



SUNDHEDSSTYRELSEN

2023

# Sundhedsfaglige aspekter forbundet med at ændre abortgrænsen



# Indhold

<b>1. Introduktion .....</b>	<b>3</b>
1.1. Afgrænsning .....	4
<b>2. Lovgivning .....</b>	<b>5</b>
2.1. Lovgivning om levedygtighed og livstegn .....	7
2.2. Sundhedspersonalets samvittighedsfritagelse .....	9
2.3. Særligt vedr. Grønland og Færøerne .....	10
<b>3. Aktuel praksis i Danmark .....</b>	<b>11</b>
3.1. Forud for beslutning om abort .....	11
3.2. Henvi sning til abort .....	12
3.3. Abortindgrebet .....	15
3.4. Efter aborten .....	18
<b>4. Abort i udvalgte europæiske lande .....</b>	<b>20</b>
4.1. Internationale faglige anbefalinger .....	22
<b>5. Status på abortområdet .....</b>	<b>23</b>
5.1. Data vedr. abort .....	23
5.2. Effektivitet og sikkerhed .....	25
5.3. Psykiske reaktioner ved abort .....	30
<b>6. Samrådspraksis .....</b>	<b>32</b>
6.1. Abortsamråd og abortankenævn .....	32
6.2. Samrådspraksis .....	33
<b>7. Fosterdiagnostik .....</b>	<b>36</b>
7.1. Formålet med fosterdiagnostik .....	36
7.2. Det aktuelle generelle tilbud om fosterdiagnostiske undersøgelser .....	37
7.3. Fosterdiagnostik og reproduktive valg .....	39
7.4. Udvikling i fosterdiagnostik .....	40
<b>8. Adgang til abort for gravide under 18 år .....</b>	<b>43</b>
<b>9. Mulige konsekvenser ved udvidelse af grænsen for fri abort .....</b>	<b>46</b>
<b>10. Sammenfatning .....</b>	<b>49</b>
<b>Anvendte begreber .....</b>	<b>51</b>

# 1. Introduktion

Sundhedsstyrelsen er ved mail fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet den 1. maj 2023 blevet anmodet om at udarbejde et notat med overvejelser om de sundhedsfaglige aspekter, som kan være forbundet med at hæve grænsen for fri abort til eksempelvis uge 16 eller uge 20. Det specificeres, at notatet bør adressere de sundhedsfaglige overvejelser i forhold til både den gravide og fosteret. Desuden bedes Sundhedsstyrelsen vurdere og beskrive eventuelle sundhedsfaglige konsekvenser forbundet med muligheden for abort hos 15-17-årige uden forudgående samtykke fra forældrene. Sundhedsstyrelsens notat skal, sammen med bl.a. bidrag fra Styrelsen for Patientklager vedr. Abortankenævnets praksis, danne grundlag for et faktaark, som skal bruges i forbindelse med politiske drøftelser om grænsen for fri abort samt om de 15-17-åriges ret til abort med eller uden forældresamtykke.

## Graviditetsuge

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

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

## Trimestre

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

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

## 1.1. Afgrænsning

I nærværende notat gennemgås gældende lovgivning, praksis og anvendt teknologi i forbindelse med abort på forskellige tidspunkter i graviditeten. Notatet har ikke til hensigt at pege på en bestemt grænse for den fri abort, men mulige fordele og ulemper ved fri abort på forskellige tidspunkter i graviditeten diskuteres. Desuden er der et særligt fokus på at beskrive de grænser for abort, der er fastsat gennem praksis, eksempelvis i abortsamrådene. Overvejelser vedr. fosterdiagnostik beskrives. Endvidere beskrives de særlige forhold vedr. samtykke, der gælder 15-17-årige, som ønsker en abort.

Det har, på grund af den korte tidsfrist, ikke været muligt for Sundhedsstyrelsen at lave en systematisk og omfattende gennemgang af den tilgængelige viden, udenlandske erfaringer m.v. Sundhedsstyrelsen har ved udarbejdelsen af notatet rådført sig med en række fagpersoner med særlig viden om sundhedsfaglige problemstillinger ifm. abort.

I notatet skrives konsekvent 'den gravide'/'kvinden' fordi den gravide i henhold til lovgivningen har beslutningskraft ift. ønsket om abort, fosterdiagnostik mv. For mange gravide er det naturligt at overvejelse og beslutning om graviditet og abort foretages i samarbejde med barnets far, den gravides partner eller andre fortrolige.

Notatet kommer ikke nærmere ind på etiske overvejelser i relation til ændrede abortgrænser. Der henvises til Det Ethiske Råd, der arbejder på en udtalelse angående en eventuel ændring af abortgrænsen. Udtalelsen er planlagt til offentliggørelse primo oktober 2023.

## 2. Lovgivning

Den nuværende ret til provokeret abort blev indført ved lov i 1973. Centralt for loven er grænsen for den fri abort, der blev fastsat til udgangen af 12. graviditetsuge (11+6). På daværende tidspunkt blev alle aborter inden for denne grænse udført kirurgisk. Det fremgår af betænkning udarbejdet til 2. behandling af loven, at en del af baggrunden for fastlæggelsen af grænsen var data, der viste en større risiko for komplikationer ved abort efter uge 12<sup>1</sup>. Det må dog antages, at der ved tidspunktet for lovens vedtagelse ikke var tale om en skarpt defineret grænse ud fra rent sundhedsfaglige kriterier, hvorfor fastlæggelsen må anses for at være pragmatisk, med inddragelse af både sundhedsfaglige og ikke-sundhedsfaglige forhold.

Retten til fri abort følger af Sundhedslovens kapitel 25, der beskriver betingelserne for svangerskabsafbrydelse, se også boks nedenfor.<sup>2</sup> Yderligere bestemmelser vedr. fremgangsmåden ved anmodning og udførelse af abort samt vedr. de regionale abortsamråd fremgår af lovens kapitel 27 og 28. Lovens bestemmelser er præciseret i Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion<sup>3</sup> samt Cirkulære om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion<sup>4</sup>. Det følger af reglerne, at en gravid, der er fyldt 18 år, uden tilladelse eller andet samtykke kan få sin graviditet afbrudt, hvis indgrebet kan foretages inden udgangen af graviditetsuge 12. I tilfælde, hvor kvinden pga. psykisk lidelse, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, skal kvinden dog ansøge om tilladelse til abort ved ét af de regionale abortsamråd, selvom det er inden udgangen af graviditetsuge 12. Det gælder også, hvis kvinden er under 18 år, ugift og der ikke foreligger samtykke fra forældremyndighedens indehaver(e).

Hvis den gravide ønsker abort efter uge 12, skal hun ansøge om tilladelse hertil fra ét af de regionale abortsamråd. Kriterierne for, at tilladelse kan gives, fremgår af lovens § 94 (se boks nedenfor) og kan bl.a. være, hvis der er konstateret en alvorlig misdannelse hos fosteret, af hensyn til den gravides helbred eller livssituation, hvis det vurderes, at den gravide ikke kan drage omsorg for barnet, eller hvis graviditeten er resultat af et seksuelt overgreb.

Hvis fosteret må antages at være levedygtigt, kan der kun gives tilladelse til abort, såfremt noget med afgørende vægt taler for, at barnet på grund af arvelige anlæg, beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse.

Kvinden kan, uden særlig tilladelse, få graviditeten afbrudt efter uge 12, hvis indgrebet er nødvendigt for at afværge fare for kvindens liv eller fare for en alvorlig forringelse af

<sup>1</sup> Betænkning over forslag til lov om svangerskabsafbrydelse mv. (Afgivet af udvalget den 5. marts 1970).

<sup>2</sup> Sundhedsloven, LBK nr. 1011 af 17/06/2023

<sup>3</sup> Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, VEJ nr. 57 af 16/06/2004.

<sup>4</sup> Cirkulære om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, CIR nr. 23 af 03/04/2006.

hendes legemlige eller sjælelige helbred. Det følger af loven og praksis, at dette foretages efter konkret lægefaglig vurdering.

I forbindelse med abort er der en række sundhedsfaglige ydelser, herunder rådgivning, henvisning, udførelse af selve indgrebet og sundhedsfaglig opfølgning. Disse er alle ydelser, som bopælsregionen skal tilbyde kvinden, enten på sygehus eller i praksissektor, på lige fod med øvrige sundhedsydelser jf. lovens kapitel 13-20 m.v., og er derfor vederlagsfri for kvinder med bopæl i Danmark og øvrige, der er berettiget hertil. I praksis dokumenteres dette ved forevisning af sundhedskort. Sundhedslovens kapitel 26 har tilsvarende bestemmelser for reduktion af antallet af fostre ved flerfoldsgraviditet, såkaldt fosterreduktion. Disse bestemmelser, de sundhedsfaglige forhold ved fosterreduktion samt håndtering efter fødsel beskrives dog ikke nærmere i nærværende notat. Det er dog væsentligt at bemærke, at såfremt man ønsker at ændre lovgivning vedr. grænsen for fri abort, vil det være nødvendigt også at revidere lovgivningen vedr. fosterreduktion.

## Sundhedsloven om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion<sup>5</sup>

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

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

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

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

<sup>5</sup> Sundhedsloven, LBK nr. 1011 af 17/06/2023, afsnit VII.

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

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

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

Tidligere abortlove overlod det helt til myndighederne at tage stilling til abort på kvindens vegne, herunder at foretage de fornødne etiske overvejelser. Loven specificerede acceptable årsager til en abort, og kvinden skulle bevise, at hun havde disse grunde til at få bevilget abort. Medicinske årsager var mere acceptable, mens sociale årsager som manglende evne til at tage sig af et barn blev tillagt ringe betydning.

Den nuværende danske abortlovgivning indeholder ikke en etisk stillingtagen, hvis aborten finder sted før uge 13. Loven giver dermed den gravide en politisk baseret ret til selv at bestemme, om hun ønsker at få foretaget en abort, og det er således den gravide selv, der skal foretage de etiske overvejelser. Ved aborter efter uge 12, overlades disse til samfundet, repræsenteret ved de regionale abortsamråd.

## 2.1. Lovgivning om levedygtighed og livstegn

Ifølge Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion<sup>6</sup> sker vurderingen af levedygtighed i forhold til det enkelte foster. Det afgørende er, om der er en realistisk udsigt til, at fosteret vil kunne overleve nogle uger, hvis det på tidspunktet for det påtænkte indgreb kommer til verden ved en naturlig fødsel.

Der er som udgangspunkt hjælpepligt i forhold til et levendefødt barn. Såfremt lægen efter en samlet vurdering finder, at barnet er levedygtigt, skal fornøden behandling iværksættes. Såfremt det vurderes, at barnet er uafvendeligt døende, skal fornøden omsorg gives. I de fleste tilfælde vil det ikke volde problemer at fastslå, om barnet/fosteret umiddelbart efter sin ankomst til verden lever. Der kan dog være tilfælde, hvor den

<sup>6</sup> Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion. VEJ nr 25 af 04/04/2006. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2006/25>

sundhedsprofessionelle kan være i tvivl, hvis der er forbigående svage eller usikre livstegn, før døden med sikkerhed er indtrådt.

I Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv.<sup>7</sup> beskrives hvad der forstås ved livstegn, levendefødsel mv., samt hvilken praksis der bør efterleves. Ved livstegn forstås: vejrtrækning, hjerteslag, pulsation i navlesnoeren, eller tydelige bevægelser. Hvis mindst ét af disse tegn på liv iagttages efter at barnet/fosteret er født, betragtes det som et levendefødt barn. Dette gælder uanset hvornår i graviditeten fødslen finder sted, og uanset, om der er tale om en provokeret abort, en spontan abort eller en spontant indsatte fødsel.

At barnet er levendefødt, er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at det er levedygtigt. Et uafvendeligt døende barn vil således altid i juridisk forstand være et levendefødt barn.

## Levedygtighed

I Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion fremgår det, at vurderingen af levedygtighed sker i forhold til det enkelte foster og at det afgørende er, om der er en realistisk udsigt til, at fosteret vil kunne overleve nogle uger, hvis det på tidspunktet for det påtænkte indgreb kommer til verden ved en naturlig fødsel.

I praksis er et fosters levedygtighed afhængig af lang række forhold. Fosterets gestationsalder (dvs. graviditetslængden) er et væsentligt parameter, men fosterets vægt, eventuelle sygdomme og misdannelser spiller også ind. Endelig har adgangen til neonatale kompetencer og udstyr betydning for levedygtigheden. Det betyder, at der ikke er en bestemt ugegrænse, hvor et foster må antages at være levedygtigt. Det vil således være en individuel lægefaglig vurdering, om der er 'en realistisk udsigt til, at fosteret vil kunne overleve nogle uger' på det tidspunkt, hvor det overvejes at afbryde graviditeten.

Tabel 2 viser overlevelsen blandt ekstremt tidligt fødte, dvs. børn født i uge 22-27, i en femårig periode fra 2017-2021. Tabellen viser, at der blandt 111 børn født i uge 23 var 56 (51%), som viste livstegn ved fødslen, og kun 9 (sv.t. 16% af de levendefødte), som fortsat var i live fire uger efter den oprindelige terminsdato. Det fremgår af tabellen, at sandsynligheden for at være levendefødt og at overleve, stiger med stigende graviditetslængde og for alvor stiger efter uge 24. Sandsynligheden for at overleve en fødsel i uge 22 er meget lille.

<sup>7</sup> Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv. VEJ nr 9623 af 31/08/2005. <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2005/9623>



**Tabel 2:** Antal levendefødte og overlevelse fire uger efter oprindelig termin blandt ekstremt tidligt fødte fordelt på gestationsalder. Tabellen er baseret på tal fra Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte (DKN), Årsrapport 2021.<sup>8</sup>

Graviditetslængde						
	Uge 22	Uge 23	Uge 24	Uge 25	Uge 26	Uge 27
<b>Samlet antal børn født i perioden 2017-2021</b>	179	111	169	205	221	299
<b>Heraf levendefødte, dvs. med livstegn*, n (%)</b>	66 (37)	56 (51)	121 (71)	166 (81)	190 (86)	277 (93)
<b>Antal af de levendefødte, som stadig er i live 4 uger efter oprindelig termin, n (%)</b>	- (2)	9 (16)	75 (62)	127 (77)	159 (84)	251 (91)

\* Livstegn defineret som vejrtrækning, hjerteslag, pulsation i navlesnoeren, eller tydelige bevægelser jf. Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv.

Af samme vejledning fremgår det, at hvis der er gået mindst 22 fulde uger af graviditeten (uge 22+0), betragtes fosteret juridisk som et barn. Hvis barnet ikke viser livstegn ved fødslen, er der tale om en fødsel af dødt barn (dødfødsel). Det betyder, at der, jf. sundhedslovens §189, stk.1, skal udføres ligsyn og udstedes dødsattest efter ligsynslovens bestemmelser. Det gælder også, hvis der er tale om en provokeret abort. Ligsynslovens bestemmelser gælder ikke, hvis der er tale om spontan eller provokeret abort uden livstegn, før der er gået 22 fulde uger af graviditeten.

Forældrene har pligt til at sørge for en begravelse/bisættelse, hvis de har mistet et levendefødt barn (uanset hvornår i graviditeten) og/eller hvis barnet er dødfødt i efter uge 22.

## 2.2. Sundhedspersonalets samvittighedsfritagelse

Sundhedslovens §102 har en særlig bestemmelse, der gør, at læger, sygeplejersker, jordemødre, sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter, samt studerende inden for disse fag, kan fritages fra at foretage eller medvirke til abortindgreb, hvis det strider mod deres etiske eller religiøse opfattelse. Der er ikke tilsvarende bestemmelser for andre sundhedsydere i dansk sundhedslovgivning.

<sup>8</sup> Dansk Kvalitetsdatabase for Nyfødte (DKN) Årsrapport 2021. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. 2021.

### **2.3. Særligt vedr. Grønland og Færøerne**

Grønland indførte i 1975 den samme lovgivning vedr. svangerskabsafbrydelse som Danmark havde indført i 1973. Færøerne har derimod til i dag fastholdt den lovgivning der var gældende for Danmark fra 1956 og frem til 1973.<sup>9,10</sup>

<sup>9</sup> Lov nr. 177 af 23. juni 1956 om foranstaltninger i anledning af svangerskab m.v., som seinast broytt við lögtingslóg nr. 168 frá 16. desember 2021 <https://www.logir fo/Lov/177-fra-23-06-1956-nr-177-af-23-juni-1956-om-foranstaltninger-i-anledning>

<sup>10</sup> Anordning om ikræfttræden for Færøerne af sundhedsloven, 22. juni 2018.

## 3. Aktuel praksis i Danmark

### 3.1. Forud for beslutning om abort

Forløbet forud for en abort, vil være forskelligt afhængigt af indikationen for den gravides ønske om abort, hvor fremskreden graviditeten er, og hvor afklaret den gravide er. En kvinde, der ønsker at afbryde sin graviditet, kan henvende sig enten til en læge eller til et regionsråd.<sup>11,12</sup> Hvis den gravide ønsker det, kan hun rette henvendelse til en anden læge end sin sædvanlige<sup>11</sup>, dvs. at hun også kan henvende sig til fx en anden praktiserende læge eller en privatpraktiserende gynækolog.

