunder med henblik på at sikre, at lovforslaget har haft den ønskede effekt. Ministeriet kan i denne anledning henvise til Politisk tillægsaftale om at styrke abortområdet, hvor det fremgår, at der afsættes 0,5 mio. kr. til at evaluere, om de iværksatte initiativer til en styrkelse af abortområdet har virket efter hensigten, herunder om kvinderne får den vejledning og rådgivning om abort, de har brug for. En evaluering igangsættes 2 år efter initiativerne er trådt i kraft.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan oplyse, at psykologbehandling i forbindelse med abort ligger uden for lovforslagets anvendelsesområde. Ministeriet anerkender imidlertid, at der er gravide kvinder, som kan have behov for psykologhjælp efter et foretaget abortindgreb, og vil derfor ved lejlighed vurdere, om ændringen af grænsen for den fri abort giver anledning til ændring af adgangen til psykologbehandling i forbindelse med abort. Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan i denne forbindelse oplyse, at der ikke ønskes en forringelse af adgangen til psykologbehandling i forbindelse med abort.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil i forbindelse med ikrafttrædelse af lovforslaget den 1. juni 2025 undersøge nærmere, om de gældende administrative forskrifter om abort og fosterreduktion skal ophæves eller revideres.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har på baggrund af Danske Regioners ønske om en overgangs- og dispensationsordning indsat en dispensations-bestemmelse i lovforslaget for perioden fra 20. april 2025 til og med 31. maj 2025, som giver gravide kvinder, som ikke har overskredet 18. uge d. 1. juni 2025, mulighed for at få foretaget en abort uden tilladelse. Bestemmelsen er udformet som en generel dispensationsordning, hvor gravide kvinder, der opfylder kravene, kan få en dispensation uden ansøgning. Bestemmelsen vil blive udmøntet med en bekendtgørelse.