Nedenfor beskrives, hvad der typisk går forud for en abort, som foretages før hhv. efter uge 12. Særligt forholdene vedr. ansøgning om og henvisning til abort, er forskellige afhængigt af, om der er tale om en abort før eller efter uge 12. De undersøgelser, der udføres og kravene om information og vejledning til den gravide forud for indgrebet, er derimod sammenlignelige uanset, hvornår i graviditeten aborten foretages.

#### 3.1.1. Abort før udgangen af uge 12

Ved en abort før udgangen af uge 12 (dvs. til og med 11+6), vil det typiske forløb være, at den gravide henvender sig til den almen medicinske lægepraksis (praktiserende læge), som hun er tilmeldt, med henblik på undersøgelse og henvisning til abort. Lægen bekræfter graviditeten ved undersøgelse af en urinprøve og anslår graviditetslængden (gestationsalderen) ud fra den gravides oplysninger om sidste menstruations første dag. Lægen foretager en gynækologisk undersøgelse af den gravide, hvor en vurdering af livmoderens størrelse kan underbygge vurderingen af graviditetens længde, særligt ift. om graviditeten er tæt på eller har overskredet uge 12, som kan tilsige henvisning til hurtig vurdering på sygehus m.v. Lægen vil desuden tage prøve fra livmoderhalsen for klamydia og evt. andre bakterier med henblik på forebyggelse af infektion ifm. et abortindgreb.

#### 3.1.2. Abort efter uge 12

Ved abort efter uge 12 (dvs. fra og med 12+0) og frem, vil det afhænge af indikationen for at søge en abort, hvilken læge den gravide har den primære kontakt til (se afsnit 3.2). De undersøgelser, der foretages for at bekræfte graviditeten, fastslå graviditetslængden og forebygge infektion ifm. et abortindgreb, er i høj grad overlappende med undersøgelserne før udgangen af uge 12.

#### 3.1.3. Vejledning om indgrebet

Det følger af sundhedslovens § 100 at lægen skal oplyse den gravide om "... indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet

<sup>11</sup> [Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, VEJ nr. 57 af 16/06/2004.](#)

<sup>12</sup> [Cirkulære om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, CIR nr. 23 af 03/04/2006.](#)

med indgrebet”, hvilket må antages at gælde både kirurgisk indgreb – som var standard ved lovens affattelse – og medicinsk abort. Den gravide skal oplyses om dette uanset hvornår i graviditeten en abort ønskes gennemført. Det er endvidere lægens ansvar at gøre den gravide bekendt med, at der er muligheder for at søge social, økonomisk eller personlig støtte både til at gennemføre graviditeten og støtte efter barnets fødsel. Endelig kan den gravide gøres bekendt med muligheden for at bortadoptere barnet.

Både den gravide og den henvisende læge skal skrive under på, at den gravide har fået ovenstående vejledning og er blevet vejledt om muligheden for at få støttesamtaler før og efter indgrebet.

### 3.1.4. Vejledning om støttesamtaler

Lægen skal informere den gravide om muligheden for at få en støttesamtale før og efter aborten. Støttesamtalen skal foregå på en anden dag end dén dag, hvor graviditetsundersøgelsen finder sted. Samtalen(erne) kan foregå hos praktiserende læge, i speciallægepraksis eller på gynækologisk-obstetrisk sygehusafdeling, som tilbud i visse kommuner, eller der kan tilbydes rådgivning hos Mødrehjælpen, Sex & Samfund eller andre aktører i civilsamfundet. Formålet med samtalen før en abort er, at give den gravide den nødvendige information og støtte til selv at træffe valget om at fortsætte eller afbryde graviditeten. Under samtalen skal den rådgivende part undgå at påvirke den gravides eget reproduktive valg, men skal forsøge at give hende et så fuldstændigt grundlag som muligt at træffe beslutningen på.<sup>13</sup>

## 3.2. Henvisning til abort

Afhængigt af lægens vurdering af graviditetslængde samt af kvindens ønsker, kan lægen henvise den gravide til udførelse af abort på enten regionalt sygehus, privathospital eller i gynækologisk speciallægepraksis. Abort kan, før udgangen af uge 12, foretages på offentlige eller private sygehuse eller ved speciallæge i gynækologi og obstetrik. Ca. 45% af alle aborter, og særligt de tidlige medicinske aborter, foretages i speciallægepraksis.<sup>14</sup> Efter uge 12 og frem må aborter kun foretages af læger på regionale sygehuse.

Generelt tilstræber både regionale sygehuse og gynækologisk speciallægepraksis kort ventetid til både forundersøgelser og udførelse af abort for abortsøgende kvinder. Dette gælder særligt hvis graviditetslængden er tæt på grænsen for medicinsk abort, fri abort m.v. eller hvis henvisende læge er usikker på graviditetslængden, hvor sygehus eller speciallægepraksis generelt skal tilbyde tid førstkommande hverdag.<sup>15</sup>

<sup>13</sup> VEJ nr. 25 af 0470472006. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2006/25>

<sup>14</sup> Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Gynækologi og Obstetrik. Sundhedsstyrelsen, 2022

<sup>15</sup> [Specialevejledning for gynækologi og obstetrik](#). Sundhedsstyrelsen, 2023.

### 3.2.1. Henvisning til abort før udgangen af uge 12

Når den gravide modtages på sygehus eller i speciallægepraksis, foretages der en ultralydsskanning af fosteret for præcist at fastlægge graviditetslængden og øvrige relevante forhold, herunder om graviditeten er placeret inden i livmoderen. En graviditet uden for livmoderen er en sjælden men potentiel livstruende tilstand, som har et særligt forløb, der ikke beskrives yderligere i dette notat. Fordele og ulemper ved forskellige abortmetoder drøftes med den abortsøgende kvinde, med udgangspunkt i hendes præferencer, faglige retningslinjer m.v.

Den gravide udfylder, sammen med henvisende læge, en anmodning om svangerskabsafbrydelse via blanket A.<sup>16</sup> Hvis den gravide er under 18 år og ugift, eller ikke er myndig, skal der endvidere foreligge tilladelse fra, så vidt muligt, begge forældremyndighedshavere eller værge på blanket B.<sup>17</sup> Ved manglende samtykke fra en eller begge forældre, kan den gravide søge abortsamrådet om tilladelse til abort.

### 3.2.2. Henvisning til abort efter uge 12

Ved abort efter graviditetsuge 12 og frem henvises den gravide til sygehus, hvor der foretages en ultralydsskanning af fosteret, som beskrevet i afsnit 3.2.1. Som ved abort før udgangen af uge 12, skal den gravide, sammen med henvisende læge, udfylde en anmodning om svangerskabsafbrydelse via blanket A og evt. blanket B.

Hvis den gravide ønsker en abort efter udgangen af uge 12, skal der endvidere indsendes en anmodning til samrådet i hendes bopælsregion. Det er lægens ansvar at hjælpe med anmodningen, eller sikre, at en anden sundhedsperson hjælper den gravide. Forløbet med at anmode om tilladelse til abort er forskelligt alt efter, hvilken indikation der er for ønsket om abort.

#### *Anmodning om abort på baggrund af fostermedicinske undersøgelser*

Hvis det i forbindelse med de fostermedicinske undersøgelser, bliver konstateret, at fosteret har alvorlige misdannelser eller kromosomafvigelser, bliver den gravide tilbudt én eller flere samtaler med en specialist i fostermedicin (føtalmediciner) på den gynækologiske afdeling om prognose, betydning af sygdommen/tilstanden, evt. behandlingsmuligheder samt hjælpe- og støtteforanstaltninger.<sup>18</sup> For at belyse disse spørgsmål bedst muligt, skal den gravide, jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer for fosterdiagnostik, have mulighed for i den akutte situation at tale med et multidisciplinært team med læger fra relevante specialer (fx børnekirurgi, kardiolog, neurolog og/eller genetiker). Endelig skal den gravide oplyses om muligheden for at få supplerende information og rådgivning fra relevante handicaporganisationer.<sup>19</sup>

<sup>16</sup> Blanket A: <https://stpk.dk/media/wkaqndrx/blanket-a-anmodning-om-svangerskabsafbrydelse-fosterreduktion-over-18-%C3%A5r.pdf>

<sup>17</sup> Blanket B: <https://stpk.dk/media/wjglj0xg/blanket-b-anmodning-om-svangerskabsafbrydelse-fosterreduktion-for-%C3%A6ldre-myndighedsindehaver.pdf>

<sup>18</sup> [Retningslinjer for fosterdiagnostik](#). Sundhedsstyrelsen 2017, opdateret november 2020.

<sup>19</sup> Sundhedsloven §100 stk. 6

Hvis den gravide ønsker en abort, er det som udgangspunkt den gynækologiske afdeling, der står for at indsende anmodningen om abort til det regionale samråd, efter at den gravide er blevet vejledt om indgrebet og om muligheden for støttesamtaler, som beskrevet i afsnit 3.1.3 og 3.1.4.

Ved anmodning om abort på fostermedicinsk indikation, er det den skriftlige anmodning, som udgør det primære grundlag for abortsamrådets afgørelse. Anmodningen skal derfor indeholde en grundig beskrivelse af de fosterdiagnostiske undersøgelser, behandlingsmuligheder, prognosen for fosteret/barnet samt fosterets tilstand i øvrigt.

En tilladelse til abort forudsætter, at lidelsen, som kan være af fysisk eller psykisk karakter, er alvorlig. Tilladelse til abort på fostermedicinsk indikation gives ikke kun ved bekræftet sygdom, men kan også gives, hvis der er fare for, at fosteret/barnet udvikler en alvorlig lidelse. Jo mere fremskreden graviditeten er, jo mere alvorlig skal lidelsen være for at tilladelse til abort bliver givet.<sup>20</sup>

#### ***Anmodning om abort på baggrund af kvindens sociale forhold (social indikation)***

Sociale forhold, som anført i Sundhedslovens § 94 stk. 1 nr. 4-6, omfatter situationer, hvor den gravide på grund af *'legemlig eller sjælelig lidelse eller svag begavelse ikke formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde'*, eller hvor *'den gravide på grund af ung alder eller umodenhed ikke for tiden formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig vis'*.

Hvis en gravid efter graviditetsuge 12 ønsker en abort pga. sociale forhold, såkaldt social indikation, vil hun ofte rette kontakt til den praktiserende læge, som hun er tilknyttet. Den praktiserende læge vil som hovedregel tage den første samtale med den gravide, hvis hun er i tvivl om hun ønsker at gennemføre graviditeten. Lægen er forpligtet til at vejlede den gravide om indgrebet og om muligheden for støttesamtaler, som beskrevet i afsnit 3.1.3 og 3.1.4.

Hvis den gravide træffer valg om at få en abort, skal lægen henvise hende til en ultralydsskanning på det lokale sygehus med henblik på at fastslå, hvor fremskredet graviditeten er. Herefter vil den gynækologiske afdeling, hvor ultralydsskanningen foretages, rette henvendelse til det regionale abortsamråd.

Når samrådet har modtaget henvendelsen om, at en gravid ønsker en abort på social indikation, bliver den gravide indkaldt til en samtale med en socialrådgiver og/eller eventuelt en psykiater. Formålet med samtalen er at afdække den gravides sociale situation og mulighed for at tage vare på et barn. Ved anmodning om abort på social indikation, er det den journal, der udfærdiges efter samtalen med den gravide, som udgør det primære grundlag for abortsamrådets afgørelse.

<sup>20</sup> [Retningslinjer for fosterdiagnostik](#). Sundhedsstyrelsen 2017, opdateret november 2020.

Nogle sygehuse har vejledninger om, hvilke oplysninger en anmodning til det regionale samråd bør indeholde. De omfatter eksempelvis en beskrivelse af den gravides egen opfattelse af situationen og ønsket om abort, den sociale situation inkl. opvækst, familie og netværk, boligforhold, uddannelse og arbejde, husstandens økonomi, forholdet til barnefaderen, den gravides nuværende og tidligere helbred, funktionsevne, medicin, evt. misbrug samt en klinisk vurdering ved den sundhedsperson, der udfærdiger anmodningen.

I de enkelte tilfælde, hvor kvinden endnu ikke har besluttet sig, vil det oftest være den praktiserende læge, der retter henvendelse til abortsamrådet, på baggrund af en samtale med kvinden.

### *Svar på anmodning om abort fra de regionale abortsamråd*

De regionale samråd holder faste møder én eller flere gange om ugen. Behandlingen af anmodning om tilladelse til abort kan i særlige tilfælde på fostermedicinsk indikation foretages samme dag som ansøgningen indsendes. Samrådet træffer beslutning om ansøgningen på baggrund af det skriftlige materiale, der er indsendt. Ved behov kan samrådet vælge at indhente supplerende oplysninger. Når beslutningen er truffet, bliver den gravide ringet op og får besked om afgørelsen. Besked om afgørelsen vil også blive sendt til sygehuset og til den praktiserende læge. Hvis den gravide får tilladelse til abort, bliver hun herefter kontaktet af den henvisende sygehusafdeling og får tid til selve indgrebet.

Hvis den gravide får afslag på ansøgningen om abort, kan hun anke afgørelsen til Abortankenævnet, som beskrevet i afsnit 6.1.

## **3.3. Abortindgrebet**

### **3.3.1. Abort før udgangen af uge 12**

I Danmark foretages langt de fleste aborter før udgangen af uge 12 som medicinske aborter.

Generelt anbefales medicinsk abort frem til udgangen af uge 9.<sup>21</sup> Før begyndelsen af uge 8, er medicinsk abort generelt mere effektiv end kirurgisk abort.<sup>22</sup>

Kirurgisk abort er den foretrukne metode til abort fra uge 10 til 12. Medicinsk abort kan tilbydes fra uge 10, men vil være mindre effektiv med risiko for at medicinen skal gentages eller, at der skal foretages en udskrabning for at sikre, at alt graviditetsvævet er fjernet.

Ved medicinsk abort indledes aborten på hospital eller i speciallægepraksis ved at den gravide indtager en tablet, som indeholder det syntetiske hormon mifepriston. Hormonet

<sup>21</sup> [Medicinsk abortus provocatus – 1. trimester](#). Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2014.

<sup>22</sup> [Kirurgisk provokeret abort i første trimester](#). Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2013.

blokerer det naturlige graviditetshormon progesteron, og hæmmer dermed den videre udvikling af graviditeten.

Kvinden går som regel hjem kort efter indtagelsen af medicinen. Mange vil begynde at bløde i løbet af de første to dage efter, indtag af pillerne, som tegn på, at livmoderen er i gang med at udstøde en graviditet, der er gået til grunde.

Herefter indtager kvinden tabletter eller stikpiller, der indeholder det syntetiske hormon misoprostol, der virker på muskulaturen i livmoderen så livmoderhalsen blødgøres og livmodervæggen trækker sig sammen, således at graviditetsvævet udstødes. Kvinden tager selv medicinen derhjemme.

De fleste aborterer i løbet af få timer efter indtagelse af misoprostol, og næsten alle har aborteret inden for det første døgn. Aborten sker ved en kraftig blødning, hvor der evt. kan ses klumper af graviditetsvæv. Blødningen varer normalt nogle dage, men nogle kvinder har blødninger i op til et par uger. Mange oplever kraftige smerter i forbindelse med aborten og man opfordres til at bruge smertestillende medicin, i form af paracetamol (panodil m.v.) eller lægemidler af typen NSAID (ibuprofen m.v.)

En kirurgisk abort gennemføres ved et kirurgisk indgreb, hvor livmoderhalsen først udvides ved hjælp af instrumenter hvorefter livmoderen tømmes med et rørformet sug og udskrabning. Under indgrebet er kvinden i kortvarig bedøvelse. Typisk vil lægen, der udfører aborten, afslutte indgrebet ved at lave en ultralydsundersøgelse af livmoderen for at sikre at den er tom.

Forud for kirurgisk abort vil kvinden typisk blive tilbudt forbehandling med misoprostol for at blødgøre og udvide livmoderhalsen. Selve indgrebet tager ca. 10 minutter, og kvinden kan typisk gå hjem efter få timer. De fleste oplever blødning og menstruationslignende smerter i de første dage efter aborten.

### 3.4.2 Abort efter uge 12

En abort fra uge 13-14 kan udføres som en medicinsk abort eller et kirurgisk indgreb, hvor der foretages en udskrabning af livmoderen, hvis kvinden ønsker det og den nødvendige ekspertise er til rådighed på afdelingen. I uge 13 er der omtrent lige mange, der får udført kirurgisk og medicinsk abort, mens de fleste aborter i uge 14 udføres som medicinsk abort under indlæggelse<sup>23</sup>. Fra påbegyndt uge 15 og frem foregår indgrebet udelukkende som medicinsk abort under indlæggelse. Nogle lande har tradition for også at foretage kirurgisk abort efter udgangen af uge 14. Grundet risiko for komplikationer, er det i Danmark fagligt besluttet at sætte grænsen for kirurgisk abort tidligere.

Den gravide kommer til en ambulans samtale på sygehuset, hvor hun informeres om forløbet. Kvinden indtager herefter en tablet med mifepriston, som hæmmer den videre

<sup>23</sup> Tal fra Sundhedsdatastyrelsen med data til og med 2018.



udvikling af graviditeten, og som modner livmoderhalsvævet en smule. Efter 12-48 timer møder den gravide ind til selve aborten. Under indlæggelsen får hun misoprostol hver 3. time, dog maksimalt 5 gange (tabletterne kan oplægges som stikpiller i skeden, eller indtages som tabletter). De fleste kvinder vil abortere inden for et døgn efter opstart af misoprostol.

En sen medicinsk abort kan ikke sammenlignes med den tidlige medicinske abort. Ved den sene abort vil kvinden som regel opleve kraftigere smerter, når livmoderhalsen udvider sig og livmoderen trækker sig sammen. Kvinden vil blive tilbudt smertelindring efter behov, i form af stærk smertestillende medicin, fx morfin, fentanylpumpe (smertestillende medicin, der sprøjtes langsomt ind gennem en bærbar pumpe) eller epiduralblokade (lokalbedøvelse omkring rygmarvskanalen). Fentanylpumpe og epiduralblokade kræver assistance fra en anæstesilæge. Lige før selve fødslen vil kvinden ofte opleve smerter og uro i kroppen, og når livmodermunden har åbnet sig tilstrækkeligt, vil kvinden blive bedt om at presse, og fosteret fødes som oftest efter 5-6 pres. Hvis hele eller dele af moderkagen ikke udstødes under aborten, foretages en kirurgisk udskrabning af resterende væv. Det foregår på en operationsstue i lokalbedøvelse eller fuld narkose.

### Gennemsnitlig størrelse af et foster i forskellige graviditetsuger

I graviditetsuge 12 er fosteret 6 cm langt og vejer 15 g. Hovedet udgør halvdelen af længden fra isse til sæde. Bruskvævet, som senere udvikler sig til knoglevæv, er dannet omkring fosterets hoved og i arme og ben.

I graviditetsuge 18 er fosteret 18 cm langt og vejer 230 g. Fosterets øjne og ører er nu rigtigt placeret. Anlægget til lungerne er udviklet, men lungerne er langt fra modne og funktionsdygtige.

I graviditetsuge 22 er fosteret 26 cm langt og vejer 400 g. Fosteret fremstår visuelt færdigdannet. De fine lanugohår dækker nu hele kroppen. Øjenbryn og hår bliver synlige. Hænderne er blevet større og er nu i stand til at gribe.

De fleste kvinder får kraftig blødning og smerter i dage til uger efter aborten. Hvis blødningen er særligt kraftigt, kan der i nogle tilfælde være behov for at foretage en fornyet udskrabning.

Hvis aborten foretages efter udgangen af uge 20 kan der være mælkeproduktion og afhængig af graviditetslængden, vil kvinden derfor blive tilbudt medicin, der hæmmer mælkeproduktionen (cabergolin) efter aborten.

### *Organisering af tilbud til kvinder, der får foretaget en sen abort*

Der er ikke, under indlæggelse eller efter udskrivelse, et nationalt, ensartet tilbud til kvinder, der får en abort efter uge 12. Det gælder både, hvor og hvordan indgrebet udføres og den rådgivning og støtte, kvinden tilbydes forud for og efter aborten. Således er

tilbuddene organiseret forskelligt afhængigt af, hvilket sygehus kvinden er tilknyttet, ligesom der er forskel på tilbuddene afhængigt af, om kvinden får en abort på fostermedicinsk indikation eller på social indikation.

På nogle sygehuse foregår aborter efter uge 12 på gynækologisk afdeling ved en sygeplejerske og en læge, andre steder på fødeafdelingen ved en jordemoder og endelig er der på enkelte sygehuse (Aarhus Universitetshospital og Rigshospitalet m.fl.) oprettet et særskilt Afsnit/Enhed for Tab, hvor jordemødre med særlige kompetencer på området, varetager sene aborter efter en vis graviditetsuge.<sup>24</sup> Der er på disse afsnit mulighed for en længere samtale forud for aborten og der kan gives specialiseret rådgivning og støtte i løbet af og efter indgrebet. Afsnit for Tab i Aarhus er desuden skærmet fra den almindelige fødegang.

I nogle regioner foretages aborter efter uge 12 på forskellige sygehuse, afhængigt af, om de foretages på fostermedicinsk indikation eller på social indikation. Nogle sygehuse tilbyder en opfølgende samtale ved en jordemoder til kvinder, der har fået foretaget en sen abort. Tilbuddet kan afhænge af graviditetsuge. Nogle sygehuse tilbyder endvidere et opfølgende hjemmebesøg ved en sundhedsplejerske. Endelig tilbydes kvinder, der har fået foretaget en abort på fostermedicinsk indikation en opfølgende samtale med en læge på sygehuset når der foreligger svar på diverse prøver og en eventuel obduktion.

### 3.4. Efter aborten

Efter en medicinsk abort kan kvinden tilbydes ambulant opfølgning på sygehuset typisk efter to uger, for at kontrollere, at aborten er gennemført. Hvis der er mistanke om fastsiddende graviditetsvæv foretages ultralydsskanning med henblik på, om der skal foretages en kirurgisk udskrabning af resterende graviditetsvæv. Efter en kirurgisk abort anbefales kontrol hos egen læge efter en til to uger med henblik på samtale om forløbet, evt. klinisk kontrol m.v. Kirurgisk udskrabning efter forsøg på abort beskrives yderligere i kapitel 5.

Efter sen abort på fostermedicinsk indikation, tilbydes der opfølgende samtale med fostermediciner/obstetriker 2-3 måneder efter aborten, hvor der bl.a. gennemgås svar på supplerende genetiske og patologiske undersøgelser. Derudover gennemgås mulige årsager, gentagelsesrisiko og plan for forløb i kommende graviditet.

Alle gravide, der ønsker en abort, har, som beskrevet i afsnit 3.1.4, ret til en støttesamtale, både før og efter en eventuel abort.<sup>25</sup> Samtalen kan foregå hos en praktiserende læge, i speciallægepraksis eller på sygehusafdeling, eller der kan tilbydes rådgivning hos Mødrehjælpen eller andre aktører i civilsamfundet. Ved abort efter uge 12 er der endvidere mulighed for at få tilskud til op til 12 psykologsamtaler.<sup>26</sup> Det er som udgangspunkt

<sup>24</sup> Hvidtjorn D, Mork S, Eklund M, Maimburg RD, Henriksen TB. Women's Length of Stay in a Danish Specialized Unit for Perinatally Bereaved Parents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2021.

<sup>25</sup> Sundhedsloven §100, Sundhedsloven, LBK nr. 1011 af 17/06/2023.

<sup>26</sup> BEK nr 187 af 18/03/2005.

kvindens praktiserende læge, der laver en henvisning til psykologhjælp. Et samtaleforløb kan begynde før abortindgrebet, når anmodningen om tilladelse til abort er sendt til abortsamrådet.

I nogle regioner bliver kvinder, der får foretaget en sen abort på fostermedicinsk indikation, tilbudt et forløb i en sorggruppe med andre, der har fået foretaget en sen abort på fostermedicinsk indikation, eller som har haft en sen spontan abort.

## 4. Abort i udvalgte europæiske lande

En række europæiske lande, som fx Norge, Irland og Italien, har, som Danmark, fri abort frem til udgangen af uge 12. Der er dog også flere lande, hvor grænsen er højere. Således gælder retten til fri abort i Tyskland og Spanien frem til udgangen af uge 14, i Frankrig og Østrig frem til udgangen af uge 16, i Sverige frem til udgangen af uge 18, i Island frem til udgangen af uge 22 og i Nederlandene og Storbritannien frem til udgangen af uge 24<sup>27,28</sup> (se figur 4.1). Der er også lande, som har en væsentlig mere restriktiv abortlovgivning, som eksempelvis Malta, hvor abort er forbudt uanset årsag. Nedenstående figur 4.1 viser et overblik over abortlovgivning i udvalgte europæiske lande.

I lande med fri abort på forespørgsel fra den gravide, er der i de fleste tilfælde desuden mulighed for at få abort senere i graviditeten end den fastsatte grænse for fri abort. Det kan fx være på baggrund af medicinske forhold hos den gravide eller på social eller fostermedicinsk indikation. Lovgivningen og grænserne for dette varierer landende imellem.

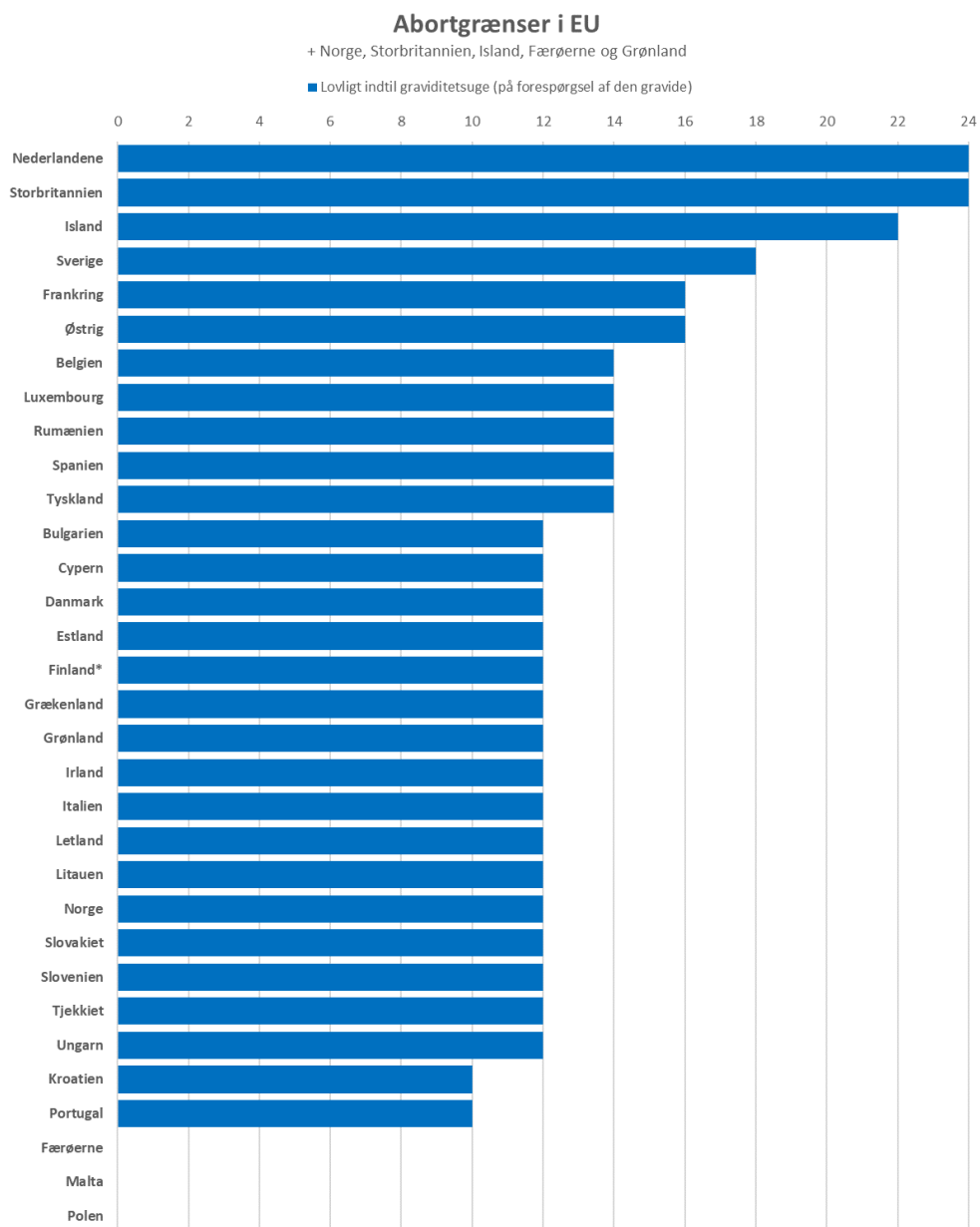
Flere lande har inden for en årrække hævet grænsen for fri abort, herunder Island og Frankrig. I Island blev grænsen for fri abort hævet til udgangen af uge 22 i september 2019. Islands nationale universitetssygehus, Landspítali, oplyser, at der de første 28 måneder efter lovændringen hverken er sket en stigning i antallet af årlige aborter eller antallet af sene aborter i Island. I Holland har abort siden 1984 været tilladt indtil det tidspunkt, hvor fosteret betragtes som levedygtigt uden for livmoderen – aktuelt efter udgangen af uge 24<sup>29</sup>. Erfaringerne fra Holland er, at abortraten har været faldende siden 1985 og fordelingen af aborter ift. uge er sammenlignelig med fordelingen i Danmark<sup>30</sup>.

<sup>27</sup> <https://www.julkari.fi/handle/10024/141158>

<sup>28</sup> <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=DEU>

<sup>29</sup> Horenblas et al, The influence of the introduction of a national prenatal screening program on late termination of pregnancy, a retrospective cohort study, 2023.

<sup>30</sup> [Rapportage Wet afbreking zwangerschap \(Wafz\) | Over ons | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

**Figur 4.1. Abortgrænser i EU + Norge, Grønland, Færøerne, Island og Storbritannien** <sup>31</sup>

*Færøerne* har en restriktiv abortlovgivning, som kun giver mulighed for abort under særlige omstændigheder.

*Malta* har forbud mod abort uanset årsag.

*Polen* har en restriktiv abortlovgivning, som kun giver mulighed for abort, hvis det er nødvendigt for at redde kvindes liv, eller graviditeten er resultat af en kriminel handling.

\*Fri abort på forespørgsel fra den gravide frem til udgangen af uge 12 bliver tilladt i *Finland* fra d. 1. september 2023.

<sup>31</sup> Center for Reproductive Rights ([https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/10/15381\\_CRR\\_Europe\\_October\\_2022.pdf](https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/10/15381_CRR_Europe_October_2022.pdf)) og [https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=GBR&category\[1352\]=1352](https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=GBR&category[1352]=1352)[https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=GBR&category\[1352\]=1352](https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?country=GBR&category[1352]=1352)

## 4.1. Internationale faglige anbefalinger

I marts 2022 udgav verdenssundhedsorganisationen WHO opdaterede faglige retningslinjer for såkaldt *best practice* ifm. abort<sup>32</sup>. Retningslinjerne tager sigte på både sundhedsfaglige indsatser, organisatoriske forhold, adgang til ydelser, lovgivningsmæssig regulering m.v. Udgangspunktet for retningslinjerne er WHO's mangeårige princip om, at lige adgang til sundhed også omfatter adgang til sikker og let tilgængelig sundhedshjælp til kvinder, der ønsker svangerskabsafbrydelse.

I de faglige retningslinjer understreges det, at abort generelt er et sikkert og ukompliceret indgreb, når den gennemføres under forhold som beskrevet i retningslinjerne, herunder at det varetages af sundhedspersoner med den nødvendige ekspertise. Derudover understreges det, at abort er et sikkert indgreb uanset, hvornår i graviditeten den udføres. Et abortforløb af høj kvalitet beskrives i retningslinjerne som et forløb, der er sikkert, effektivt, lettilgængeligt, patientcentreret og hvor der ikke diskrimineres på baggrund af ikke-sundhedsfaglige forhold. Det fremhæves i rapporten, at grænser for fri abort, som er fastsat ved lov eller anden regulering eller praksis, kan være med til at forsinke, eller forhindre, en ønsket abort. Det anbefales derfor, at den gravide bør have fri adgang til abort, uanset tidspunktet i graviditeten, dog peges der på, at aborter generelt bør foregå så tidligt som muligt i graviditeten.

Retningslinjerne fremhæver som generel anbefaling, at abort skal afkriminaliseres således, at man fjerner regulering, politikker, programmer m.v., såvel som konkrete praktiske barrierer, som forhindrer kvindens adgang til svangerskabsafbrydelse ved rettidig sundhedsfaglig hjælp af høj kvalitet. Det beskrives, at kriminalisering af aborter begrænser og forsinke adgangen til sikre aborter og pålægger abortsøgende kvinder en række belastninger som unødvendige rejser, omkostninger og forsinket eller ingen adgang til omsorg efter abort, psykiske belastninger og stigma. Derudover understreges det, at kriminalisering af aborter ikke har indflydelse på kvinders beslutning om at få en abort ligesom det ikke forhindrer kvinder i at få abort eller søge information om og opsøge abort i andre lande. Afkriminalisering vil således forebygge at kvinder opsøger usikre, ulovlige aborter.

Retningslinjerne understreger således som generel anbefaling, at kvinder får ret til abort efter eget ønske og uden behov for tilladelse fra tredjepart. Dette skyldes at en tredjepart kan forsinke en ønsket abort, at variation i fortolkningen af lovgivning kan give forskelle og barrierer i praksis, samt at det kan skabe social ulighed i sundhed fx for yngre kvinder, gravide med lav socioøkonomisk status, lavt uddannelsesniveaue eller kvinder med kognitive udfordringer.

Samlet set understreger WHO's retningslinjer bl.a. betydningen af at sikre lige adgang til sikre aborter, afkriminalisere abort, reducere barrierer og fjerne stigmatisering. WHO vurderer, at implementeringen af disse anbefalinger vil beskytte kvinders sundhed og rettigheder samt bidrage til en mere retfærdig og lige sundhedsmæssig praksis.

<sup>32</sup> [Abortion care guideline \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/abortion-care-guideline) Geneva: World Health Organization; 2022.

## 5. Status på abortområdet

### 5.1. Data vedr. abort

Hvor ingen andre referencer er angivet, stammer tal i nedenstående fra [Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort \(TiGrAb\), Årsrapport 2021/22](#).<sup>33</sup>

#### 5.1.1. Antal aborter

I perioden 1. juli 2021 – 30. juni 2022 blev der udført i alt 12.999 provokerede aborter, hvoraf 12.399 (95%) blev foretaget før udgangen af uge 12 og 600 blev foretaget efter udgangen af uge 12. De tilsvarende tal var i året 2017/18 14.232 aborter før udgangen af uge 12 og 628 aborter efter udgangen af uge 12. Medicinsk abort udgjorde 83% af de tidlige provokerede aborter i 2021/22. Desuden er flertallet af de sene provokerede aborter medicinske. De medicinske aborter udgjorde således i 2021 86% af alle provokerede aborter i Danmark.

Antallet af aborter i Danmark er faldet siden retten til fri abort trådte i kraft i 1973. Også i de seneste 5-10 år er der observeret et fald (figur 5.1), hvilket til dels tilskrives en ændring i brugen af prævention.<sup>34</sup> Således er der i løbet af de senere år set en stigning i antallet af kvinder, der bruger hormonspiral som prævention, mens antallet, der bruger p-piller er faldet.<sup>35,36</sup> Endvidere er der set en stigning i forbruget af nødprævention siden det blev introduceret i 1997 og særligt efter det blev muligt at købe det i håndkøb i 2001.<sup>37</sup> Det største fald i antallet af aborter ses blandt de 15-19-årige og 20-24-årige.

Tallene i figur 5.1 kan principielt indeholde udlændinge, der har fået foretaget en abort i Danmark, mens danskere, der har fået foretaget en abort i udlandet ikke indgår i opgørelserne. Begge tal er formentlig så små, at det ikke påvirker de overordnede trends.

<sup>33</sup> [Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort \(TiGrAb\). Årsrapport 2021/22. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram \(RKKP\), 2022.](#)

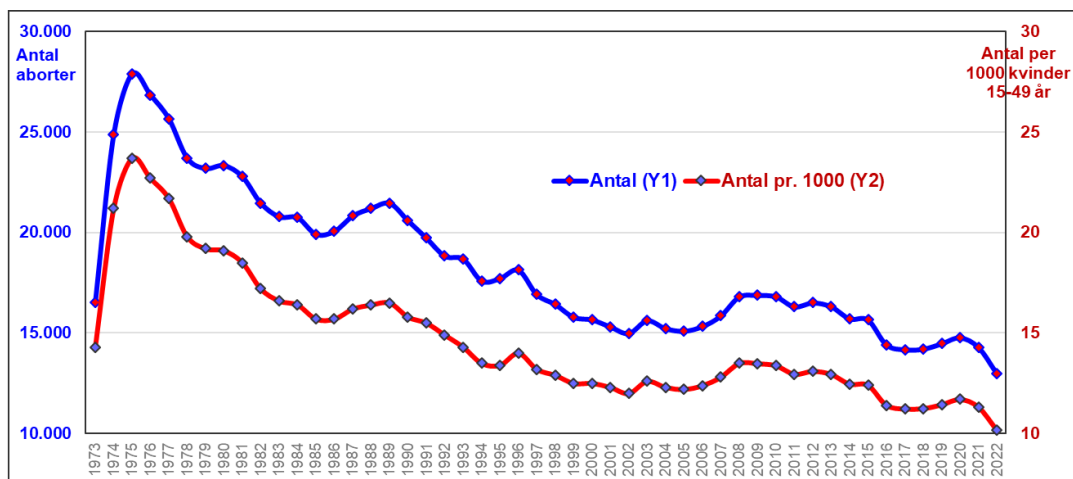
<sup>34</sup> <https://www.rkkp.dk/nyheder/antallet-af-aborter-blandt-unge-falder-markant/>

<sup>35</sup> [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk) data vedr. antal personer, der anvender hormonspiral

<sup>36</sup> [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk) data vedr. antal personer, der har købt p-piller

<sup>37</sup> [www.medstat.dk](http://www.medstat.dk) data vedr. solgt mængde nødprævention

**Figur 5.1:** Årligt antal provokerede aborter i Danmark 1973-2022.<sup>38</sup> Den blå linje (venstre akse) viser det totale antal aborter. Den røde linje (højre akse) viser antallet per 1.000 kvinder i alderen 15-49 år.



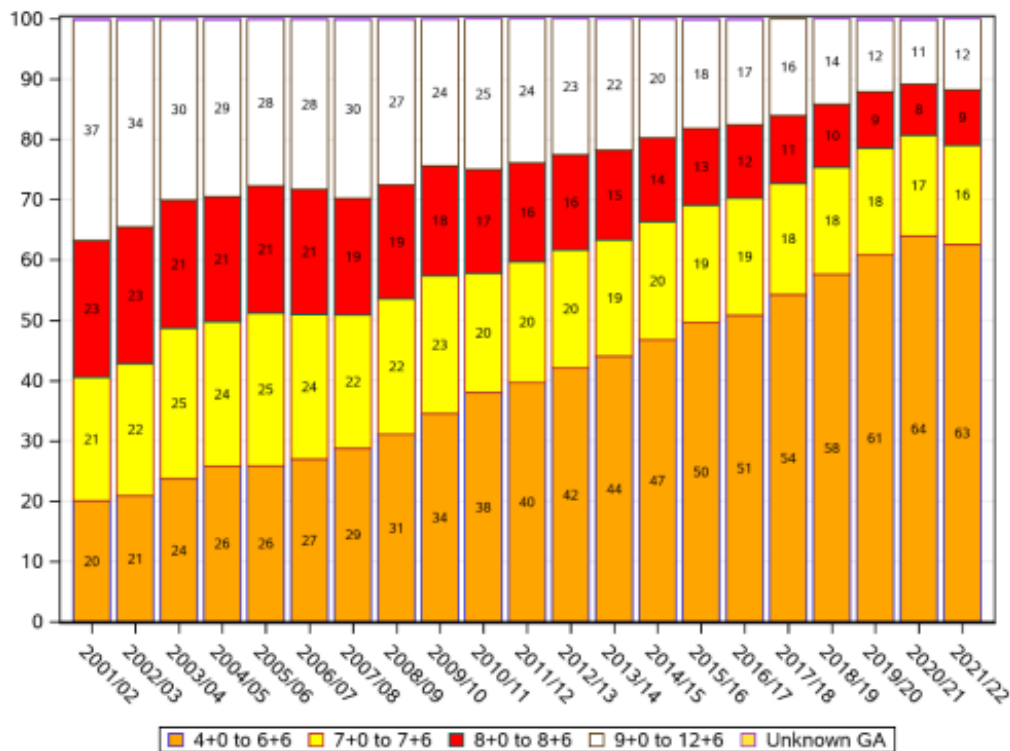
Kilder: Sundhedsstyrelsen, esundhed.dk, og Tigrab årsrapport

### 5.1.2. Tidspunkt for abort

Der ses en tendens til, at aborter i tiltagende grad gennemføres tidligt i graviditeten. Figur 5.2 viser, at 63% af aborterne før udgangen af uge 12 i 2021/22 blev foretaget i uge 5-7 (orange) og 16% i uge 8 (gul). Det vil sige, at langt hovedparten (79%) af de tidlige aborter blev foretaget før uge 9. At aborterne bliver foretaget tidligere i graviditeten kan bl.a. skyldes, at graviditeterne bliver opdaget tidligere, fordi der er en let tilgang til graviditetstests og menstruationsapps, som viser, når kvinden er gået nogle dage over tid ift. forventet menstruation. Endelig foregår hovedparten af de tidlige aborter i dag som medicinske aborter. De medicinske aborter kan foregå i hjemmet og kan sættes i gang i speciallægepraksis, som ofte ikke har nogen ventetid for denne gruppe, hvilket også medvirker til, at aborterne kan foretages tidligere i graviditeten.

<sup>38</sup> Slides fra oplæg ved Annemette Wilfang Lykkebo fra Åben høring om sundhedsmæssige og sociale aspekter ved abortgrænsen, Christiansborg den 26. april 2023. <https://www.ft.dk/aktuelt/webtv/video/2022/liu/tv.8382.aspx?date=2023-04-26>



**Figur 5.2:** Udviklingen i, hvornår 1. trimester aborter gennemføres, fordelt på gestationsalder.

## 5.2. Effektivitet og sikkerhed

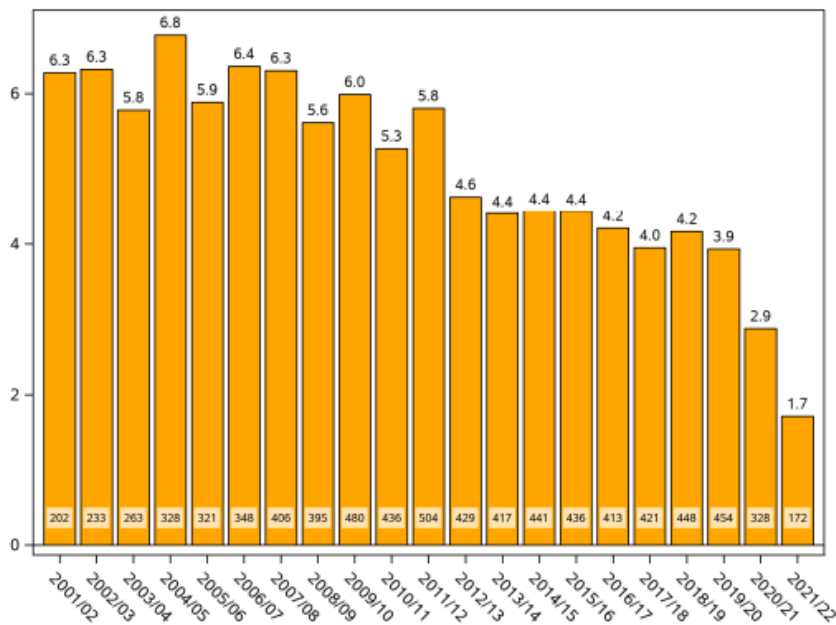
### 5.2.1. Effektivitet af abort

Effektiviteten af en abort er defineret som andelen, der ikke efterfølgende skal have foretaget en kirurgisk udskrabning af livmoderen for at udtømme resterende graviditetsvæv.

Andelen af udskrabninger efter første forsøg på kirurgisk abort, har ligget stabilt på omkring 2% i de sidste mange år, sv.t. en effektivitet på 98%.

I løbet af de seneste år er der derimod sket et betydeligt fald i antallet af kvinder, der har fået foretaget en udskrabning af livmoderen efter forsøg på en medicinsk abort. Det betyder, at antallet af succesfulde/komplette aborter er steget tilsvarende i både 1. trimester (figur 5.3) og 2. trimester (figur 5.4). Således var der i 2021/22 1,7% (n=172) af de kvinder, der havde fået en tidlig (1. trimester) medicinsk abort, som efterfølgende fik foretaget en udskrabning af livmoderen, efter tallet i en længere årrække havde ligget på omkring 4% (figur 5.3). Udviklingen tilskrives, at flere aborter foretages tidligt i forløbet (jf. figur 5.2), og at der har været en ændring i den kliniske praksis, så man nu venter lidt længere før der foretages en udskrabning af livmoderen, sammenlignet med tidligere år.

**Figur 5.3:** Udvikling i andelen af 1. trimester medicinsk provokeret abort, som efter forsøg på abort får foretaget en udskrabning af livmoderen, år 2001-2022 (absolut antal angivet i bunden af hver søjle).<sup>39</sup> Tallene før år 2004 er ikke direkte sammenlignelige med øvrige år pga. en ændret registreringspraksis.



Figur 5.4 viser, at der over et år i 2021/22 var 15,2% af kvinderne, der havde behov for en kirurgisk udskrabning efter forsøg på en abort efter uge 12 (2. trimester). Også dette tal er faldet betydeligt over de seneste år og lå til sammenligning dobbelt så højt (30,4%) i 2018/19, mens omtrent halvdelen af alle, der fik en medicinsk abort i 2. trimester i 2012-2017 efterfølgende fik lavet en supplerende udskrabning af livmoderen. Faldet i udskrabning efter forsøg på 2. trimester abort tilskrives bl.a., at klinisk praksis har ændret sig, så flere kvinder observeres i længere tid før man beslutter, om det er nødvendigt at lave det kirurgiske indgreb.<sup>40,41</sup>

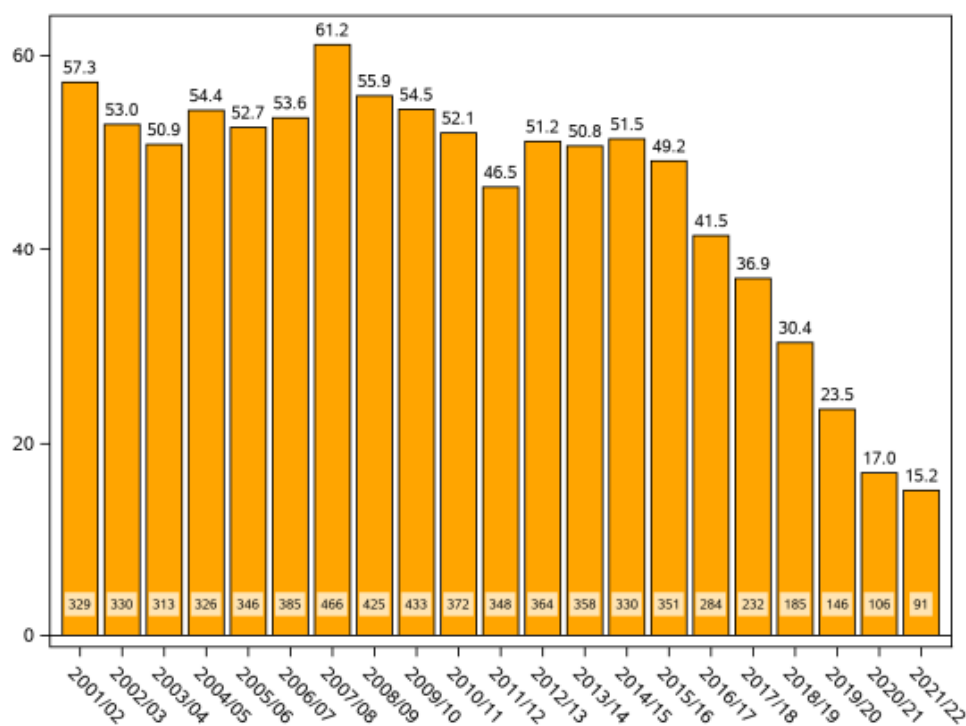
Det bemærkes, at der ikke er gode data for, hvor mange, der har behov for at få foretaget mere end én udskrabning efter forsøg på abort.

<sup>39</sup> [Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort \(TiGrAb\). Årsrapport 2021/22. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram \(RKKP\), 2022.](#)

<sup>40</sup> [Evacuatio, sekundær-evacuatio og profylakse mod Ashermans syndrom ved 2.trimester abort.](#) Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2021.

<sup>41</sup> [Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort \(TiGrAb\). Årsrapport 2021/22. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram \(RKKP\), 2022.](#)

**Figur 5.4:** Udvikling i andelen af 2. trimester provokeret abort, som inden for 8 uger efter forsøg på abort får foretaget en udskrabning af livmoderen, år 2001-2022 (absolut antal angivet i bunden af hver søjle).<sup>42</sup> Tallene før år 2004 er ikke direkte sammenlignelige med øvrige år pga. en ændret registreringspraksis.



### 5.2.2. Sikkerhed

Samlet gælder det, at abort er et sikkert indgreb i Danmark, uanset hvornår i graviditeten, det gennemføres og risikoen for alvorlige komplikationer er meget lille. Mange vil opleve forbigående træthed, svimmelhed, hovedpine, kvalme, opkast eller smerter i umiddelbar tilslutning til aborten. Der er desuden en lille risiko for komplikationer, både ved medicinsk og kirurgisk abort. De hyppigste komplikationer til medicinsk og kirurgisk abort på forskellige tidspunkter i graviditeten vises skematisk i figur 5.5 og beskrives mere dybdegående nedenfor.

<sup>42</sup> [Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort \(TiGrAb\). Årsrapport 2021/22. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram \(RKKP\), 2022.](#)

**Figur 5.5:** Figuren angiver de hyppigste komplikationer til medicinsk og kirurgisk abort på forskellige tidspunkter i graviditeten. Tallene kan ikke overføres direkte til danske forhold, da de inkluderer sene kirurgiske aborter efter uge 14, som ikke udføres i Danmark. Figuren er en gengivelse af Tabel 2 i de britiske faglige retningslinjer for abort.<sup>43</sup>

**Table 2** Complications and risks of abortion; adapted from the NICE (2019) *Abortion Care* guideline and the RCOG (2011) *Care of Women Requesting Induced Abortion* guideline

Complication/risk	Medical abortion	Surgical abortion
Continuing pregnancy	1–2 in 100	1 in 1000 Higher in pregnancies <7 weeks
Need for further intervention to complete the procedure	<14 weeks: 70 in 1000 >14 weeks: 13 in 100	<14 weeks: 35 in 1000 >14 weeks: 3 in 100
Infection*	Less than 1 in 100	Less than 1 in 100
Severe bleeding requiring transfusion	<20 weeks: less than 1 in 1000 >20 weeks: 4 in 1000	<20 weeks: less than 1 in 1000 >20 weeks: 4 in 1000
Cervical injury from dilation and manipulation**	–	1 in 100
Uterine perforation	–	1–4 in 1000
Uterine rupture	Less than 1 in 1000 for second-trimester medical abortions***	–

\* Upper genital tract infection of varying degrees of severity is unlikely but may occur after abortion and is usually associated with pre-existing infection. Infection after surgical abortion is reduced with use of prophylactic antibiotics.

\*\* Cervical injury is less likely if cervical preparation is undertaken in line with best practice.

\*\*\* The presence of a uterine scar (e.g. following a previous caesarean) is a risk factor.

### **Kirurgisk udskrabning efter forsøg på abort**

Både ved medicinsk og kirurgisk abort kan der i nogle tilfælde være behov for at lave en kirurgisk udskrabning af livmoderen efter forsøg på abort. Det kan skyldes, at ikke alt graviditetsvæv er udtømt, eller det kan skyldes blødning eller infektion. Risikoen for at skulle have foretaget en udskrabning af livmoderen efter forsøg på medicinsk abort stiger med graviditetslængde op til omkring uge 16, men falder herefter igen.<sup>44</sup> Der er en højere risiko for at skulle foretage en kirurgisk udskrabning efter medicinsk abort end efter kirurgisk abort.

### **Blødning**

Nogle kvinder kan opleve kraftig blødning i forbindelse med provokeret abort. Risikoen for at få så kraftig blødning, at der er behov for blodtransfusion, er 0,2-0,4% efter medicinsk abort før udgangen af uge 12 og 0,09% efter kirurgisk abort. Risikoen for transfusionskrævende blødning stiger med graviditetslængden, men forbliver en sjælden komplikation, som forekommer ved omtrent 4/1.000 aborter (0,4%) foretaget efter uge 20.<sup>45</sup>

<sup>43</sup> [Best practice in abortion care](#). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2022.

<sup>44</sup> [Best practice in abortion care](#). [Best practice in abortion care](#). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2022.

<sup>45</sup> [Best practice in abortion care](#). [Best practice in abortion care](#). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2022.

### **Infektion**

Risikoen for infektion efter provokeret abort er overordnet lav, men er omtrent dobbelt så høj efter kirurgisk abort som efter medicinsk abort før udgangen af uge 12. Således var der i 2021 44 registrerede tilfælde af indlæggelseskrævende infektion blandt 2.661 kvinder, der fik udført en kirurgisk abort, sv.t. 1,6%. Tilsvarende var der 61 ud af 8.555 kvinder, sv.t. 0,7%, som fik en indlæggelseskrævende infektion efter medicinsk abort før udgangen af uge 12. Der foreligger ikke danske data vedr. risikoen for infektion efter medicinsk abort i 2. trimester, men der er ikke noget, der tyder på, at risikoen for infektion er højere i 2. trimester end i 1. trimester.<sup>46,47</sup> Ubehandlet kan underlivsbetændelse føre til nedsat fertilitet hos kvinden.

### **Skade på livmoderen**

I forbindelse med kirurgisk udskrabning af livmoderen, er der risiko for, at der kan gå hul på livmodervæggen (perforation).<sup>48,49</sup> Risikoen er meget lille og estimeres at være omkring 0,1-0,2%.<sup>50,51</sup> Ofte er skaden asymptomatisk og heler af sig selv. Der kan dog i sjældne tilfælde være risiko for blødning eller skade på andre indre organer.

Der ses desuden i ganske sjældne tilfælde (estimeret < 0,3%) skade på livmoderen i forbindelse med medicinsk abort i 2. trimester. Denne risiko er højest hvis kvinden tidligere har fået kejsersnit.<sup>52</sup>

### **Øvrige somatiske komplikationer**

En ukompliceret abort giver ingen senere øget risiko for spontan abort, graviditet uden for livmoderen eller nedsat fertilitet, uanset hvornår den foretages. I nogle undersøgelser er der fundet en tendens til for tidlig fødsel i senere graviditeter efter kirurgisk abort, især ved gentagne kirurgiske aborter.<sup>53</sup>

<sup>46</sup> [Abortus provocatus - 2 trimester. Missed abortion – 2. trimester.](#) Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2022. [Abortus provocatus - 2 trimester. Missed abortion – 2. trimester.](#)

<sup>47</sup> [Best practice in abortion care.](#) Best practice in abortion care. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2022.

<sup>48</sup> [Evacuatio, sekundær-evacuatio og profylakse mod Ashermans syndrom ved 2. trimester abort.](#) Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2022.

<sup>49</sup> [Kirurgisk provokeret abort i første trimester.](#) Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2013.

<sup>50</sup> [Kirurgisk provokeret abort i første trimester.](#) Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2013.

<sup>51</sup> [Best practice in abortion care.](#) Best practice in abortion care. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2022.

<sup>52</sup> [Abortus provocatus - 2 trimester. Missed abortion – 2. trimester.](#) Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2022. [Abortus provocatus - 2 trimester. Missed abortion – 2. trimester.](#)

<sup>53</sup> [Kirurgisk provokeret abort i første trimester.](#) Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2013

## Fosterets smerteoplevelse

Fosterets smerteoplevelse er blevet debatteret, særligt i udlandet. Det skyldes dels udviklingen af intrauterin fosterkirurgi og dels bekymring om, hvorvidt fosteret kan mærke smerter ifm. abortindgrebet ved sene aborter.

Oplevelsen af smerte er afhængig af udviklingen af nogle særlige områder i hjernen og en række signalveje mellem disse. Disse områder er hos fosteret tidligst udviklet i uge 24. Samlet tyder evidensen på, at det er usandsynligt, at fostre kan opleve smerte før uge 28 og der er bred enighed om, at et foster ikke kan opleve smerte før uge 24-25.<sup>54,55,56</sup>

Smerteoplevelsen skal skelnes fra de reflektoriske reaktioner på smertepåvirkning, som kan observeres hos fostre tidligere i graviditeten omtrent i uge 16-18.<sup>57</sup> Sådanne reflektoriske reaktioner omfatter bl.a. at fosteret kan flytte armen/benet, pulsændring og hormonelle ændringer. Reflektoriske reaktioner ses også hos fostre med anencefali, dvs. en misdannelse, hvor fosteret helt mangler storhjernens og dermed hverken kan mærke smerte eller kan overleve, men som til langt op i 2. trimester udviser lige så mange bevægelser som raske fostre.

## 5.3. Psykiske reaktioner ved abort

For de fleste er det en alvorlig beslutning at skulle have en abort. Det er dog meget forskelligt, hvilke og hvor store psykiske reaktioner den enkelte kvinde har efter en abort, både på kort sigt og på lang sigt. For nogle kan det være en lettelse at få en abort, mens andre kan opleve tristhed, eller depressive symptomer samt have dårlig samvittighed, skam eller tvivl, om abort var den rigtige beslutning.<sup>58</sup> Spektret af reaktioner spænder fra de ubetydelige til mere alvorlige sorgreaktioner med behov for professionel hjælp og støtte.

Den forskningsbaserede viden på området er sparsom, men det lader til at risikoen for udvikling af behandlingskrævende psykiske lidelser som følge af abort er begrænset. Tre

<sup>54</sup> [RCOG Fetal Awareness Evidence Review, December 2022](#). Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2022. [RCOG Fetal Awareness Evidence Review, December 2022](#).

<sup>55</sup> [Advocacy: Facts are important: Gestational development and capacity for pain](#) [Advocacy: Facts are important: Gestational development and capacity for pain](#). The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023.

<sup>56</sup> [Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #59: The use of analgesia and anesthesia for maternal-fetal procedures](#). Am J Obstet Gynecol. 2021 Dec;225(6):B2-B8. [Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #59: The use of analgesia and anesthesia for maternal-fetal procedures](#). Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #59: The use of analgesia and anesthesia for maternal-fetal procedures.

<sup>57</sup> [Tadros MA, Lim R, Hughes DI, Brichta AM, Callister RJ. Electrical maturation of spinal neurons in the human fetus: comparison of ventral and dorsal horn](#). J Neurophysiol. 2015;114:2661-71. [Tadros MA, Lim R, Hughes DI, Brichta AM, Callister RJ. Electrical maturation of spinal neurons in the human fetus: comparison of ventral and dorsal horn](#) [Tadros MA, Lim R, Hughes DI, Brichta AM, Callister RJ. Electrical maturation of spinal neurons in the human fetus: comparison of ventral and dorsal horn](#)

<sup>58</sup> [Provokeret Abort – Undersøgelse af baggrund og virkninger](#). Social Forsknings Institut, 2003.

danske studier<sup>59,60,61</sup> har undersøgt sammenhængen mellem provokeret abort i 1. trimester og risikoen for psykiske lidelser. Samlet set peger de på, at der formentlig er en højere forekomst af psykiske lidelser i gruppen af kvinder, der søger abort. Derimod er der ikke noget, der tyder på, at det at få foretaget en abort er forbundet med en højere risiko for at udvikle psykisk lidelse.

Øvrige videnskabelige studier peger på, at kvinder, der får foretaget en abort, efterspørger vejledning og støtte både før beslutningen bliver truffet og i efterforløbet af en abort.<sup>62,63,64</sup>

Der er også sparsom viden om de psykiske reaktioner ved sen abort. Der er klinisk erfaring for, at sene aborter kan medføre en sorgreaktion i den akutte fase, særligt hvis aborten er uventet og foretages på baggrund af fostermedicinske fund, men vi ved meget lidt om eventuelle eftervirkninger på længere sigt. Samlet set er indtrykket er, at den enkeltes psykiske reaktion samt behovet for vejledning og støtte i højere grad afhænger af den enkelte kvindes situation og ressourcer samt årsagen til abort, end af tidspunktet, hvor aborten gennemføres.

Af den internationale forskningslitteratur om abort kan det udledes, at der er store kulturelle forskelle i opfattelsen af abort, som kan påvirke kvindens reaktion på aborten. Sådanne forskelle kan skyldes eksempelvis forskellig abortlovgivning, forskelle i eksisterende grænser for abort, religiøse forhold, forskellige værdier og præferencer mv. Det er derfor meget svært umiddelbart at overføre studier og erfaringer vedr. abort i andre lande til en dansk kontekst. Samstemmende med dette, konkluderer både en tysk<sup>65</sup> og en engelsk<sup>66</sup> litteraturgennemgang, at det er meget vanskeligt at drage faste konklusioner om mulige psykiske konsekvenser ved abort fordi kvaliteten af studierne (metoder, datagrundlag mv.) generelt er lav og med stor risiko for bias og fordi faktorer så som lovgivning dér hvor studiet gennemføres mv. gør det vanskeligt at sammenligne studier lavet i forskellige lande.

<sup>59</sup> [Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. N Engl J Med. 2011 Jan 27;364\(4\):332-9.](#)

<sup>60</sup> [Steinberg JR, Laursen TM, Adler NE. JAMA Psychiatry. 2018;75\(8\):828-834.](#) [Steinberg JR, Laursen TM, Adler NE. JAMA Psychiatry. 2018;75\(8\):828-834.](#)

<sup>61</sup> Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB. First-Time First-Trimester Induced Abortion and Risk of Readmission to a Psychiatric Hospital in Women With a History of Treated Mental Disorder. Arch Gen Psychiatry. 2012; 69(2):159-165.

<sup>62</sup> [Abortion Care. Information needs of women undergoing an abortion.](#) National Institute for Health and Care Excellence, NICE, 2019. [Abortion Care. Information needs of women undergoing an abortion](#)

<sup>63</sup> [Abortion Care. Support after abortion.](#) [Abortion Care. Support after abortion](#) National Institute for Health and Care Excellence, NICE, 2019.

<sup>64</sup> Lou S, Jensen LG, Petersen OB et al. [Parental response to severe or lethal prenatal diagnosis: a systematic review of qualitative studies.](#) Prenat Diagn. 2017 Aug;37(8):731-743.

<sup>65</sup> [Studien zu psychischen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen. Zu den Ergebnissen und zur Methodik.](#) Wissenschaftliche Dienste, Deutscher Bundestag, 2019.

<sup>66</sup> [Induced Abortion and Mental Health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors.](#) [Induced Abortion and Mental Health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors.](#) Developed for the Academy of Medical Royal Colleges by National Collaborating Centre for Mental Health, London, 2011.

## 6. Samrådspraksis

### 6.1. Abortsamråd og abortankenævn

I hver region findes et Samråd for svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion også kaldet abortsamråd. Abortsamrådene sekretariatsbetjenes af den enkelte region og behandler og træffer afgørelse på ansøgninger om sen abort efter sundhedslovens § 94. Et samråd består af en ansat ved regionen med juridisk eller social uddannelse samt to læger. Den ene læge skal være speciallæge i gynækologi og så vidt muligt ansat ved et stedligt sygehus, mens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt.

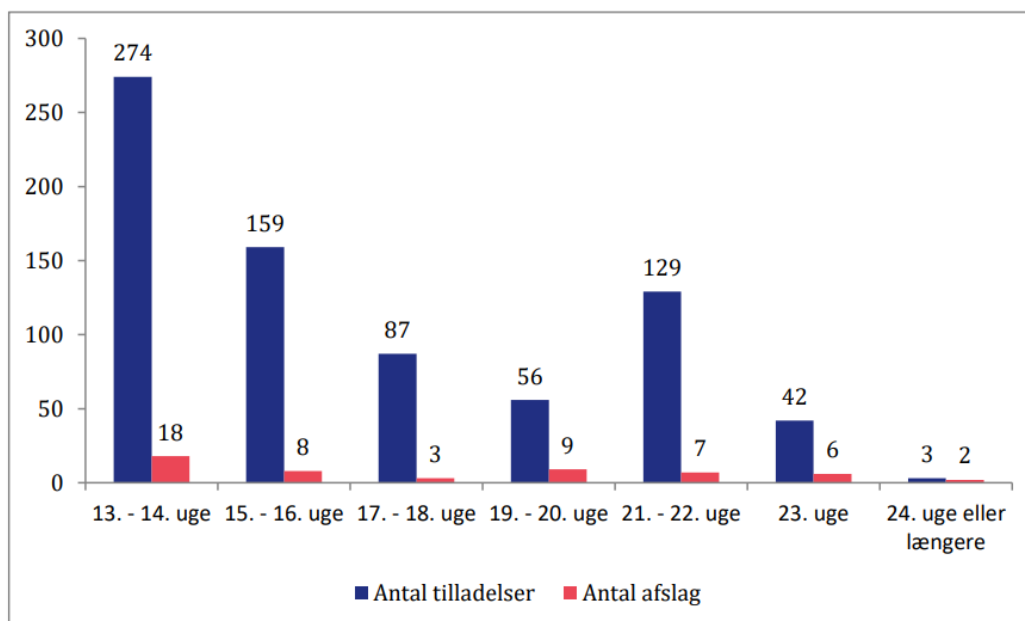
Efter sundhedslovens § 97, stk. 2, kan ansøgerne indbringe samrådenes afgørelser for Abortankenævnet, der fungerer som anke- og tilsynsmyndighed for samrådene. Abortankenævnet er forankret hos Styrelsen for Patientklager (STPK) og selve ankenævnet består af tre medlemmer. Formanden er dommer, mens de to øvrige medlemmer er hhv. speciallæge i gynækologi og speciallæge i psykiatri. Tilladelse til sen abort kan alene gives ved enighed i enten samråd eller ankenævnet, jf. § 97, stk. 3. Abortankenævnet har endvidere en forpligtelse med at føre tilsyn med de regionale samråd med det formål at sikre en ensartet behandling af sagerne i hele landet. Forpligtelsen bliver opfyldt ved, at samrådene indsender et udvalg af sager, de har haft under behandling, til gennemsyn og vurdering i Abortankenævnet.

#### 6.1.1. Sager behandlet i abortsamråd

I 2021 traf de regionale samråd 750 afgørelser om tilladelse til abort og 53 afgørelser om afslag på abort efter udgangen af uge 12. Ud af de 750 tilladelser i 2021 var de 592 begrundet i faren for, at barnet ville blive født med en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse, jf. § 94, stk. 1, nr. 3 (misdannelser eller kromosomafvigelser). Dette svarer til 78,9% af samrådenes samlede antal tilladelser. Af de 750 tilladelser var de 158 (21,1%) begrundet i kvindens forhold, jf. § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6. I 2021 blev der videre givet tre tilladelser (0,4%), hvor både begrundelse om misdannelser eller kromosomafvigelser og kvindens forhold indgik.



**Figur 6.1:** Antal tilladelser og afslag på abort i abortsamrådene i 2021, fordelt på graviditetslængde.<sup>67</sup>



I 35 af samrådenes afgørelser vedr. abort i 2021, klagede ansøgeren til Abortankenævnet. 33 af ankesagerne om abort vedrørte afslag på anmodning om tilladelse til abort. I to af sagerne var der behov for yderligere oplysninger og sagerne blev derfor hjemvist til yderligere oplysning af samrådene. I seks af de 35 sager (17%), ændrede Abortankenævnet den afgørelse, abortsamrådene havde truffet<sup>68</sup>.

### *Abortankenævnets tilsyn*

Udover klagesagerne har Abortankenævnet i 2021 haft 214 sager til gennemsyn som del af deres tilsynsforpligtelse. 32 af disse sager blev drøftet på et tilsynsmøde. Abortankenævnet fandt anledning til at give bemærkninger til abortsamrådene i seks af sagerne (3%).

## 6.2. Samrådspraksis

Bestemmelserne om sen abort i § 94 er formuleret i forholdsvis overordnede termer og beskriver, at en gravid kan få tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter udgangen af uge 12 fx hvis graviditet, fødsel eller omsorgen for barnet medfører *'fare for forringelse af den gravides helbred'* eller at der er fare for, at barnet vil få *'en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse'*. Disse begreber er ikke yderligere uddybet i loven. I § 94 er der oplyst forskellige forhold for både foster og den gravide, der kan give anledning til tilladelse til sen abort.

<sup>67</sup> [Årsberetning 2021 Abortankenævnet](#), Styrelsen for Patientklager, 2022.

<sup>68</sup> [abortankenævnets-årsberetning-2021.pdf \(stpk.dk\)](#)

De placerer sig i kategorierne: medicinske forhold hos den gravide, forstermedicinske, etiske og sociale forhold.

Samtidig fastlægger sundhedsloven ikke en fast øvre grænse for sen abort. Dog sætter § 94, stk. 3 en begrænsning med det såkaldte 'levedygtighedskriterie', som siger, at hvis et foster antages at være levedygtigt, kan tilladelse til abort kun gives, hvis '*de i stk. 1, nr. 3<sup>69</sup>, nævnte omstændigheder med afgørende vægt taler for det*'. Efter denne grænse, kan der således alene gives tilladelse til sen abort på fostermedicinsk indikation, hvis det '*med afgørende vægt*' taler for det.

Måden, hvorpå lovgivningen for sen abort er formuleret, overlader dermed et betydeligt skøn til de regionale abortsamråd. Det betyder samtidig, at praksis fra abortsamrådene er afgørende for kvindens retstilling ift. spørgsmålet om sen abort.

I et videnskabeligt studie fra 2021 er 663 samrådsprotokoller fra 2015-2020 med afgørelser om sen abort gennemgået og fulgt op med interviews af medlemmer fra de forskellige regionale abortsamråd<sup>70</sup>. Overordnet fordeler afgørelserne sig på to hovedgrupper: social indikation (222 afgørelser) og fostermedicinsk indikation (432 afgørelser).

Studiet finder, at der er betydelige regionale forskelle i praksis. Således svinger afslagsprocenten fra 5% i én region til 17% i en anden region. Derudover ses det, at afslag på fostermedicinske ansøgninger til og med uge 22 er yderst sjældne. Samtidig er behandlingen af ansøgninger på fostermedicinsk indikation i vidt omfang automatiseret ud fra uformelle positivlister baseret på Ankenævnets praksis. Dette er dog noget Ankenævnet bestrider<sup>71</sup>.

I studiet ses ligeledes en forskel i praksis, dvs. hvordan sagerne blev behandlet, afhængigt af, om anmodningerne omhandlede ansøgninger på social indikation eller på fostermedicinsk indikation. Ifølge studiet er der derudover tilsyneladende etableret en praksis for, at der de facto ikke gives tilladelse til abort efter udgangen af uge 18 ved ansøgninger på social indikation. En grænse der, som nævnt, ikke er beskrevet i loven eller i lovens forarbejder.

Det beskrives i studiet, at Ankenævnet i sin praksis har fastlagt udgangen af uge 22 som levedygtighedsgrænse. Det vil sige, at der eksempelvis ikke er adgang til sen abort efter uge 22, heller ikke hvis graviditeten er en konsekvens af en kriminel handling som

<sup>69</sup> Dvs. der er fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse.

<sup>70</sup> Annika Frida Petersen og Janne Rothmar Herrmann; Abortsamrådenes hemmelige liv: Praksisanalyse af en Black Box forvaltning. Ugeskrift for Retsvæsen U.2021B.190 (2021)

<sup>71</sup> Det fremgår af Årsberetning 2021 fra Abortankenævnet at: '*På det seneste samrådsmøde i november 2021 blev det drøftet, at der ikke følges en praksis, hvorefter der efter udgangen af 18. graviditetsuge kun ganske undtagelsesvis kan gives tilladelse til abort efter sundhedslovens § 94, stk. 1, nr. 6. Der skal således i alle sager foretages en konkret vurdering, hvor også gestationsalderen indgår.*' <https://stpk.dk/nyheder/ny-arsberetning-fra-abortankenaevnet/>

voldtægt eller incest (§ 94, stk. 1, nr. 2) og understreger, at der ikke er hjemmel til at give tilladelse til abort på social indikation efter uge 22.

Studiet peger på betydelige regionale forskelle i abortsamrådenes afgørelser. Denne praksis udgør en risiko for, at abortlovgivningen, og dermed abortgrænserne, forvaltes forskelligt, alt efter hvor man bor. To kvinder med samme situation kan altså risikere at få forskellige afgørelser alt efter, hvilken region de ansøger i. Derudover er der opstået en praksis, hvor der sker en differentiering mellem de forskellige indikationer for abort og på den grænse, hvor der gives tilladelse til abort, afhængigt af indikationen for ansøgningen. Det bemærkes, at abortlovgivningen eller dennes forarbejde ikke beskriver en skelnen mellem de forskellige indikationer for abort.

## 7. Fosterdiagnostik

### 7.1. Formålet med fosterdiagnostik

Tilbud om fosterdiagnostiske undersøgelser er en del af svangreomsorgen i Danmark. I henhold til Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for svangreomsorgen"<sup>72</sup> er formålet med svangreomsorgen at bidrage til øget folkesundhed i Danmark ved at:

- barnet fødes raskt med størst muligt sundhedspotentiale
- kvindens helbred varetages i hele forløbet – før, under og efter graviditet og fødsel
- understøtte en sund og stærk familiedannelse
- styrke sundhedskompetencerne hos kommende forældre.

Formålet med tilbuddet om fosterdiagnostik er således, at opnå viden om graviditeten og om fosterets tilstand med henblik på at kunne planlægge et optimalt forløb for graviditet, fødsel og perioden efter fødslen. Såfremt de fosterdiagnostiske undersøgelser viser, at barnet vil få alvorlig sygdom eller handicap, kan denne viden være med til at sikre, at både sundhedspersonale og forældre kan være forberedte ved fødslen. Eksempelvis kan det planlægges, at den nødvendige lægefaglig ekspertise er til stede ved fødslen som det eksempelvis ses ved alvorlige medfødte hjertemisdannelser, som kræver akut behandling. Derudover får forældrene mulighed for at forberede sig mentalt og praktisk på at tage imod barnet. Endvidere giver undersøgelserne forældrene mulighed for at træffe et reproduktivt valg om at afbryde graviditeten, hvis der findes alvorlig sygdom eller alvorlige misdannelser hos fosteret.

Siden Sundhedsstyrelsen i 2004 udgav de første nationale retningslinjer for fosterdiagnostik til gravide i Danmark, har alle gravide fået tilbudt fosterdiagnostiske undersøgelser. En samtidig etablering af en national database har muliggjort løbende monitorering og kvalitetssikring af fosterdiagnostikken. Databasen danner desuden grundlag for forskning og udvikling, som har givet Danmark en fremtrædende rolle internationalt inden for viden om fosterdiagnostik.

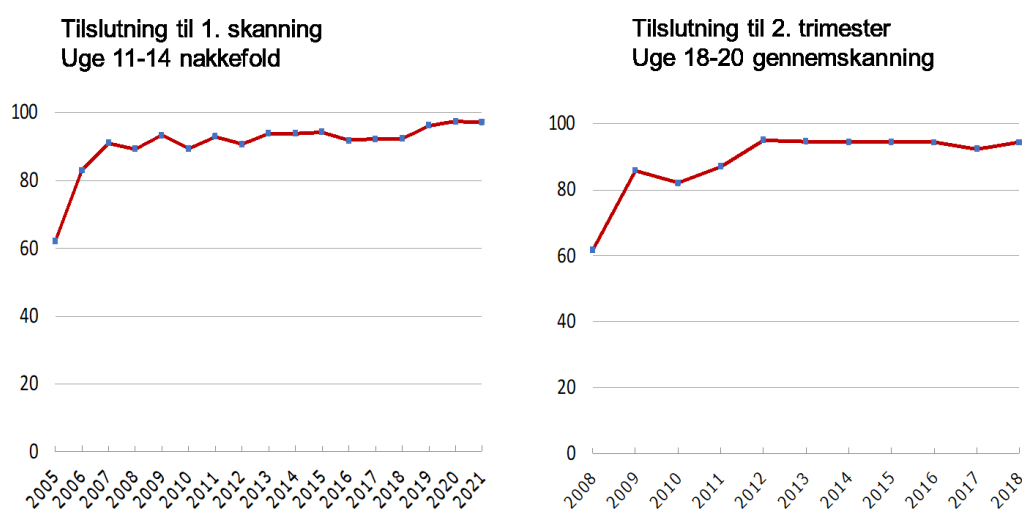
I 2017 blev retningslinjerne revideret, efter nye undersøgelsesmetoder var taget i brug i de foregående år. Med revisionen blev det understreget at fosterdiagnostik er et frivilligt tilbud, som gravide kan til- eller fravælge, og som skal bistå den gravide med at træffe et reproduktivt valg med afsæt i egne værdier, kultur og religion<sup>73</sup>. Med revisionen blev der indført en mere neutral terminologi, og det blev skrevet frem, at valget mellem at afbryde eller bevare graviditeten ved fund af alvorlig sygdom eller handicap hos fosteret er ligeværdige alternativer.

<sup>72</sup> [Anbefalinger for svangreomsorgen](#). Sundhedsstyrelsen 2021.

<sup>73</sup> [Retningslinjer for fosterdiagnostik](#). Sundhedsstyrelsen 2017, opdateret november 2020.

En stor styrke i det danske fosterdiagnostiske program er, at det fra starten har været et nationalt ensartet og offentligt tilbud. Undersøgelserne foretages af sundhedspersonale med ekspertise og internationale certificeringer i undersøgelsesmetoderne. Det fosterdiagnostiske undersøgelsestilbud er veletableret, velfungerende og har en høj deltagelsesprocent. Således har tilbuddene en tilslutning på omkring 97% (figur 7.1).

**Figur 7.1:** Tilslutningen til fosterdiagnostik i 1. trimester (venstre) og 2. trimester (højre).<sup>74</sup>



## 7.2. Det aktuelle generelle tilbud om fosterdiagnostiske undersøgelser

Gravide modtager, ved den første graviditetskonsultation hos den praktiserende læge, information om tilbuddet om fosterdiagnostiske undersøgelser, med henvisning til Sundhedsstyrelsens informationsmateriale herom. Det generelle fosterdiagnostiske tilbud inkluderer følgende undersøgelser i 1. og 2. trimester.

### 7.2.1. Skanning i 1. trimester

Undersøgelsen omfatter en ultralydsscanning i uge 11+2 til 14+1 og, hvis det ønskes, en sandsynlighedsberegning for kromosomafvigelse hos fosteret. 1. trimesterskanning tilbydes alle gravide, uanset om de ønsker en sandsynlighedsberegning for kromosomafvigelser eller ej.

<sup>74</sup> Data er baseret på Dansk Føtalmedicinsk Database (FØTO-databasen) under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). <https://www.dfms.dk/new-page-33> og 2: Tal fra alle landets afdelinger præsenteret på DFMS årlige nationale møde for arbejdsgruppe for 1. Trimester Skanning

Formålet med 1. trimesterskanningen er at:

- Bekræfte at der er et levende foster
- Undersøge om der er mere end ét foster
- Fastsætte terminsdatoen
- Undersøge for de alvorlige misdannelser af fosteret, som kan konstateres tidligt i graviditeten
- Eventuelt undersøge sandsynligheden for, at barnet har en kromosomafvigelse, som for eksempel Downs syndrom

### 7.2.2. Skanning i 2. trimester

Undersøgelsen omfatter en ultralydsskanning i uge 19 til 20. da undersøgelsen på dette tidspunkt er mest pålidelig med hensyn til at påvise misdannelser.

Formålet med 2. trimesterskanningen er at:

- Undersøge, om fosteret vokser og udvikler sig normalt
- Undersøge fosteret for medfødte misdannelser eller tegn på kromosomafvigelse
- Bestemme moderkagens placering

Endvidere skal der tages hensyn til, at den gravide skal have mulighed for yderligere information, supplerende undersøgelser og betænkningstid vedr. mulighed for at afbryde graviditeten i de tilfælde, hvor der er alvorlige abnorme fund.

### 7.2.3. Supplerende prænatale undersøgelser i fosterdiagnostikken

Såfremt der ved ultralydsskanningerne i 1. eller 2. trimester findes misdannelser eller andre alvorlige afvigende fund, som kan tyde på en kromosomafvigelse hos fosteret, eller hvis der er alvorlige arvelige sygdomme i familien, kan det tilbydes forskellige supplerende undersøgelser. Fælles for dem er, at det ofte er avancerede undersøgelser med relativt lange svartider.

#### *Prænatale genetiske undersøgelser*

- Moderkageprøve eller fostervandsprøve:

Baseret på en moderkageprøve (kan foretages fra uge 11) eller fostervandsprøve (kan foretages fra uge 17) kan der, efter individuel vurdering, foretages kromosomundersøgelse ved anvendelse af forskellige metoder.

- Chromosomal microarray (CMA), som aktuelt er standardanalysen. Svartiden er 7 hverdage.
- Exom-og genom-undersøgelser, udvidede genetiske undersøgelser. Anvendes i tiltagende omfang og giver mulighed for forbedret diagnostik af alvorlige genetiske sygdomme. Svartiden er minimum 2-3 uger.

- Blodprøve fra den gravide, Non-Invasive Prenatal Testing (NIPT). Metoden er baseret på, at der kan findes arvemateriale fra fosteret i den gravides blod. Det anbefales at denne først tages efter 1. trimesterskanningen.

NIPT kan detektere ca. 99% af de tilfælde, hvor fosteret har Downs syndrom, mens følsomheden for detektion af andre kromosomafvigelser er afhængig af både metode og hvilken kromosomafvigelse, der er tale om. Ved NIPT kan der altså endnu ikke laves en lige så detaljeret undersøgelse som ved moderkageprøve/fostervandsprøve. I modsætning til moderkageprøve og fostervandsprøve er NIPT endvidere ikke en diagnostisk test, men en sandsynlighedsberegning. Hvis der ved NIPT findes øget sandsynlighed for en kromosomafvigelse, og den gravide overvejer at afbryde graviditeten, skal diagnosen derfor bekræftes ved en moderkageprøve eller fostervandsprøve.

- Svartiden på NIPT er aktuelt 10-14 hverdage. Hertil skal lægges svartid på evt. moderkageprøve (op til 7 hverdage) hvis resultatet af NIPT viser høj sandsynlighed for kromosomafvigelse. Det betyder, at NIPT hovedsagelig kan anvendes i 1. trimester, da man ved prøver i 2. trimester sjældent kan nå at give svar på undersøgelsen før graviditeten er så fremskredet, at man ikke kan gennemføre en abort.

#### **7.2.4. Andre billeddiagnostiske undersøgelser end ultralydsskanning**

MR-scanning af fosteret anvendes i tiltagende omfang, især som supplerende undersøgelse af fosterets centralnervesystem, men også af andre organsystemer. Opløseligheden ved MR-scanning er aktuelt lavere end ved ultralydsskanning, hvorfor metoden ikke på nuværende tidspunkt er anvendelig i 1. trimester. Svar på MR-skanning foreligger oftest inden for en uge.

### **7.3. Fosterdiagnostik og reproduktive valg**

Som nævnt er en del af formålet med tilbuddet om fosterdiagnostik, at give forældrene mulighed for at træffe et reproduktivt valg, baseret på viden om graviditeten og fosterets tilstand.

De tidspunkter, hvor undersøgelserne kan foretages, bevirker imidlertid, at svarene først foreligger efter udgangen af uge 12, hvilket medfører at kvinden ikke kan træffe sit reproduktive valg uden at få tilladelse fra et abortsamaråd. Ifølge Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi drejer det sig om mere end 94% af svarene.<sup>75</sup> Hovedparten af

<sup>75</sup> Baseret på [dataudtræk fra Region H's Regionale Astraia-database, 1.500.000 undersøgelser af 293.000 gravide. Dataudtræk foretaget af Olav Bjørn Petersen](#)

ansøgningerne om tilladelse til abort baseret på misdannelser eller kromosomafvigelser ligger i ugerne umiddelbart efter 1. trimesterskanningen.

Samlet set betyder det, at på det tidspunkt, hvor fosterdiagnostikken foretages, kan den gravide selv bestemme, om hun vil have foretaget undersøgelserne, mens det reproduktive valg ikke er den gravides beslutning alene, men kræver abortsamrådets godkendelse

## 7.4. Udvikling i fosterdiagnostik

Der fremsættes af og til bekymringer om, at nye diagnostiske metoder kan medføre, at flere fravælger et foster, fordi man ikke ønsker et sygt eller handicappet barn. Nedenfor gennemgås de væsentligste fosterdiagnostiske undersøgelser og overvejelser om konsekvenser ved ændret abortgrænse.

### 7.4.1. Fosterdiagnostiske metoder

Der er hastig teknologisk udvikling inden for fosterdiagnostikken, både inden for ultralydsapparat og især mht. genetiske metoder. Siden 2005 har man kunnet foretage molekylærgenetisk screening af hele fosterets arvemateriale med CMA-teknik (Chromosomal Microarray Analysis), en teknik der blev implementeret som nationalt tilbud i DK i 2013<sup>76</sup>. Siden 2012 har man ved at undersøge fosterets arvemateriale (ved helgenom sekventering) kunnet undersøge fosteret for arvelige, genetiske eller medfødte sygdomme. Teknikken med helgenom sekventering er blevet anvendt i Danmark siden 2016, som en supplerende genetisk test ved fund af visse misdannelser hos fosteret<sup>77</sup>, og er siden 2021 anbefalet i en national guideline<sup>78</sup>. Siden januar 2023 har der desuden været mulighed for, efter individuel lægefaglig vurdering, at sende prøver til helgenom sekventering på Nationalt Genom Center (NGC)<sup>79</sup>.

Allerede i 1997 påviste man dele af fosterets arvemateriale i form af DNA-fragmenter i en blodprøve fra moderen<sup>80</sup>. Det blev afsæet for en vidtfavnende udvikling inden for NIPT, hvor man bl.a. har formået at kortlægge hele fosterets arvemateriale, frem for blot enkelte kromosomafvigelser. En dansk undersøgelse fra 2023<sup>81</sup> har imidlertid vist, at selvom det er 13 år siden, at det var muligt at kortlægge hele fosterets arvemateriale gennem en blodprøve fra moderen ved hjælp af NIPT, er det stadig meget langt fra at blive klinisk implementeret.

<sup>76</sup> Ekelund C, Fagerberg C, Kjærgaard S, Lundstrøm M, Nørgaard LN, Skibsted L, et al. Prænatal array-CGH (Comparativ Genomisk Hybridisering). DFMS Guideline: DFMS, 2013.

<sup>77</sup> Becher N, Andreassen L, Sandager P, Lou S, Petersen OB, Christensen R, et al. Implementation of exome sequencing in fetal diagnostics-Data and experiences from a tertiary center in Denmark. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2020;99:783-90

<sup>78</sup> Pedersen LH, Becher N, Gadsboll K, Hjortshøj TD, Lou S, Miltøft CB, et al. Anvendelse af exom-sekventering (WES) og helgenom-sekventering (WGS) i prænatal diagnostik. In: DFMS, (ed). DFMS Guideline: DFMS, 2021

<sup>79</sup> Vogel I, Becher N, Balslev-Harder M, Hjortshøj TD, Hvidbjerg MS, Lou S, et al. DFMS Guideline: Anvendelse af exom-sekventering (WES) og helgenom-sekventering (WGS) i prænatal diagnostik. In: DFMS, (ed). DFMS Guideline: DFFMS, 2023

<sup>80</sup> Lo YM, Corbetta N, Chamberlain PF, Rai V, Sargent IL, Redman CW, et al. Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum. *Lancet*. 1997;350:485-7

<sup>81</sup> Hatt L, Ravn K, Dahl Jeppesen L, Hestbek Nicolaisen B, Baasch Christensen I, Singh R, et al. How does cell-based non-invasive prenatal test (NIPT) perform against chorionic villus sampling and cell-free NIPT in detecting trisomies and copy number variations? A clinical study from Denmark. *Prenatal diagnosis*. 2023



I Danmark er der mange års erfaring med nye fosterdiagnostiske metoder, der har og potentielt kan ændre klinisk praksis. For nogle af disse er der tilsvarende lang erfaring med implementering. Af forskellige årsager er det dog ikke alle nye teknikker, der bliver implementeret i klinisk praksis i Danmark.

#### 7.4.2. Implikationer af fosterdiagnostik for abort

Selvom forbedring af eksisterende og fremkomst af nye undersøgelsesmetoder i de kommende år forventeligt vil skabe nye muligheder inden for fosterdiagnostik, har vi allerede i en del år haft adgang til detaljeret viden om fosterets helbredstilstand, køn mv. Selvom nye fosterdiagnostiske muligheder løbende har givet yderligere viden om fosterets helbred, har vi fortsat observeret, at antallet af aborter er faldet og bliver foretaget tidligere i graviditeten. Således viser data fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi et fald i antallet af aborter før udgangen af uge 12<sup>82</sup>. Data fra Abortankenævnet viser, at antallet af anmodninger om sen abort, har været stort set konstant i perioden 2014-2021<sup>83</sup>.

Flertallet af misdannelser hos fosteret påvises i dag ved 2. trimesterskanningen i uge 19-20, hvor en detaljeret gennemgang af hele fosterets anatomi og vækst er mulig. På baggrund af disse fund er der gravide, der ønsker at afbryde graviditeten.

Det er for nuværende ikke muligt at foretage 2. trimesterskanningen tidligere i graviditeten, hvilket skyldes forskellige fysiske forhold hos den gravide og fosteret. Derfor er det ikke muligt at foretage en gennemskanning af fosteret i eksempelvis uge 16 med samme kvalitet som i uge 20. I lande hvor abortgrænsen ligger senere, bliver gennemskanning af fosteret ofte foretaget endnu senere end i Danmark, mellem uge 20 og 23, med henblik på at opnå højere detektionsrater for medfødte misdannelser.

Hvis man tilbyder helgenom sekventering af en fostervandsprøve til alle gravide med tegn på misdannelser ved 2. trimesterskanningen, kan det resultere i, at flere får diagnosticeret en alvorlig genetisk årsag til fosterets misdannelser. Det er dog væsentligt at påpege, at de fleste valg om at få en abort på fostermedicinsk baggrund i dag foretages alene på baggrund af fund ved ultralydsskanningen og altså uden supplerende genetiske undersøgelser. En genetisk undersøgelse med helgenomsekventering vil blot give kvinden et mere sikkert grundlag at træffe beslutningen på end det, der kan opnås ved ultralydsskanning og moderkage- eller fostervandsprøve. Det er dog vigtigt at understrege, at der også ved genetiske undersøgelser kan være usikkerheder ift. om eventuelle sygdomme præsenterer sig og i hvor alvorlig grad.

<sup>82</sup> Oplæg fra Annemette Lykkebo til høring i Folketinget om abortgrænsen 26/4 2023 [LIJ, Alm.del - 2022-23 \(2. samling\) - Bilag 52: Power point præsentationer fra LIJs og SRSRs åbne høring den 26/4-2023 om abortgrænsen / Folketinget \(ft.dk\)](#)

<sup>83</sup> Knudsen AL. Årsberetning 2021 Abortankenævnet. In: STPS, (ed). Aarhus: Styrelsen for Patientklager, 2022

### 7.4.3. Overvejelser vedr. fosterdiagnostik og fravalg af et foster/en graviditet på baggrund af fosterets køn

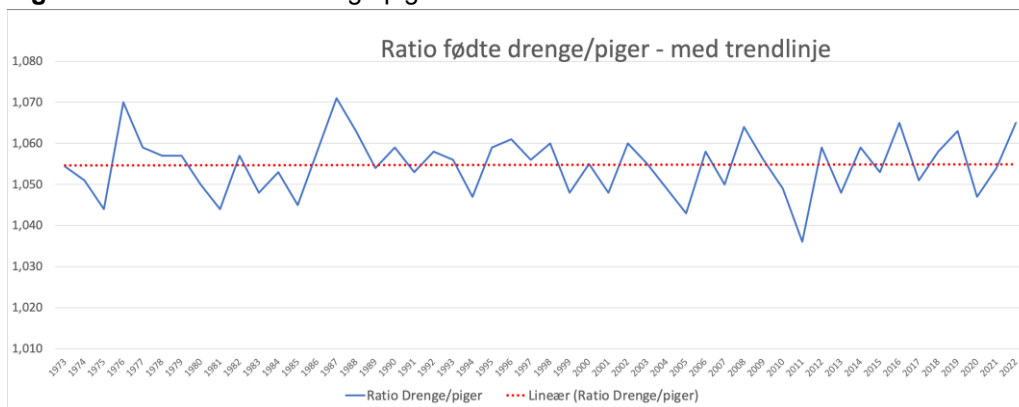
Der fremsættes ind imellem bekymringer for, at der ved ændring af abortgrænsen opstår mulighed for at kende fosterets køn på et tidspunkt, hvor der er mulighed for at vælge fosteret/graviditeten fra på baggrund af fosterets køn.

Viden om fosterets køn før den nuværende abortgrænse er dog allerede tilstede, og har været det i flere år. Siden 1997 har man kunnet bestemme fosteret køn allerede i 1. trimester i uge 8-10 ved genetiske tests på en blodprøve fra moderen og siden 1999 har man kunnet foretage kønsbestemmelsen ved en ultralydsskanning i 1. trimester<sup>84</sup>.

Kønsbestemmelse kan tilkøbes på de fleste private skanningsklinikker, fertilitetsklinikker og hos nogle privatpraktiserende gynækologer, og har været i salg i flere år. Der er ikke regulering eller kontrol af disse aktiviteter eller kvaliteten af prøverne hos private skanningsklinikker.

På trods af muligheden for tidlig kønsbestemmelse gennem mere end 10 år er der intet, der tyder på, at de danske gravide anvender denne viden til kønsselektion. Man kan således se, at forholdet mellem antal fødte drenge og piger i perioden 1973-2022 har været konstant<sup>85</sup>.

**Figur 7.2** Ratio for fødte drenge/piger 1973-2022. Data fra LPR.



<sup>84</sup> Efrat Z, Akinfenwa OO, Nicolaidis KH. First-trimester determination of fetal gender by ultrasound. *Ultrasound in obstetrics & gynecology* : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 1999;13:305-7

<sup>85</sup> Data fra LPR udtrykt af Steen Rasmussen og Øjvind Lidegaard 2023.

## 8. Adgang til abort for gravide under 18 år

For ugifte gravide under 18 år, der ønsker abort, kræves det som hovedregel, at indehaveren af forældremyndigheden samtykker. Sundhedslovens §99 stk. 2 giver dog under særlige omstændigheder mulighed for at få en abort uden forældresamtykke, fx hvis der er alvorlig risiko for, at den gravide vil lide psykisk eller fysisk overlast som følge af forældres eller værges reaktion. Sundhedslovens §99 stk. 3 giver desuden i særlige tilfælde mulighed for abort selvom forældremyndighedens indehaver nægter at samtykke. Egen læge, eller en anden læge efter eget valg, vil i så fald assistere den gravide med at søge tilladelse, da man som mindreårig ikke selv kan søge om abort. I processen indkaldes den gravide typisk til en samtale med en socialrådgiver eller eventuelt en psykiater.

Indehavere af forældremyndigheden kan ikke tvinge en gravid til at få foretaget en abort.

### Sundhedsloven om svangerskabsafbrydelse for unge under 18 år

**§ 99.** Er den gravide under 18 år, og har denne ikke indgået ægteskab, skal forældremyndighedens indehaver samtykke i anmodningen.

*Stk. 2.* Samrådet kan, når omstændighederne taler derfor, tillade, at samtykke efter stk. 1 ikke indhentes. Samrådets afgørelse kan af den gravide indbringes for ankenævnet.

*Stk. 3.* Samrådet kan, når omstændighederne taler derfor, tillade svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion, selv om samtykke efter stk. 1 nægtes. Samrådets afgørelse kan indbringes for ankenævnet af den gravide eller forældremyndighedens indehaver.

Dansk lovgivning giver på forskellige områder børn og unge forskellige rettigheder ift. beslutninger vedr. deres egne forhold. Graden af selvbestemmelse går fra høringsret over medbestemmelsesret til selvbestemmelsesret. Hvor der gælder høringsret, har forældre eller myndigheder pligt til at høre barnet, inden der træffes afgørelse. På områder med medbestemmelsesret, er barnets medvirken nødvendig for, at forældre eller myndighed kan træffe en afgørelse. Aldersgrænsen på områder med medbestemmelsesret er typisk 12 eller 15 år. Endelig er der områder med selvbestemmelsesret, hvor barnet selv kan bestemme, uden at skulle inddrage forældre.

Efter Sundhedsloven, er det den almindelige regel, jf. §17, stk. 1, at en patient, der er fyldt 15 år, selv kan give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal som udgangspunkt have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen. Aldersgrænsen på 15 år er fastlagt ud fra den betragtning, at den unge da typisk er moden nok til at kunne forstå og overskue konsekvenserne af henholdsvis at modtage eller ikke modtage en tilbudt behandling. Sundhedspersonalet skal i den sammenhæng være særligt opmærksom på Sundhedslovens skærpede regler om information og samtykke, for personer under 18 år, således at der skal foretages en individuel vurdering, en såkaldt modenhedsvurdering, af om vedkommende er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen.

Selvbestemmelsesretten ift. at samtykke til eller afvise behandling, er som hovedregel i sundhedsloven ganske omfattende og vidtgående. Det betyder, at barnet over 15 år som udgangspunkt skal samtykke til alle typer af behandlinger fra fx vaccinationer til medicinsk behandling og kirurgi. Selv i situationer, hvor behandlingen er livsnødvendig, har barnet ret til at afvise behandling.

### Sundhedslovens bestemmelse om samtykke for mindreårige

**§ 17.** En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. § 16, og inddrages i den mindreåriges stillingtagen.

Stk. 2. Såfremt sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at patienten, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke.

Stk. 3. En patient, der er fyldt 15 år, kan træffe beslutning om anvendelse af biologisk materiale og genetiske oplysninger, der er udledt af biologisk materiale, efter bestemmelserne i §§ 28-35. En patient, der er fyldt 15 år, er endvidere berettiget til aktindsigt efter bestemmelserne i §§ 36-39 og kan give samtykke til videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v. efter bestemmelserne i § 41, stk. 1, § 42 a, stk. 3, § 42 d, stk. 1, § 43, stk. 1, og § 51, stk. 4.

Stk. 4. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om forældremyndighedens indehavers informerede samtykke i forbindelse med behandling af børn og unge i den undervisningspligtige alder ved sundhedsplejerske, herunder form og indhold af samtykket.

Stk. 5. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om forældremyndighedens indehavers informerede samtykke i forbindelse med behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje, herunder form og indhold af samtykket.

Stk. 6. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte nærmere regler om fravigelse af kravet om informeret samtykke i forbindelse med behandling af børn og unge ved den kommunale tandpleje.

Stk. 7. Sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om forudgående og efterfølgende information til forældremyndighedens indehaver.

Overordnet finder Sundhedsstyrelsen ikke, at der er sundhedsfaglige årsager, der tilsiger, at man bør undlade at give unge over 15 år mulighed for at få abort uden forældrenes samtykke. I sundhedsvæsenet er der således betydelig erfaring gennem årtier med brug af samtykke hos de 15-17-årige. Derudover kan de 15-17-årige allerede i dag træffe øvrige reproduktive valg som fx brug af p-piller, fortrydelsespiller eller fx at fortsætte en graviditet.

I Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., fremgår det generelt at patienter, der er fyldt 15 år, skal informeres og normalt også deres forældre. Det gælder også i forhold hvor den der er fyldt 15 år, selv kan give samtykke til behandling. Hvorvidt forældrene skal informeres om 15-17-årige patienter beror på en konkret vurdering ud fra bl.a. alvorlighed af sygdom og behandling, barnet modenhed og behovet for opfølgning i hjemmet, herunder udøvelsen af forældrenes omsorgspligt. Der kan også i den konkrete situation være tungtvejende hensyn til den unge, som taler for at undlade at informere forældremyndighedens indehaver om oplysninger, som den mindreårige har givet sundhedspersonalet<sup>86</sup>. Lovgivningen indeholder allerede særlige undtagelser fra pligten til at informere forældrene til mindreårige børn. Det gælder fx lov om svangerskabsafbrydelse og lov om svangerskabshygiejne og fødselshjælp.

Personer under 18 år med ønske om abort, samt deres forældre, skal under alle omstændigheder have tilbud om rådgivende og støttende samtaler, før der eventuelt udføres abort.

<sup>86</sup> [Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. \(retsinformation.dk\)](#)

## 9. Mulige konsekvenser ved udvidelse af grænsen for fri abort

En udvidelse af den nuværende grænse for fri abort vil betyde, at den gravide selv kan træffe beslutning om at gennemføre eller afbryde graviditeten længere henne i graviditeten. Hvilken betydning det vil have for antallet af aborter, er vanskeligt at forudsige præcist og afhænger af, hvor grænsen i givet fald bliver sat. Det er også vanskeligt at forudsige, om en ændret grænse for fri abort vil påvirke fordelingen af aborter på hhv. fostermedicinsk og social indikation. Der er dog relevant viden at hente i danske data fra databaser og fra samrådspraksis. Derudover kan man trække på erfaringer fra andre lande, der har udvidet abortgrænserne.

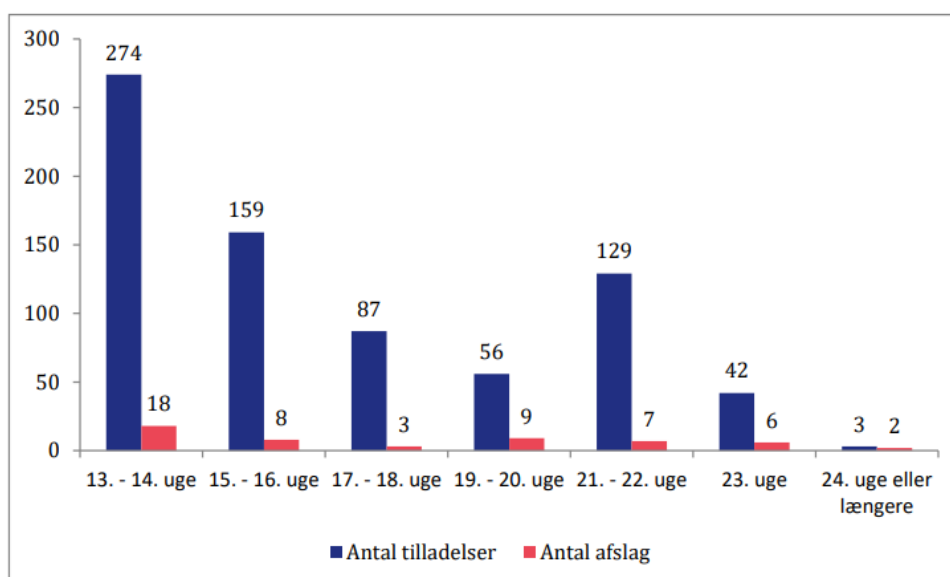
I Danmark og sammenlignelige lande, har der gennem de seneste årtier været en generel nedgang i antallet af aborter samt en udvikling mod, at aborterne foretages tidligere i graviditeten. Samme udvikling er set i lande, der har hævet grænsen for den fri abort, som eksempelvis Holland og Island, hvor erfaringerne viser, at der ikke er sket en stigning i antallet af aborter, efter grænsen for fri abort blev hævet. Det er Sundhedsstyrelsens forventning, at den nuværende tendens mod færre og tidligere aborter generelt vil fortsætte – også hvis det besluttet at hæve grænsen for den fri abort.

Med den nuværende praksis får langt hovedparten af de gravide, der anmoder om tilladelse til abort i abortsamrådet, tilladelse. Hvis det bliver besluttet at hæve grænsen for fri abort, er det derfor Sundhedsstyrelsens forventning, at det ikke i sig selv vil føre til betydeligt flere aborter – blot at beslutningen herom bliver truffet af den gravide selv og ikke af et abortsamråd. Det kan desuden betyde, at nogle gravide, der ellers skulle have afventet, at deres sag blev behandlet i abortsamrådet før de blev henvist til abortindgrebet, kan få foretaget aborten tidligere.

Nedenstående figur 9.1 viser antallet af tilladelser og afslag på abort efter udgangen af uge 12 givet af abortsamrådene i 2021. Figuren viser, at 274 gravide, som søgte om tilladelse til abort i uge 13-14, fik tilladelse til at afbryde graviditeten, mens 18 fik afslag. Figuren kan give et indtryk af, hvor mange flere aborter, man kan forvente, hvis grænsen for den fri abort hæves. Eksempelvis ville de 18 gravide, som fik afslag på deres anmodning om abort i uge 13-14, formentlig have gennemført en abort, hvis grænsen for fri abort var ved udgangen af uge 14. Desuden ville der være 274 kvinder, der ville kunne træffe beslutning om abort selv, uden at skulle have tilladelse af et abortsamråd. Der er dog en række usikkerheder, som skal nævnes i den sammenhæng. Blandt andet tager et lille antal gravide til udlandet for at få foretaget abort. Det kan skyldes, at de har fået afslag på abort fra samrådssystemet eller har en forventning om at få det, og derfor søger til udlandet. Derudover kan der være kvinder, der under de nuværende regler ønsker en abort, men ikke søger om tilladelse i forventningen om et afslag. Det vurderes dog, at begge tal vil være relativt små og ikke påvirke antallet af aborter væsentligt, hvis grænsen for fri

abort hæves. Endelig kan en udvidelse af grænsen for fri abort give ekstra betænkningstid til nogle, der er i tvivl, om de vil gennemføre eller afbryde en graviditet. Det kan både betyde, at nogle vælger at afbryde graviditeten, og kan træffe valg om det uden at ansøge abortsamrådet om det. Men det kan også betyde, at nogle vælger at gennemføre graviditeten og ikke føler sig nødsaget til at træffe beslutning om abort før grænsen for den fri abort.

**Figur 9.1:** Tilladelser og afslag på anmodninger om abort til de regionale abortsamråd i 2021, fordelt på graviditetslængde.<sup>87</sup>



Som det fremgår af figur 9.1, er der betydeligt flere ansøgninger om abort til abortsamrådene i ugerne efter hhv. 1.- og 2. trimesterskanningerne. Hvis man vælger at ændre grænsen for fri abort for at udvide den gravides reproduktive valg, kan det være relevant at tage timingen af de fosterdiagnostiske undersøgelser i betragtning. 1. trimesterskanningen gennemføres i ugerne 11+2 til 14+1. I nogle tilfælde vil man på baggrund af skanningen iværksætte øvrige fosterdiagnostiske undersøgelser, som det tager længere tid at få svar på. Derfor er det ikke alle gravide, der har nået at få svar på de fosterdiagnostiske undersøgelser før udgangen af uge 16, mens langt de fleste svar på eventuelt supplerende genetiske undersøgelser, fx ved fund af kromosomafvigelse eller misdannelser hos fosteret, vil foreligge før udgangen af uge 18. Ved en grænse for fri abort frem til udgangen af uge 18, vil der dog fortsat ikke være mulighed for frit at vælge afbrydelse af graviditeten ved fund af alvorlige misdannelser eller kromosomafvigelser diagnosticeret ved 2. trimesterskanningen. Resultaterne af skanningen i 2. trimester og evt. supplerende prænatale genetiske undersøgelser foreligger for langt de fleste i uge 22. Det kan fx være

<sup>87</sup> [Årsberetning 2021 Abortankenævnet](#), Styrelsen for Patientklager, 2022.

resultaterne af undersøgelser, der er iværksat på grund af tilfælde af kromosomafvigelse eller misdannelser hos fosteret, som først er konstateret ved 2. trimesterskanningen.

Visse misdannelser, fx udviklingsdefekter i fosterets hjerne, kan først endeligt bekræftes senere i graviditeten end uge 22. Dertil kommer øvrige meget alvorlige/dødelige misdannelser hos fosteret, som først er konstateret ved 2. trimester scanningen, og hvor der er behov for supplerende avancerede genetiske undersøgelser med længere svartid. Det er i den sammenhæng væsentligt at bemærke, at det i Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion<sup>88</sup> fremgår, at hvis der er gået mindst 22 fulde uger af graviditeten, betragter man juridisk fosteret som et barn. Deraf følger en række forpligtelser i Sundhedsloven og Ligsynsloven, der er gennemgået i kapitel 2. Hvis grænsen for den fri abort fastsættes til senere end udgangen af uge 22 er det desuden væsentligt at bemærke, at levedygtighed er en juridisk grænse for abort i den nuværende lovgivning. Selvom det fortsat er ekstremt risikofyldt for et foster at blive født i uge 23, stiger levedygtigheden for fostre, der bliver født i ugerne omkring denne grænse. I den forbindelse er det også værd at bemærke, at jo senere aborterne foretages, desto mere vanskeligt kan det være for personalet, der skal foretage aborten. Særligt belastende kan det være, hvis fosteret/barnet er potentielt levedygtigt. Det kan således være nødvendigt at overveje hensyn til det personale, der varetager aborterne, hvis det besluttet at hæve grænsen for fri abort.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at hvis man vælger at ændre grænsen for fri abort, er der forsat behov for, at der eksisterer et råd eller lignende, som har til opgave at vurdere anmodninger om afbrydelse af graviditet efter den fastsatte grænse for fri abort, fx ved meget alvorlige tilstande hos fosteret, som først erkendes sent i graviditeten. Alt efter hvordan en eventuel ny abortlovgivning formuleres, kan der være behov for at erstatte eller supplere de nuværende abortsamråd, både hvad angår sammensætning, organisation og det lovgivningsmæssige grundlag. Desuden kan man overveje, om der er indikation for at supplere samrådene med en rådgivende funktion til gravide, der overvejer abort.

<sup>88</sup> Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion. VEJ nr 25 af 04/04/2006. <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2006/25>



## 10. Sammenfatning

Antallet af aborter i Danmark har over de sidste mange år været faldende, og aborterne foretages tidligere og tidligere i graviditeten; 79% før uge 9. Abort er et sikkert indgreb i Danmark, uanset hvornår i graviditeten, det gennemføres. Generelt er der således sket en positiv udvikling på abortområdet siden indførelsen af fri abort i 1973. Særligt bemærkes det, at den frie abort ikke har medført en negativ glidning mod øget brug af abort, eller øget brug af sen abort, som led i familieplanlægning. Samtidig er der sket en sundhedsfaglig udvikling i anvendte teknikker m.v., som gør, at den nuværende grænse ved udgangen af uge 12 ikke kan begrundes sundhedsfagligt.

Sideløbende hermed har den store udvikling ift. fosterdiagnostiske tilbud og teknologier betydet, at grænsen ved udgangen af uge 12 reelt begrænser kvindens frie og informerede reproduktive valg, som særligt siden årtusindeskiftet er blevet fastlagt som universelt tilbud gennem Sundhedsstyrelsens retningslinjer m.v. Disse undersøgelser er indført med henblik på at understøtte en selvstændig stillingtagen til graviditet og abort, men de fleste svar på fosterdiagnostiske undersøgelser foreligger først efter grænsen for fri abort.

Det er Sundhedsstyrelsen vurdering, at hvis det beslutes at hæve grænsen for den fri abort, vil det hverken medføre betydeligt flere eller senere aborter. Det skyldes dels den observerede udvikling, hvor aborter foretages stadig tidligere i graviditeten, dels at langt hovedparten, som anmoder de regionale abortsamråd om tilladelse til abort, får tilladelse og dels erfaringer fra lande, der har ændret grænsen for den fri abort, og som ikke har observeret en efterfølgende stigning i antallet af aborter.

Hvis det beslutes at hæve grænsen for fri abort, er der forsat behov for, at der eksisterer et råd eller lignende, som har til opgave at vurdere anmodninger om afbrydelse af graviditet efter den fastsatte grænse for fri abort, fx ved meget alvorlige tilstande hos fosteret, som først erkendes sent i graviditeten.

Det kan konstateres, at der er betydelig variation i praksis på tværs af de fem regionale abortsamråd, hvor der i praksis sker en differentiering mellem de forskellige indikationer for abort og på den grænse, hvor der gives tilladelse til abort, afhængigt af indikationen for ansøgningen samt at praksis gennem tiden har bevæget sig ift. lovgivningen. Hvis det beslutes at ændre grænsen for fri abort, bør det samtidig vurderes om sammensætning, organisering og det lovgivningsmæssige grundlag for de regionale abortsamråd forsat er tidssvarende og relevant.

Det konstateres også, at der er en variation i organiseringen af tilbud til kvinder, der får foretaget en sen abort. Herunder er der i praksis forskelle i den vejledning og støtte, kvinden får tilbudt før og efter beslutningen om abort, afhængigt af, om aborten udføres på fostermedicinsk eller social indikation. Hvis det beslutes at ændre grænsen for fri abort,

kan der med fordel også ses på, om der er indikation for at identificere og tilpasse støtte-tilbud til kvinder med behov for en særlig indsats, uanset indikationen for abort.

For så vidt angår de abortsøgende kvinder under 18 år, kan det fremhæves, at der synes at være en retslig forskelsbehandling for abortsøgende kvinder ift. unge, der søger andre sundhedsydelse. Generelt fremgår det af dansk sundhedslovgivning og praksis at den unge fra det fyldte 15. år selv kan give informeret samtykke til behandling, og at der er vide rammer for denne selvbestemmelse, herunder også ift. andre reproduktive valg. Generelt praktiseres 15-17åriges samtykke til behandling i det danske sundhedsvæsen uproblematisk og med stor faglighed, og der kan ikke umiddelbart ses sundhedsfaglige årsager til, at dette ikke skulle kunne gælde for abort. Hvis loven ændres, så de 15-17årige selv kan samtykke til abort, bør der tages stilling til, om informationspligten skal gælde på samme måde som for øvrig sundhedsmæssig behandling af 15-17årige.

Endelig er det væsentligt at bemærke, at såfremt det besluttes at ændre lovgivning vedr. grænsen for fri abort, vil det være nødvendigt også at revidere lovgivningen vedr. fosterreduktion.

## Anvendte begreber

### *1. trimester*

Graviditetsuge 1 – 12 (0+0 til 11+6).

### *2. trimester*

Graviditetsuge 13 – 28 (12+0 til 27+6).

### *3. trimester*

Graviditetsuge 29 (28+0) og resten af graviditeten

### *Fri abort*

Legalt provokeret abort fremkaldt før den fastsatte grænse for fri abort. I Danmark er grænsen på nuværende tidspunkt udgangen af 12. graviditetsuge (uge 11+6).

### *Gestationsalder*

Graviditetslængden eller gestationsalderen (og dermed terminsdatoen) beregnes ud fra sidste menstruations første dag. Gestationsalderen bekræftes eller justeres ved ultralydsskanning i forbindelse med 1. trimesterskanningen eller forud for en abort.

### *Kirurgisk abort*

En metode til at afbryde en uønsket graviditet, som foregår ved en kirurgisk udskrabning af graviditetsvævet fra livmoderen.

### *Medicinsk abort*

En metode til at afbryde en uønsket graviditet, som foregår ved at den gravide får medicin, der sætter aborten i gang.

### *Provokeret abort*

Fremkaldt afbrydelse af en graviditet.

### *Reproduktive valg*

Reproduktive valg beskriver kvinders ret til at vælge, om de vil have børn eller ej, herunder, at de har ret til at beslutte, om de vil fortsætte eller afbryde en graviditet. Reproduktive valg indebærer også retten til at vælge, om de vil bruge prævention og deres foretrukne og præventionsmetode.

***Sen provokeret abort***

Abort fremkaldt efter grænsen for den fri abort. En afbrydelse af graviditeten efter udgangen af graviditetsuge 22 (21+6) betragtes efter de nuværende regler som en igangsat fødsel.

***Spontan abort***

Et foster som mistes uprovokeret inden udgangen af uge 22 (21+6), herefter kaldes tab af graviditeten for en dødfødsel. Det er fødselstidspunktet, der er afgørende for, om det er en abort eller en dødfødsel og ikke det tidspunkt, hvor fosteret konstateres dødt ved en eksempelvis en ultralydsskanning.

***Tidlig provokeret abort***

Abort fremkaldt før udgangen af graviditetsuge 12 (uge 11+6)

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥ + ●