

Årsrapport

2014

Samrådssekretariatet for svangerskabsafbrydelse,
fosterreduktion og sterilisation





Oversigtskort over Region Midtjylland samt de 19 kommuner, som er hjemmehørende her.¹

Rapporten er skrevet af en interessegruppe ved Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland:

Reservelæge Lærke Knud Damgaard
Reservelæge Emma Helledie
Lægefaglig ansvarlig for Abortsamrådssekretariatet Mila Kim
Socialfaglig koordinator Jette Sørensen
Sekretær Anette Kristensen

Fotos: Anette Larsen

Maj 2015

¹ Kilde: www.regionmidtjylland.dk

FORORD

Siden kommunalreformen trådte i kraft den 1. januar 2007 har Samrådet for svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation i Region Midtjylland varetaget behandlingen af ansøgninger om senabort, fosterreduktion og sterilisation.

Samrådssekretariatet varetager Samrådets administrative sagsbehandling i sager om fosterreduktion, fostermisdannelser og sterilisation samt den udredende behandling af ansøgninger om senabort på social indikation og abort uden forældremyndighedsindehavers samtykke. Herudover står sekretariatet til rådighed for den abortsøgende, regionens praktiserende læger, gynækologiske afdelinger, kommuner og øvrige samarbejdspartnere i forhold til at sikre information om sagsbehandling, råd og vejledning, årsopgørelser og statistikker, rettigheder og lovmæssige rammer på området.

Samrådssekretariatet er organisatorisk placeret i regionens socialmedicinske enhed Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering under CFK - Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. De abortsøgende kvinder modtages – som det eneste sted i landet – af en socialfaglig konsulent og en socialmedicinsk læge eller psykiater på en af afdelingens to afsnit i henholdsvis Aarhus og Herning. I bestræbelsen på en bred, helhedsorienteret vurdering af den abortsøgendes situation foretages en kombineret socialmedicinsk og socialfaglig udredning til belysning af sociale rammer og helbred, såvel fysisk som psykisk. Der udfærdiges en redegørelse for funktionsniveau, abortønske, øvrige ønsker og behov, forudsætninger, ressourcer og eventuelle begrænsninger. Den samlede vurdering foretaget i Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering bringes for Samrådet til afgørelse.

Siden 2007 er der blevet udgivet en abortårsrapport, som giver indblik i de sagstyper, der forelægges Samrådet, samt en redegørelse for antal og afgørelser i de forskellige sagstyper. Dette års rapport omhandler ydermere håndtering af sager om fostermisdannelser samt forløb og opfølgning af generelle sager om senabort.

Abortårsrapporten 2014 er udfærdiget af socialmedicinske uddannelseslæger tilknyttet Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Lærke Knud Damgaard og Emma Helledie i samarbejde med Samrådssekretariatets medarbejdere. Her foruden har antropolog og ph.d. Stina Lou Fleron og Samrådsmedlemmerne, overlæger i gynækologi Jane Boris og Mette Tobiassen bidraget til rapporten.

En stor tak skal rettes til ovennævnte for en velvillig, engageret og målrettet indsats, som har sikret denne rapports tilblivelse.

Mila Kim

Lægefaglig ansvarlig for Abortsamrådssekretariatet
Afdelingslæge Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering

SAMRÅDSSEKRETARIATET FOR SVANGERSKABSAFBRYDELSE, FOSTERREDUKTION OG STERILISATION, REGION MIDTJYLLAND

SAMRÅD 2015:

Gynækologiske medlemmer beskikket for 1 år:

- Susanne Ledertoug, overlæge gynækologi, Regionshospitalet Randers
- Charlotte Møller, overlæge gynækologi, Aarhus Universitetshospital Skejby
- Astrid Mamsen, overlæge gynækologi, Regionshospitalet Horsens
- Mette Tobiassen, overlæge gynækologi, Regionshospitalet Horsens
- Jane Boris, overlæge gynækologi, Regionshospitalet Herning
- Jeannette Marie Bing Lauritzen, overlæge gynækologi, Regionshospitalet Herning

Psykiatriske medlemmer beskikket for 1 år:

- Birgitte Hvidbjerg, overlæge psykiatri, Regionspsykiatrien i Herning
- Inger Lerche Poulstrup, overlæge psykiatri, Ambulant Psykoseenhed, Risskov
- Peter Møller Andersen, overlæge psykiatri, Aarhus Universitetshospital Risskov, Afdeling N
- Jørgen Tybjerg, overlæge psykiatri, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Aarhus, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Juridiske/socialfaglige medlemmer beskikket for 1 år:

- Anne Marie Thyrring, fuldmægtig, cand.jur., Region Midtjylland – Tjenestested i egenskab af samrådsmedlem: Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Jakob Abild Lawaetz, fuldmægtig, cand.jur., Region Midtjylland – Tjenestested i egenskab af samrådsmedlem: Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Jette Sørensen, socialkonsulent, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Aarhus, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Anette Larsen, socialrådgiver, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Aarhus, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Helle Jessen Tornemand, socialrådgiver, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Herning, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Her foruden er dommer Mette Søgaard Vammen, Retten Aarhus, beskikket. Se herom i afsnit om sterilisation.

SAMRÅDSSEKRETARIAT 2015:

Medarbejdere er:

- Mila Kim, afdelingslæge, speciallæge i almen medicin, lægefaglig leder
- Jette Sørensen, socialkonsulent, samrådsmedlem
- Anette Larsen, socialrådgiver, stedfortrædende sagsbehandler, samrådsmedlem
- Helle Jessen Tornemand socialrådgiver, stedfortrædende sagsbehandler, samrådsmedlem
- Anette Kristensen, sekretær

INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	3
SAMRÅDSSEKRETARIATET FOR SVANGERSKABSAFBRYDELSE, FOSTERREDUKTION OG STERILISATION	4
Samråd 2015	4
Samrådssekretariat 2015	4
1 SAMRÅDET FOR SVANGERSKABSAFBRYDELSE, FOSTERREDUKTION OG STERILISATION.....	7
1.1 Samrådets placering i Region Midtjylland	7
1.2 Samrådets opgaver.....	7
1.3 Samrådets sammensætning	7
1.4 Samrådssekretariatet.....	8
2 SAMRÅDETS SAGSARBEJDE	9
2.1 Sagsbehandling	9
2.2 Samrådets møder	9
2.3 Fælles samrådsmøder og møder med Ankenævnet	9
2.4 Den praktiske sagsgang	9
2.4.1 Sager om fosterskader.....	9
2.4.2 Sager på social indikation	9
2.5 Sager om fosterskader (misdannelser, genfejl)	10
2.6 Sager på social indikation	10
2.7 Sager om fosterreduktion.....	10
2.8 Sager om sterilisation – den 1. september 2014 trådte ændrede regler om sterilisation i kraft	10
2.9 Database.....	11
3 SAMRÅDETS VIRKSOMHED	11
3.1 Samrådets samlede virksomhed i perioden 2007-2014.....	11
3.2 Tilladelser i sager om svangerskabsafbrydelse i 2014	13
3.3 Ansøgninger om senabort på social indikation § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6	14
3.3.1 Demografien blandt ansøgerne på social indikation § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6.....	15
3.3.2 Geografien blandt ansøgerne på social indikation § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6.....	15
3.3.3 Årstidsvariationen blandt ansøgerne på social indikation § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6.....	15
3.3.4 Årsager til ansøgning om svangerskabsafbrydelse på social indikation § 94, stk. 1, nr. 6.....	16
3.3.5 Tilladelser til senabort på social indikation fordelt efter graviditetslængden 2007-2014... ..	17
3.4 Svangerskabsafbrydelse uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren til unge under 18 år.....	18
3.5 Ansøgninger om tilladelse til senabort grundet fosterskader § 94, stk. 1, nr. 3	19
3.5.1 Tilladelser til senabort pga. fosterskader fordelt efter graviditetslængde 2007-2014	20

3.6 Sager om fosterreduktion.....	21
3.7 Sager om sterilisation	22
3.8 Ansøgninger om senabort fordelt på graviditetslængde	23
3.9 Afslag i abort- og sterilisationssager	23
3.9.1 Afslag på social indikation.....	23
3.9.2 Afslag i fosterskadesager.....	24
3.9.3 Afslag i fosterreduktion og sterilisationssager.....	24
3.10 Underretninger 2014	24
4 SAMRÅDETS ØVRIGE VIRKSOMHED	25
4.1 Temamøder med hospitalerne	25
4.2 Samarbejde med de øvrige regioner i Danmark	25
4.3 Informationsmateriale	25
4.4 Samfundsmedicinsk årsmøde 2015	25
5 ANKENÆVNETS VIRKSOMHED	25
5.1 Ankenævnet i sager om svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation.....	25
5.2 Ansøger anker afgørelsen	25
5.3 Sager sendt til rutinemæssigt gennemsyn	26
5.4 Ankenævnets øvrige virksomhed.....	26
5.5 Ankesager i 2012	26
6 SAMMENFATNING	27
7 LITTERATURLISTE OG NYTTIGE LINKS	28
8 TAKSIGELSER	29
9 BILAG	30
9.1 Når nakkefoldsscanningen viser forhøjet risiko	30
9.2 Det kliniske forløb efter samrådstilladelse til abort.....	31
9.3 Samrådsmedlemmernes rolle	33
9.3.1 Juristens rolle i Samrådet	33
9.3.2 Psykiaterens rolle i Samrådet	33
9.3.3 Gynækologens rolle i Samrådet.....	33
9.3.4 Neurologens rolle i erklæringer i Samrådet	34
9.4 Støtte efter abort	35
9.4.1 Henvisninger til psykolog	36
9.4.2 Gynækologisk afdeling.....	36
9.4.3 Praktiserende læge.....	36
9.4.4 Mødrehjælpen.....	36
9.5 Sundhedsloven	38
9.5.1 Afsnit VII.....	38
9.5.2 Afsnit VIII.....	39

1 SAMRÅDET FOR SVANGERSKABSAFBRYDELSE, FOSTERREDUKTION OG STERILISATION

Med virkning fra 1. januar 2007 er bestemmelserne om svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation overført til Sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 5. februar 2008), hvor reglerne om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion findes i afsnit VII (§§ 92-103) og reglerne om sterilisation i afsnit VIII (§§ 104-114). Det samlede lovgrundlag kan ses sidst i rapporten.

1.1. Samrådets placering i Region Midtjylland

Samrådet ved Region Midtjylland består af et sekretariat placeret i Sundhedsstaben i CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering i Aarhus.

Direktionen indstiller på grundlag af forslag fra Samråd og Samrådssekretariat lægelige og juridiske medlemmer til beskikkelse af Sundhedsministeren. Jf. § 97, stk. 4 i Sundhedsloven beskikkes Samrådsmedlemmerne af ministeren for indtil fire år ad gangen.

Regionen afholder Samrådsmedlemmernes honorar med fuld refusion fra staten. Samrådene er således et statsorgan, der sekretariatsbetjenes af de enkelte regioner.

1.2. Samrådets opgaver

Efter Sundhedslovens § 97, stk. 1 opretter Sundhedsministeren for hver region et eller flere Samråd, der afgør sager efter lovens:

- § 94 – misdannelser (§ 94, stk. 1, nr. 3) og sociale ansøgninger m.v. (§ 94, stk. 1, nr. 6, sammenfatning af nr. 1-2 og 4-6)
- § 95, stk. 2 og 3 – fosterreduktion
- § 98, stk. 2 – abortsager vedrørende udviklingshæmmede ansøgere samt
- § 99, stk. 2 og 3 – unge under 18 år.

Efter Sundhedslovens § 108 behandler Samrådene endvidere ansøgninger om sterilisation efter lovens § 106, stk. 2 og §§ 107, 110 og 111. – Ny lov er trådt i kraft 1. september 2014.

1.3 Samrådets sammensætning

Samrådene består af tre medlemmer.

- En speciallæge i gynækologi, så vidt muligt ansat ved et af regionens hospitaler
- En speciallæge i psykiatri
- Et medlem, der har juridisk eller social uddannelse

Til Samrådet for svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation i Region Midtjylland har Sundhedsstyrelsen på nuværende tidspunkt beskikket i alt 15 personer:

- 6 speciallæger i gynækologi
- 4 speciallæger i psykiatri
- 2 jurister
- 3 socialfaglige medarbejdere

Ved Samrådsmøderne deltager således en person fra hver gruppe.

Som gynækologiske medlemmer var følgende beskikket i 2014:

- Anni Holmskov, Regionshospitalet Viborg
- Susanne Ledertoug, Regionshospitalet Randers
- Charlotte Møller, Aarhus Universitetshospital, Skejby
- Astrid Mamsen, Regionshospitalet Horsens

- Mette Tobiassen, Regionshospitalet Horsens

Som psykiatriske medlemmer var følgende beskikket i 2014:

- Birgitte Hvidbjerg, Regionspsykiatrien i Herning
- Inger Lerche Poulstrup, Ambulant Psykoseenhed, Risskov
- Peter Møller Andersen, Aarhus Universitetshospital Risskov, Afdeling N
- Charlotte Freund, Klinik for Personlighedsforstyrrelser, Risskov

Som juridiske/socialfaglige medlemmer var følgende beskikket i 2014:

- Vibeke Rathje, fuldmægtig, cand.jur., Region Midtjylland - Tjenestested: Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Anne Marie Thyrring, fuldmægtig, cand.jur., Region Midtjylland - Tjenestested: Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Jette Sørensen, socialkonsulent, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Aarhus, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Anette Larsen, socialrådgiver, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Aarhus, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
- Helle Jessen Tornemand, socialrådgiver, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, Herning, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Her foruden var dommer Mette Søgaard Vammen, Retten Aarhus, beskikket. Se herom i afsnittet under sterilisation.

Samrådet afholder så vidt muligt ordinært møde én gang ugentlig. I sager vedrørende foster misdannelser og fosterreduktioner afholdes der ad hoc Samråd, oftest samme dag som sagen modtages i sekretariatet.

1.4 Samrådssekretariatet

I Samrådssekretariatet er der en socialfaglig medarbejder med direkte tilknytning til arbejdet samt en lægefaglig leder. Den socialfaglige medarbejder er sagsbehandler i sager om sociale ansøgninger, sager vedrørende unge under 18 år og sterilisationssager vedrørende normalt begavede unge under 18 år og udviklingshæmmede.

Ligeledes består arbejdet i afregning af vederlag til Samrådets medlemmer, statistik, tilsynssager, journaloprettelse, koordinering mellem hospitaler, sekretariatet, Samråd og Ankenævn. Den socialfaglige medarbejder fungerer desuden som Samrådsmedlem på misdannelsessager og sager vedrørende fosterreduktioner samt som stedfortrædende socialt medlem af Samrådet. Det er dog vigtigt at pointere, at sagsbehandleren ikke fungerer som Samrådsmedlem og sagsbehandler i samme sag.

Medarbejderne i sekretariatet var i 2014:

- Ulrik Steen, overlæge, lægefaglig leder
- Jette Sørensen, socialkonsulent, samrådsmedlem
- Anette Larsen, socialrådgiver, stedfortrædende sagsbehandler, samrådsmedlem
- Helle Jessen Tornemand socialrådgiver, stedfortrædende sagsbehandler, samrådsmedlem
- Anette Kristensen, sekretær

2 SAMRÅDETS SAGSARBEJDE

2.1 Sagsbehandling

Sagsbehandlingen på abortområdet falder i to hovedformer:

- Abort på grund af fosterskader eller genfejl (§ 94, stk. 1, nr. 3)
- Abort på social indikation (§ 94, stk. 1, nr. 6 og § 99, stk. 2 og stk. 3)

2.2 Samrådets møder

Samrådet mødes normalt tirsdag eftermiddag, hvis der er sager til afgørelse. Voteringen foregår mundtligt, og tilladelse til svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion eller sterilisation forudsætter enighed.

2.3 Fælles Samrådsmøder og møder med Ankenævnet

Der har i perioden 2007-2014 været afholdt møde ca. én gang om året mellem Samrådet og Samrådssekretariatets sagsbehandlere. Foruden drøftelse af den praktiske tilrettelæggelse af arbejdet mellem Samrådet og Samrådssekretariatet er der mulighed for at gennemgå konkrete sager på disse møder. Det drejer sig om sager, som enten har principielle problemstillinger, eller som har givet anledning til særlige drøftelser i Samrådet. Hensigten med møderne er at koordinere arbejdet og sikre ensartethed i afgørelserne.

Endvidere deltager Samrådets medlemmer og sekretariat i møder med Ankenævnet, senest afholdt 17. november 2014 i Vejle.

2.4 Den praktiske sagsgang

En ny sag til Samrådet starter oftest på baggrund af en telefonisk henvendelse fra et hospital. Herfra modtager Samrådssekretariatet hospitalsjournalen og de nødvendige ansøgningsblanketter.

2.4.1 Sager om fosterskader

I sager om ansøgning om abort på grund af fosterskader og genfejl, beror sagsbehandlingen på at skaffe de nødvendige oplysninger fra hospitalets journal, egen læge, Klinisk Genetisk Afdeling eller andre, der har været i kontakt med den gravide, så oplysningerne kan forelægges Samrådet. Der er ikke direkte kontakt mellem ansøger og Samrådssekretariat. Det er ligeledes hospitalslægen, der efterfølgende sørger for, at ansøgeren bliver orienteret om Samrådets afgørelse.

2.4.2 Sager på social indikation

I de sager, hvor ansøgningen har en social baggrund, eller hvor ansøger er under 18 år og ønsker tilladelse til abort uden forældrenes inddragelse, indeholder sagsbehandlingen altid en samtale med ansøgeren. Under samtalen optages en social journal (anamnese), som danner baggrund for en omfattende sagsfremstilling til Samrådet.

Samtalerne foregår i Region Midtjylland som fællessamtaler med en socialfaglig medarbejder og en læge med socialmedicinsk baggrund. Der udfærdiges en faglig begrundet vurdering til Samrådet. Samtalerne finder sted i henholdsvis Aarhus eller Herning afhængig af ansøgers bopæl. I ganske særlige tilfælde er samtalen foregået andre steder, f.eks. ved misbrugscentre eller på hospitaler i regionen.

I enkelte tilfælde kan der være behov for en supplerende samtale ved psykolog eller psykiater med henblik på en uddybende beskrivelse af de psykiske forhold, diagnosticering af en eventuel psykiatrisk lidelse eller vurdering af selvmordstruede patienter. Her trækkes fortrinsvis på psykiatrisk bistand fra Samrådets medlemmer eller psykiater ansat ved Klinisk Socialmedicin &

Rehabilitering. Der har i 2014 været fire sager, hvor der ved samtalen med ansøger er benyttet psykiater sammen med socialkonsulent i stedet for sociallæge, og ved én samtale har der været benyttet psykolog.

Det har betydet, at der kun har været behov for at indhente én egentlig psykiatrisk vurdering i en sag, hvor Ankenævnet udbedte sig dette, før der kunne træffes endelig afgørelse i sagen.

I forbindelse med samtalen med sagsbehandler og læge informeres kvinden om støttemuligheder ved Mødrehjælpen, adgang til læge- og psykologsamtaler via Sygesikringen og om selve indgrebs karakter. Efter samtalen kan det blive nødvendigt at sende en underretning til kommunen, hvis der foreligger oplysninger, der kan give anledning til bekymring for kvinden, det ventede barn eller børn, der i forvejen er i hjemmet. I 2014 har Region Midtjylland fremsendt i alt 3 underretninger.

2.5 Sager om fosterskader (misdannelser, genfejl)

En ansøgning om tilladelse til abort på grundlag af misdannelser eller genfejl, (Sundhedslovens § 94, stk. 1, nr. 3) indledes typisk med en henvendelse fra den gynækologiske afdeling, hvor man ved scanning eller på anden måde har konstateret en misdannelse hos fosteret eller en forhøjet risiko for kromosomfejl. Hospitalet sender hospitalsjournalen og de nødvendige ansøgningsblanketter til Samrådssekretariatet, der sørger for den videre formidling til Samrådets medlemmer. En sag på medicinsk indikation, forventes afgjort og formidlet tilbage til hospitalet indenfor én maksimalt to arbejdsdage.

2.6 Sager på social indikation

I sager på social indikation (§ 94, stk. 1, nr. 6) eller sager om tilladelse uden forældreinddragelse ved unge under 18 år (§ 99, stk. 2) kontakter hospitalet som oftest Samrådssekretariatet, der giver tid for samtale i Aarhus eller Herning. Denne samtale finder typisk sted indenfor et par dage, hvorefter sagen bliver forelagt Samrådet. Afgørelsen træffes som hovedregel indenfor en uge. Ved ansøgning sent i graviditeten tilstræbes en kortere sagsbehandlingstid.

2.7 Sager om fosterreduktion

Efter Sundhedsloven gives tilladelse til fosterreduktion efter 12. graviditetsuge på følgende grundlag:

- Hvis indgrebet er nødvendigt for at afværge fare for kvindens liv eller helbred
- Hvis indgrebet formindsker risikoen for spontan abort af samtlige fostre
- Ved risiko for en alt for tidlig fødsel
- Hvis der er arvelige anlæg, misdannelser eller sygdom i fostertilstanden, der senere vil medføre alvorlig lidelse hos barnet

Der henvises til Sundhedslovens § 96. (Sundhedslovens § 95 omhandler fosterreduktion før 12. uge).

2.8 Sager om sterilisation – den 1. september 2014 trådte ændrede regler om sterilisation i kraft

Ændringerne betyder, at alle personer, der er fyldt 18 år, og som er habile, nu har fri adgang til sterilisation.

For personer der er fyldt 18 år men endnu ikke er fyldt 25 år kræves dog en refleksionsperiode på 6 måneder, før indgrebet må foretages. Refleksionsperioden træder i kraft fra det tidspunkt, hvor ansøger har været til indledende samtale på hospitalet.

Tilladelse fra Samrådet skal foreligge i følgende tilfælde:

- Såfremt personen er under 18 år
- Hvis personen på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden årsag er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet eller i tilfælde, hvor det er betænkeligt, at personen anmoder om sterilisation på egen hånd,

Der henvises til lovteksten i Sundhedsloven afsnit VIII.

I begge tilfælde forudsættes det, at:

- der på grund af arvelige forhold hos ansøgeren, dennes ægtefælle eller samlever er risiko for, at barnet vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse
- der på grund af fysiske eller psykiske forhold hos ansøgeren, dennes ægtefælle eller samlever er manglende forældreevne
- der af særlige grunde er risiko for, at ansøgeren ikke er i stand til at gennemføre et svangerskab, eller at barnet ikke vil blive levedygtigt, eller født med væsentlige beskadigelser
- de forhold, hvorunder ansøgeren og dennes familie lever, gør det påkrævet at undgå barnefødsel (samlet psykosocial belastning)

Der forudsættes desuden, at:

- de ovennævnte forhold har varig karakter
- at forebyggelse af graviditet ikke hensigtsmæssigt kan opnås på anden måde
- der kun må gives tilladelse til sterilisation af en person under 18 år, når ganske særlige forhold taler herfor

I sterilisationssager vedrørende udviklingshæmmede individer rekvireres en neurologisk speciallægeerklæring til vurdering af forældreevne og eventuel mulighed for senmodning.

Region Midtjylland har tilknyttet to neurologer henholdsvis Morten Kraft, Risskov og Einar Bech, Viborg. Udgiften hertil afholdes af regionens budget.

2.9 Database

Samrådssekretariatet har i årene 2013 og 2014 haft lejlighed til at registrere oplysninger fra samtlige sager modtaget i sekretariatet i en database udarbejdet i samarbejde med Datamanagement, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Databasen indeholder blandt andet oplysninger om de abortsøgendes demografiske forhold. Alle sager modtaget i Samrådssekretariatet vil i fremtiden indgå i Databasen.

3 SAMRÅDETS VIRKSOMHED

3.1 Samrådets samlede virksomhed i perioden 2007-2014

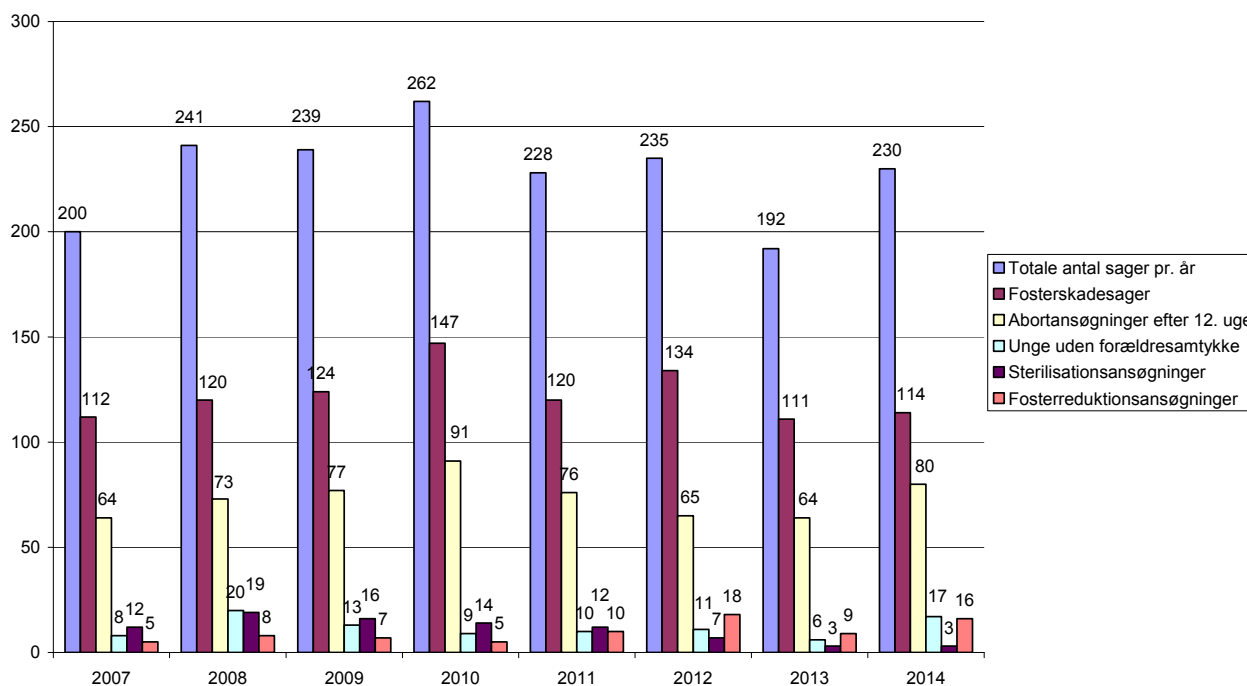
Sekretariatet for Samrådet for svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation modtager ansøgninger om abort fra de gynækologiske afdelinger på regionens sygehuse. I meget sjældne tilfælde kommer henvisningen fra gynækologisk speciallæge, hvorefter sekretariatet formidler kontakten til nærmeste regionshospital. Sekretariatet vejleder praktiserende læge, der forespørger om sagsgang. Der anbefales i forbindelse med denne henvendelse, at der henvises til foster-scanning på gynækologisk afdeling eller hos gynækologisk speciallæge, idet scanning skal foretages før behandling af ansøgning i Samrådet.

I 2014 har Samrådssekretariatet i Region Midtjylland registeret i alt 230 ansøgninger.

Ansøgningerne fordelte sig således:

- 194 ansøgninger om abort efter 12. svangerskabsuge
 - 114 ansøgninger grundet fosterskade efter § 94, stk. 1, nr. 3
 - 80 ansøgninger grundet sociale forhold efter § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6
- 17 ansøgninger om tilladelse til svangerskabsafbrydelse uden forældremyndighedsindehaverens samtykke fra unge under 18 år – alle ansøgere var før udgangen af 12. svangerskabsuge
- 16 ansøgninger om tilladelse til fosterreduktion
- 3 ansøgninger om tilladelse til sterilisation

Totalt sagsantal i perioden 2007 - 2014



Nedenstående revideret 1.6.2015 med angivelse af korrigerede procenttal:

I 2014 er der set en stigning i antallet af registrerede ansøgninger på 20 % i forhold til 2013.

Stigningen i de enkelte sagskategorier set i forhold til 2013 fordeler sig således:

- 2,7 % stigning i antallet af ansøgninger grundet fosterskade
- 25 % stigning i antallet af ansøgninger grundet sociale forhold
- 183 % stigning i antallet af ansøgninger om tilladelse til svangerskabsafbrydelse uden forældremyndighedsindehaverens samtykke
- 78 % stigning i antallet af ansøgninger om tilladelse til fosterreduktion
- 0 % stigning i antallet af ansøgninger om tilladelse til sterilisation

I 2014 er der registreret fire tilfælde af dobbeltansøgninger, dvs. samme ansøger har ansøgt Samrådet om svangerskabsafbrydelse to gange.

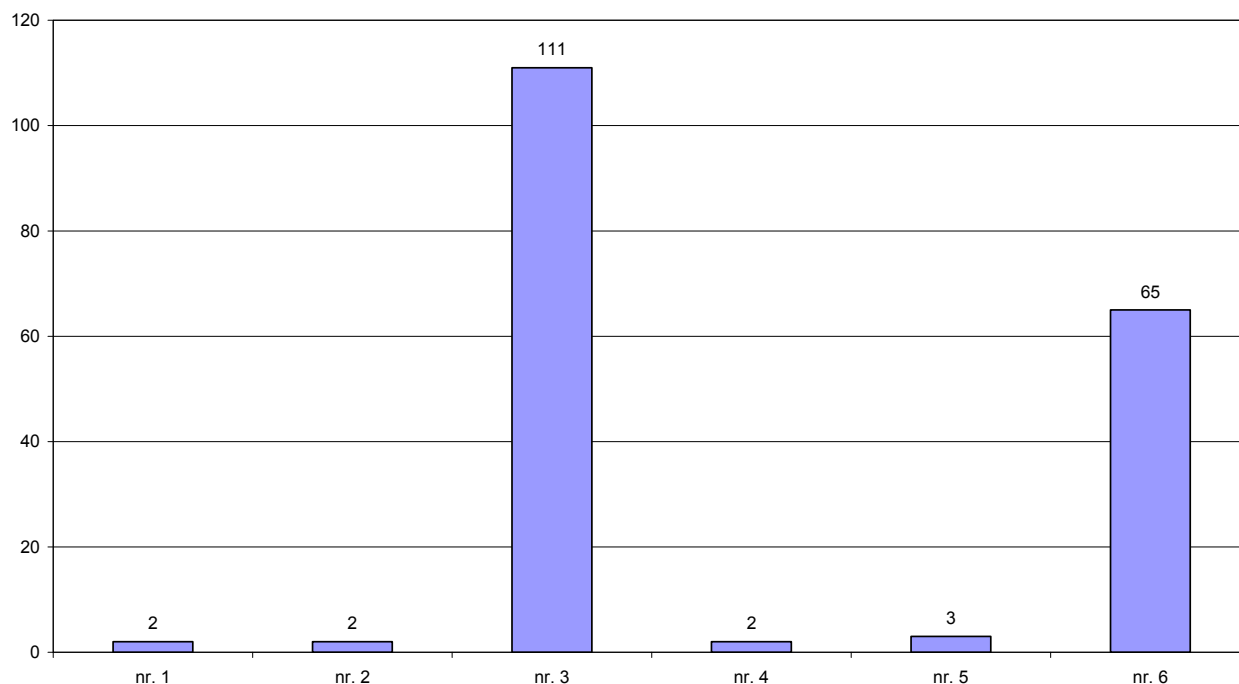
- En ansøgte om tilladelse til fosterreduktion efter 12. svangerskabsuge grundet misdannelser af fosteret. Senere ansøgte samme kvinde også om svangerskabsafbrydelse af det tilbageværende foster da det viste sig, at også dette foster havde svære fosterskader. Der blev givet tilladelse til begge ansøgninger.

- En ansøgte om tilladelse til fosterreduktion efter 12. svangerskabsuge grundet svære misdannelser ved det ene foster, fik tilladelse til svangerskabsafbrydelse men valgte ikke at benytte sig af tilladelsen. Senere ansøgte kvinden igen samrådet, men graviditeten var da fremskredet udover levedygtighedskriteriet, og kvinden fik afslag på ansøgningen.
- En ansøgte om tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter 12. svangerskabsuge efter § 94, stk. 1 nr. 6 og fik afslag, dernæst efter § 94, stk. 1, nr. 3 og fik afslag. Begge afgørelser blev anket og stadfæstet.
- En ansøgte om tilladelse til svangerskabsafbrydelse efter 12. svangerskabsuge grundet fosterskade efter § 94, stk. 1, nr. 3 og fik afslag. Afgørelsen blev anket og stadfæstet. Ansøger søgte derefter om svangerskabsafbrydelse grundet truende social belastning § 94, stk. 1. nr. 6 og fik tilladelse.

3.2 Tilladelser i sager om svangerskabsafbrydelse i 2014

Hovedparten af ansøgningerne fordeler sig på § 94, stk. 1 nr. 3 og 6, dvs. ansøgning om abort ved fosterskade og/eller social belastning. Dette ligner fordelingen de foregående år. En opgørelse af samtlige tilladelser for § 94, stk. 1 sager fremgår af figuren. Blandt disse var der seks sager med flere begrundelser.

Tilladelser til abort i 2014 fordelt efter §94 stk. 1



Nummereringen i tabellen dækker baggrunden for tilladelse til abort omfattende sager:

Nr. 1 hvor der er risiko for forværring af kvindens helbred ved graviditet.

Nr. 2 der henfører under straffeloven.

Nr. 3 vedrørende fosterskadesager.

Nr. 4 vedrørende svag begavelse hos kvinden.

Nr. 5 vedrørende ung alder og umodenhed.

Nr. 6 vedrørende social belastning.

Der henvises til Sundhedslovens afsnit VII § 94, se bilag.

3.3 Ansøgninger om senabort på social indikation § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6

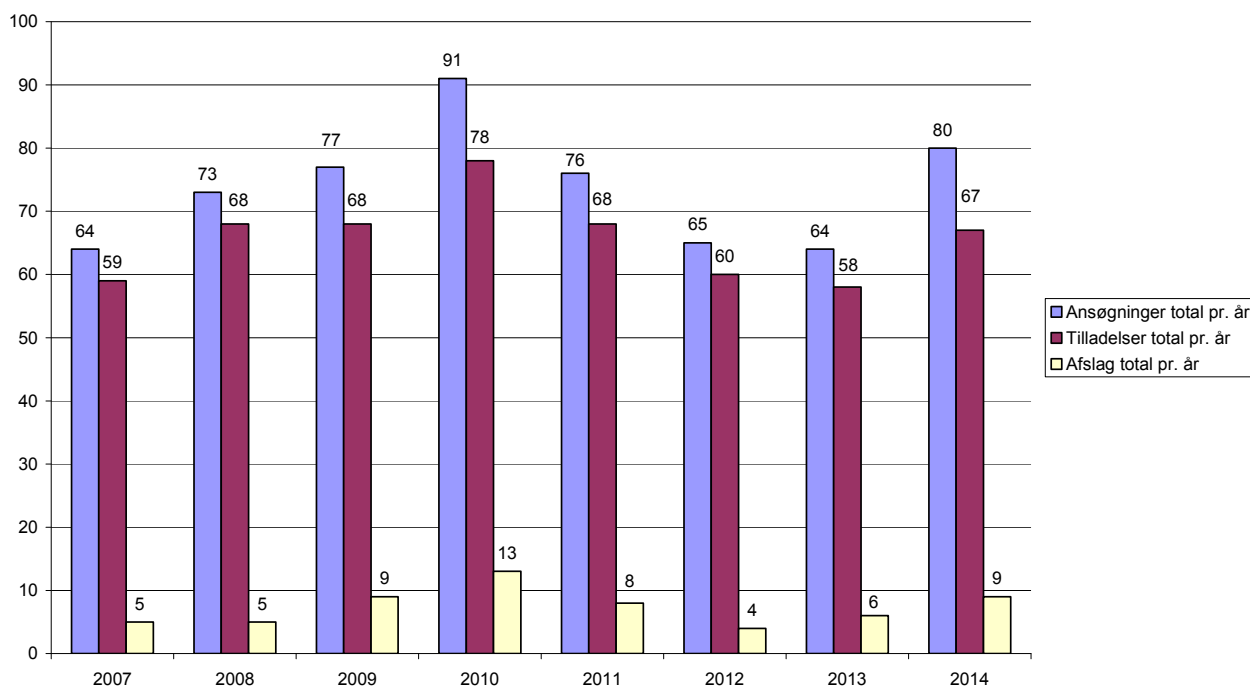
I 2014 modtog Samrådssekretariatet 80 ansøgninger om tilladelse til abort på social indikation, hvor 67 af ansøgerne fik tilladelse, mens 9 fik afslag. Jf. punktet "Samrådets samlede virksomhed i perioden 2007-2014" var der 4 ansøgninger, der ikke blev behandlet ved samrådet pga. aflysning, udeblivelse eller henlæggelse. 10 af de ansøgende kvinder var under 18 år, hvoraf 1 fik afslag. Alle 10 havde forældresamtykke. Der blev givet afslag i 12 % af de ansøgninger, som Samrådet behandlede. De foregående år varierede afslagsfrekvensen mellem 6,2 % og 14,3 %. Afslag på ansøgninger om senabort skete oftest, hvor ansøgningen var begrundet alene i sociale forhold. Af de 9 ansøgere, som fik afslag, valgte alle 9 at anke til Abortankenævnet. 1 af disse fik efterfølgende tilladelse – det drejede sig om en kvinde under 18 år.

1 ansøger, som fik afslag på senabort på social indikation, søgte efterfølgende om senabort med baggrund i fosterskade. Hun fik afslag og ankede afgørelsen, som blev stadfæstet.

Ved tilladelse til abort jfr. Sundhedslovens § 94. stk. 1 nr. 6, tages der hensyn til kvindens alder, arbejdsbyrde og personlige forhold samt til familiens boligmæssige, økonomiske og helbreds- mæssige forhold. Jo længere fremskreden graviditeten er, jo større krav stilles der til de forhold, der kan begrunde en evt. tilladelse. Der gives ikke tilladelse til abort efter udløbet af 18.-20. uge, med mindre der er omstændigheder af helt særlig og alvorlig karakter. Der vil ikke blive givet tilladelse til abort, hvis det antages, at fosteret er levedygtigt på det tidspunkt, aborten bliver gennemført. Det er Abortankenævnets opfattelse, at et normalt udviklet foster er levedygtigt fra uge 23+0. Hvis der derimod er tale om svær fosterskade, kan der gives tilladelse til abort på trods af levedygtighedskriteriet.

Antallet af abortansøgende efter 12. uge er steget i forhold til 2012 og 2013. Det er i 2014 på niveau med antal ansøgere i 2011. Det højeste antal abortansøgere er 91 i 2010.

Abortansøgninger på social indikation 2007-2014



3.3.1 Demografien blandt ansøgerne på social indikation § 94, stk. 1-2 og 4-6

Overordnet vurderes, at mange af de sent ansøgende kvinder ofte er unge kvinder, der udgør en mere socialt belastet gruppe, hvis forhold har været præget af dårlig økonomi, manglende uddannelse og psykiske problemer. Der beskrives ofte svære opvækstbetingelser, et spinkelt netværk, svag forbindelse til familie og få kontakter til jævnaldrene.

Alder:

I 2014 var alderen på de abortansøgende mellem 14 og 43 år. 59 % var under 26 år. Blandt ansøgere var der 10 kvinder under 18 år, hvoraf alle søgte med forældresamtykke.

Forsørgelsesgrundlag:

Af de 80 abortansøgende var 25 (31 %) uden forsørgelsesgrundlag eller på kontanthjælp. Heri inkluderet alle 10 ansøgere under 18 år svarende til 36 %.

Uddannelse:

Af de 80 abortansøgende var 51 (64 %) uden eksamen eller havde 9./10. klassetrin, inklusiv de 10 under 18 år. 7 (9 %) havde gymnasie- eller hf-eksamen. 18 (23 %) havde en kort eller mellemlang uddannelse. 1 ansøger (1 %) havde en lang videregående uddannelse. 3 ansøgere (4 %) uoplyst (dette kan bl.a. skyldes at ansøgeren udeblev fra samtalen).

Etnicitet:

84 % af ansøgerne var etniske danskere. 4 % var fra øvrige Europa, 4 % fra Mellemøsten og 4 % fra Asien.

3.3.2 Geografien blandt ansøgerne på social indikation § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6

Årsrapporten omhandler ansøgninger til senabort, fosterreduktion og sterilisation blandt kvinder bosat i Region Midtjylland.

Indenfor Region Midtjylland fordeler ansøgerne på social indikation § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6 sig således på de forskellige kommuner:

- Aarhus kommune 31 %
- Randers kommune 9 %
- Viborg kommune 6 %
- Resterende 16 kommuner med hver 0-6 %

Der var ingen ansøgere bosat i Lemvig, Samsø eller Struer kommune. 3 ansøgere var bosat i Region Nordjylland eller Syddanmark. 1 ansøgers bopælskommune var uoplyst.

Til procentsatserne bemærkes, at Aarhus kommune er Region Midtjyllands største med et indbyggertal på 326.246 i 2014. Dernæst kommer Randers kommune med 96.800 indbyggere i 2014 og Viborg kommune med 94.985 indbyggere i 2014.

Den procentvise fordeling af ansøgninger pr. indbygger fordeler sig således med 0,008 % i Aarhus kommune, 0,007 % i Randers kommune og 0,005 % i Viborg kommune.

3.3.3 Årstidsvariationen blandt ansøgerne på social indikation § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6

Med årstidsvariation menes hvornår på året kvinden er blevet gravid. Dette er opgjort efter, hvornår hun var i uge 0, dvs. ved tilbageregning fra dato for ultralydsskanningen og den herved udregnede graviditetsslængde.

Årstidsvariationen for hvornår undfangelsen er sket, fordeler sig således:

- Vinter (december-februar) 28 %
- Forår (marts-maj) 30 %
- Sommer (juni-august) 13 %
- Efterår (september-november) 30 %

Det ses at der er færre ansøgere, som er blevet gravide i sommermånederne, hvor der ellers ses en jævn fordeling over resten af året.

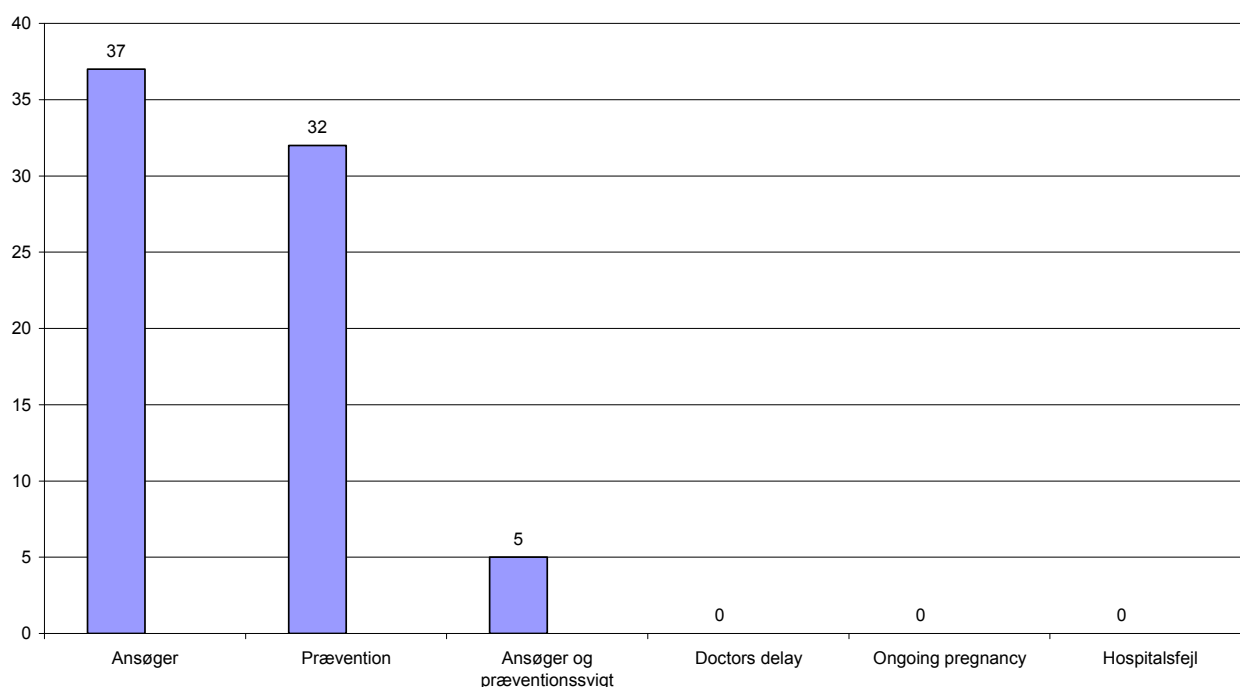
3.3.4 Årsager til ansøgning om svangerskabsafbrydelse på social indikation § 94, stk. 1, nr. 6

I 2013 begyndte Samrådssekretariatet i Region Midtjylland – ud fra ansøgernes oplysninger og de medsendte akter – at registrere årsager til ansøgning om svangerskabsafbrydelse på social indikation § 94, stk. 1, nr. 6 efter følgende parametre:

- Præventionssvigt: Ansøger angiver at have anvendt korrekt prævention og er på trods heraf blevet gravid. F.eks. anvendelse af p-piller og blødning i p-pillepausen på trods af graviditet.
- Ansøger: Tilfælde, hvor kvinden først ansøger om abort efter uge 12, f.eks. grundet eksempelvis tvivl om abortønsket, negligering af graviditetssymptomer, eller fravær af symptomer på graviditet.
- Doctors delay: Tilfælde, hvor kvinden grundet graviditet har haft kontakt med sundhedsvæsenet inden udgangen af 12. svangerskabsuge, men hvor sagsbehandlingen forsinkes af lægelige årsager så som manglende foranledning til graviditetstestning, uhensigtsmæssig ventetid på lægekonsultation, fejlagtig beregning af graviditetstidslængde eller fejlskøn i forbindelse med vurdering af akut scanningsbehov.
- Hospitalsfejl: Tilfælde, hvor kvinden er henvist korrekt til hospitalet, men hvor henvisningen er bortkommet, eller indkaldelsen til ultralydsscanning har været for sen i forhold til beregnet graviditetstidslængde, f.eks. fordi der kun har været visitation til aborter en enkelt dag om ugen.
- Ongoing pregnancy: Tilfælde, hvor kvinden har fået foretaget en abort før udgangen af 12. svangerskabsuge, men fortsat er gravid, og dette først er opdaget efter udgangen af 12. svangerskabsuge.

Formålet med registreringen er ønsket om at identificere indsatsområder for at nedbringe antallet af ansøgninger om svangerskabsafbrydelse på social indikation.

Årsager til ansøgning om svangerskabsafbrydelse på social indikation § 94, stk.1, nr. 6



Opgørelsen efter dette andet år viser, at de dominerende årsager til ansøgning om svangerskabsafbrydelse er "ansøger" med 50 % og "præventionssvigt" 43 %. 7 % er registreret som en kombination af begge.

Der blev i 2014 ikke registreret nogen tilfælde af doctors delay, ongoing pregnancy eller hospitalsfejl. Fordelingen af årsag til ansøgning om senabort på social indikation er uændret i forhold til 2013.

Det skal bemærkes, at der i 2014 har været registreret 2 tilfælde af ongoing pregnancy. I den ene sag var der tale om en ansøger under 18 år og under 12. svangerskabsuge, som havde fået foretaget en medicinsk abort tidligt i graviditeten. Ansøger søgte om tilladelse til svangerskabsafbrydelse uden forældremyndighedsindehaverens samtykke og indgår derfor ikke i ovenstående opgørelse. Den anden sag drejede sig også om en ongoing pregnancy efter medicinsk abort, denne sag blev behandlet som en fosterskadesag og indgår derfor heller ikke i ovenstående opgørelse.

3.3.5 Tilladelser til senabort på social indikation fordelt efter graviditetslængden 2007-2014 *Følgende omhandler sager under § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6.*

I 2014 var tilladelser og afslag grupperet efter graviditetslængde fordelt således:

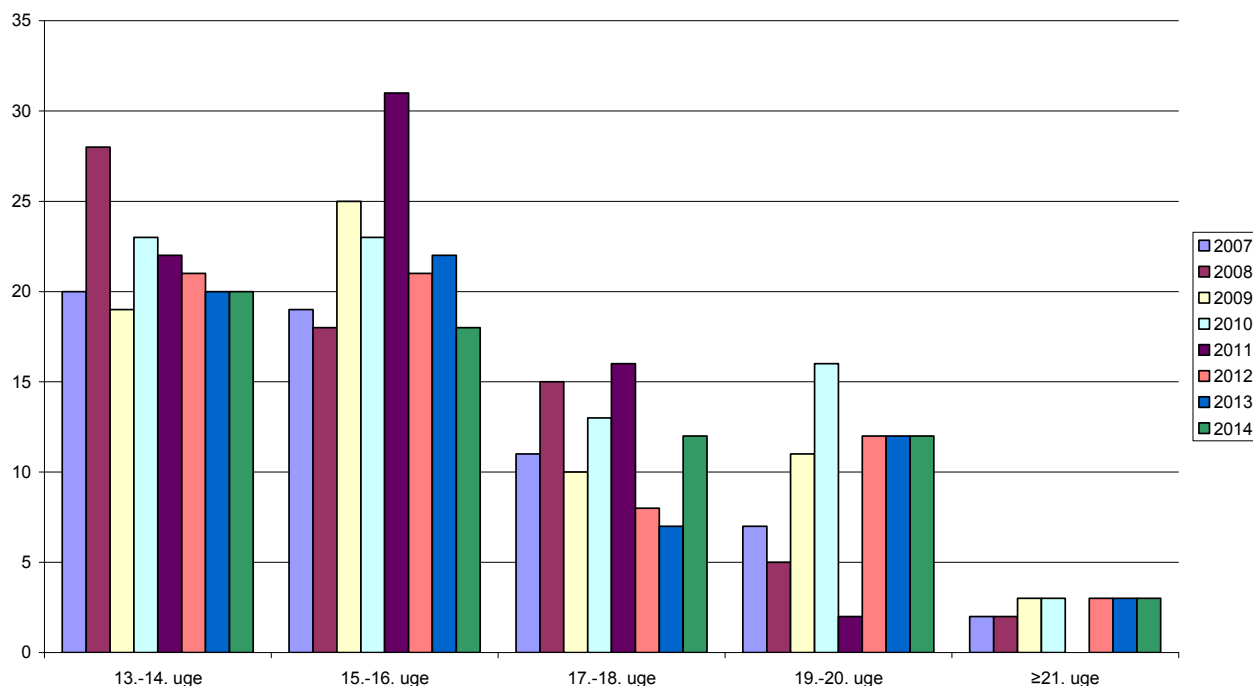
- 13.-14. uge 22 tilladelser og 3 afslag
- 15.-16. uge 18 tilladelser og 1 afslag
- 17.-18. uge 12 tilladelser og 2 afslag
- 19.-20. uge 12 tilladelser
- 21. uge og op: 3 tilladelser og 3 afslag

Den seneste tilladelse blev givet i uge 21, mens den seneste ansøgning var i uge 23.

Alle 9 afslag blev anket og 1 fik efterfølgende tilladelse. Det drejede sig om en kvinde under 18 år i graviditetsuge 23. Der kan ikke gives tilladelse til abort på socialindikation efter 18. svangerskabsuge, med mindre særlige omstændigheder taler herfor.

Ved fordeling af tilladelser til abort på social indikation i 2014 ses, at hovedvægten af ansøgninger fortsat ligger i perioden 13. til 16. svangerskabsuge med 57 %. I disse uger ligger også 58 % af tilladelserne og 44 % af afslagene.

Sociale sager, tilladelse til abort, fordelt efter graviditetslængde 2007-2014



Case: 25-årig kvinde, gravid i uge 16, bor i 2 værelses lejelejlighed med 1 barn på 2½ år. Har kun haft sporadisk kontakt til arbejdsmarkedet, er oprindelig uddannet tjener, men kan ikke forene arbejdet med sin status som enlig forsørger. Der er ingen kontakt til barnets far. Er blevet gravid trods konsekvent brug af kondom efter en aften i byen. Under samtalen kommer det frem, at kvinden tidligere har haft tilbagevendende behandlingskrævende depressioner. Samrådet giver tilladelse til abort efter Sundhedslovens § 94 stk. 1, nr. 6, på grund af truende psykosocial belastning og hensynet til det mindreårige barn, der i forvejen er i hjemmet.

3.4. Svangerskabsafbrydelse uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren til unge under 18 år

Hvis en gravid kvinde er under 18 år og ugift, kræves der samtykke fra forældremyndighedsindehaveren for at få foretaget svangerskabsafbrydelse, jf. § 99 i Sundhedsloven. Hvis særlige omstændigheder gør sig gældende, kan Samrådet give tilladelse til svangerskabsafbrydelse, uden forældremyndighedsindehaverens samtykke indhentes.

I 2014 modtog Samrådet i Region Midtjylland 17 ansøgninger om tilladelse til svangerskabsafbrydelse uden forældremyndighedsindehaverens samtykke.

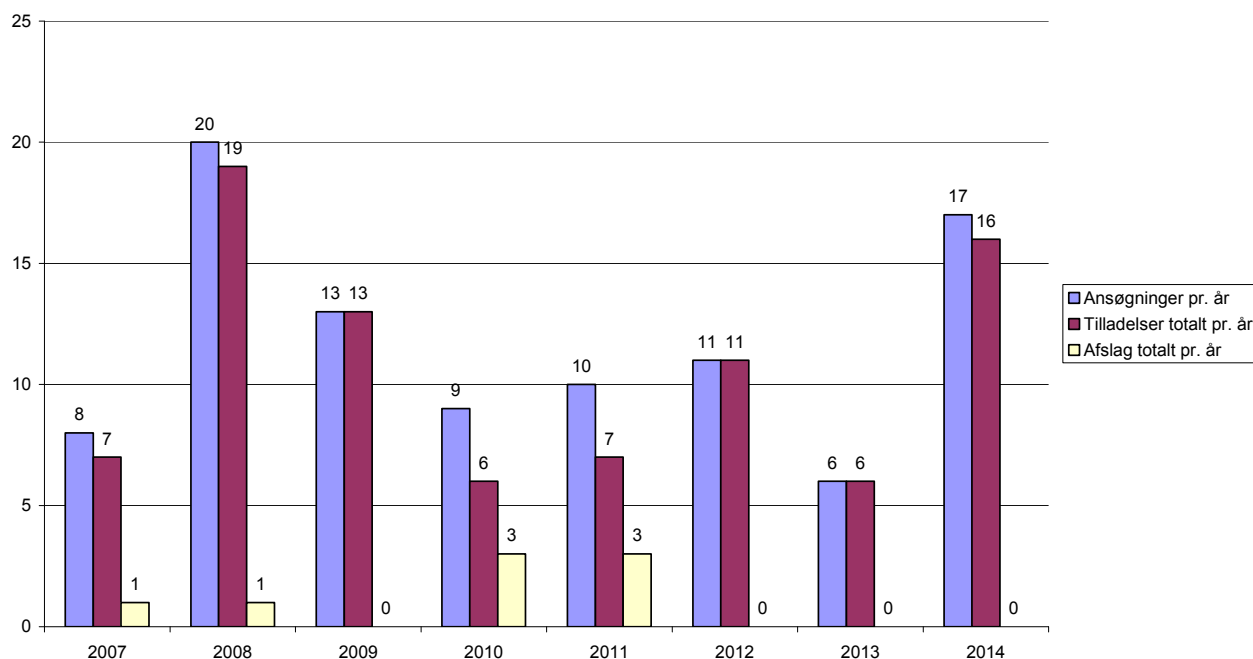
Der blev givet tilladelse til 16 ansøgere. En af disse trak ansøgningen tilbage efter samtale med samrådssekretariatet. I alle sager var ansøger gravid under 12. svangerskabsuge og søgte derfor alene om tilladelse til svangerskabsafbrydelse uden forældresamtykke.

5 ansøgere var af anden etnisk herkomst end dansk, heraf var 2 født og opvokset i Danmark. Tilladelse til abort blev i disse sager givet på baggrund af formodning om, at ansøger var i risiko for at blive udstødt af familien og/eller udsat for repressalier, såfremt graviditeten blev kendt af familien eller, at ansøger var anbragt udenfor hjemmet.

Ved ansøgningerne fra etnisk danske kvinder blev tilladelserne givet med baggrund i skrøbelige forhold til forældremyndighedsindehaverne samt på baggrund af formodning om, at ansøger var i risiko for at blive udsat for repressalier, såfremt graviditeten blev kendt af familien. 3 ansøgere var hjemmeboende, 9 ansøgere var enten fraflyttet forældrene pga. uoverensstemmelser eller anbragt uden for hjemmet.

Som det fremgår af diagrammet "Ansøgning om svangerskabsafbrydelse uden forældremyndighedsindehavers samtykke 2007-2014", har antallet af ansøgninger været svingende gennem årene. Ligeledes har andelen af tilladelser hhv. afslag været vekslende. I 2014 er set det højeste antal ansøgninger siden 2008. I de seneste tre år er der givet tilladelse til svangerskabsafbrydelse uden forældremyndighedsindehaverens samtykke til alle ansøgere.

Ansøgning om svangerskabsafbrydelse uden forældremyndighedsindehavers samtykke
2007-2014



Case: 15-årig kvinde, gravid i uge 9+4, folkeskoleelev i 8. klasse. Bor hos sin moster og onkel efter forældrenes skilsmisse. Er præget af omsorgssvigt med baggrund i misbrug og psykisk sygdom hos forældrene under opvæksten. Barnefaderen er jævnaldrende klassekammerat. Samrådet giver tilladelse til abort uden forældresamtykke, da det ikke vurderes hensigtsmæssigt at inddrage forældrene, da de med baggrund i egne problemer alligevel ikke vil kunne yde ansøger den fornødne støtte.

3.5 Ansøgninger om tilladelse til senabort grundet fosterskader § 94, stk. 1, nr. 3

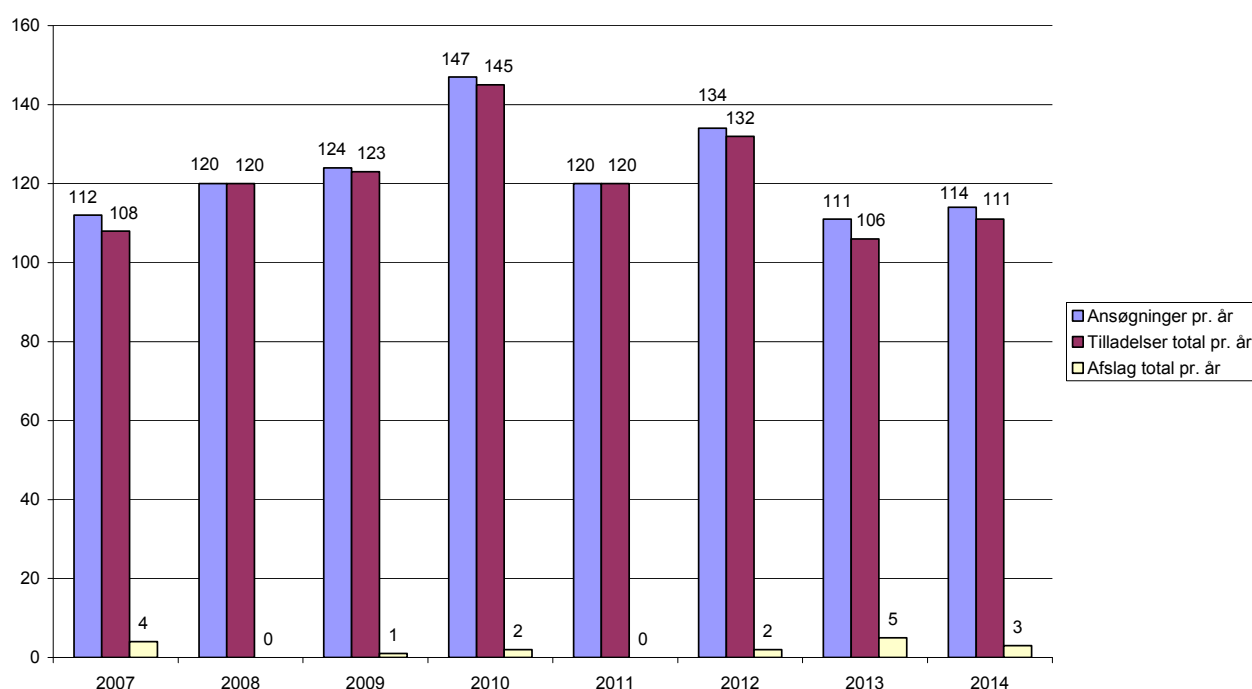
Kvinder kan søge om tilladelse til senabort i henhold til ovenstående paragraf, hvis fosteret har genfejl, alvorlig sygdom eller misdannelser. Disse forhold opdages ved en scanning og bliver evt. bekræftet ved en efterfølgende kromosomanalyse. Når der gives tilladelse til en senabort på baggrund af en fosterskade, lægges der vægt på, at barnet enten ikke vil være levedygtigt, eller at det vil få alvorlige sjælelige eller legemlige lidelser. Der gives sjældent afslag ved ansøgning om senabort på baggrund af fosterskade. I 2014 var der 114 ansøgninger, hvoraf der blev givet 3 af-

slag. 2 af disse blev anket og afgørelsen stadfæstet. Én af disse kvinder ansøgte efterfølgende om senabort på social indikation og fik tilladelse.
Andelen af tilladelser i 2014 udgjorde således 97 % af det samlede antal ansøgere.

Årsagerne til tilladelse til senabort i fosterskadesagerne fordelte sig som følger:

- 43 tilladelser grundet misdannelser
- 59 tilladelser grundet kromosomafvigelser
- 1 tilladelse grundet ongoing pregnancy efter medicinsk abort
- 8 tilladelser grundet forhøjet risikovurdering uden andre misdannelser og uden kromosomanalyse. Disse 8 tilladelser omfatter bl.a. hydrops foetalis, tyk nakkefold samt væksthæmning af fosteret.

Fosterskadesager, ansøgning om abort 2007-2014



Case: Hos en 26-årig kvinde, gravid i uge 13+2, finder man ved nakkefoldsscanningen en øget risiko for Edwards Syndrom. Der tilbydes kromosomanalyse, som viser Trisomi 18. Samrådet giver tilladelse til abort efter § 94 stk. 1, nr. 3.

Case: Hos en 38-årig kvinde, gravid i uge 21+2, finder man ved scanning hjertemisdannelse. Kvinden søger Samrådet om abort. Samrådet giver afslag, da misdannelsen ikke vurderes alvorlig nok til at begrunde en tilladelse i så fremskreden graviditet.

3.5.1 Tilladelser til senabort pga. fosterskade fordelt efter graviditetslængde 2007-2014

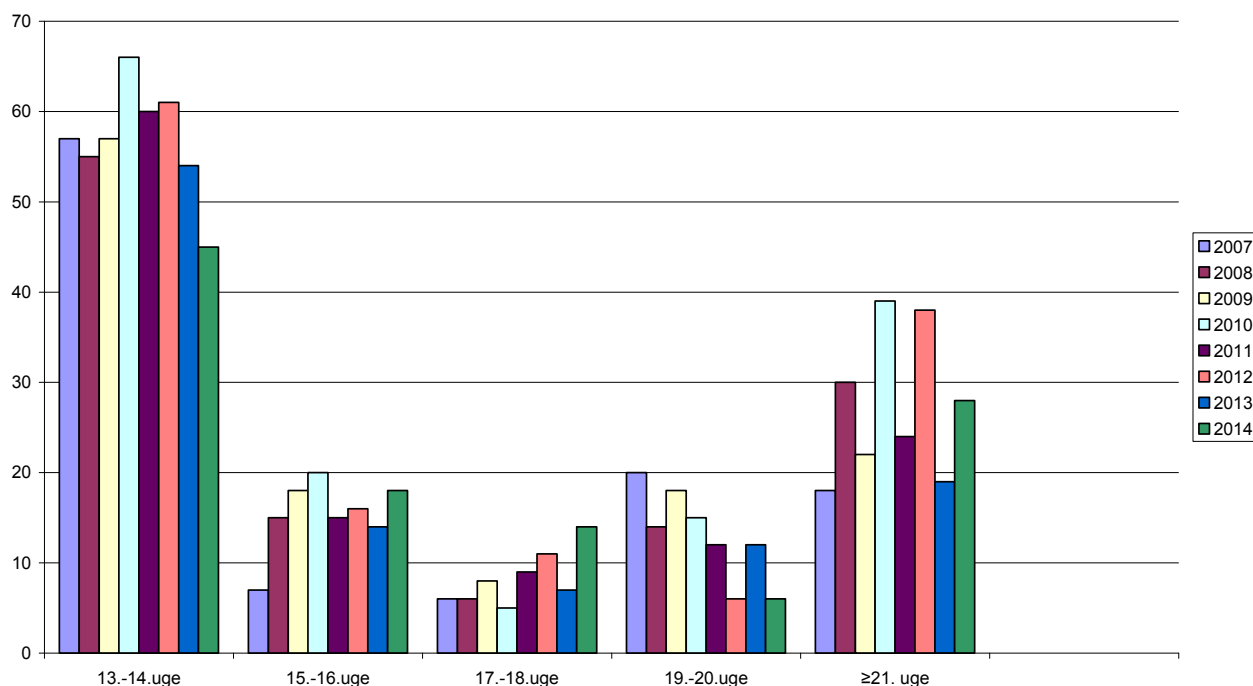
I 2014 fordelte ansøgninger og tilladelserne sig således:

- 39 % af ansøgerne fik tilladelse mens de var i graviditetsuge 13-14.
- 20 % af ansøgerne fik tilladelse mens de var i graviditetsuge 21-22.

Fordelingen kan relateres til scanningstidspunkterne. Den seneste tilladelse, som blev givet, var i graviditetsuge 29.

Omkring uge 12 tilbydes en nakkefoldsscanning, og sammenholdt med en blodprøve samt kvindens alder udregnes en risikovurdering. Hvis der findes forhøjet risiko for kromosomforandringer eller misdannelser, tilbydes der en moderkagebiopsi eller en fostervandsprøve. I den videre diagnostik foretages dyrkning af cellematerialet, og det kan med meget stor sikkerhed afgøres, om fosteret har en kromosomfejl eller andre arvelige sygdomme. Omkring uge 20 tilbydes en gennemscanning af fosteret, hvor påvisning af alvorlige misdannelser kan give overvejelser om abort.

Fosterskadesager fordelt efter graviditetstlængde, tilladelser til abort 2007-2014



3.6 Sager om fosterreduktion

En kvinde, som er gravid med flere fostre, kan indtil udgangen af 12. svangerskabsuge uden særlig tilladelse få foretaget fosterreduktion af et eller flere fostre, hvis der foreligger en eller flere af følgende begrundelser:

- at dette væsentligt reducerer risikoen for, at kvinden spontant aborterer alle fostre,
- at et eller flere fostre som følge af for tidlig fødsel ikke vil være levedygtigt eller vil få alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse,
- at der vil opstå fare for kvindens liv, eller at kvindens legemlige eller sjælelige helbred vil blive væsentligt forringet.

Efter 12. svangerskabsuge kan kvinden ligeledes søge Samrådet om tilladelse til fosterreduktion i henhold til Sundhedslovens § 95, hvis en eller flere af de ovennævnte årsager hos fosteret er til stede og der er særlige omstændigheder.

Efter 12. svangerskabsuge kan man uden tilladelse reducere antallet af fostre hvis:

- det er nødvendigt for at undgå fare for kvindens liv
- der er risiko for alvorlig forringelse af kvindens legemlige eller sjælelige helbred.

Ovenstående skal dog udelukkende eller ganske overvejende være lægefagligt begrundet. Der kan ikke gives tilladelse til fosterreduktion på social indikation.

Abortsamrådet behandlede 16 sager om fosterreduktion i 2014. 14 ansøgere fik tilladelse. En ansøgte om tilladelse til fosterreduktion efter 12. svangerskabsuge grundet svære misdannelser ved det ene foster og fik tilladelse til svangerskabsafbrydelse, men valgte ikke at benytte sig af tilladelsen. Senere ansøgte kvinden atter samrådet om tilladelse til fosterreduktion, men graviditeten var da fremskredet udover levedygtighedskriteriet, hvorfor kvinden fik afslag på ansøgningen. En ansøgning blev afvist, idet 12. svangerskabsuge endnu ikke var udløbet. Hovedparten af tilladelser blev givet på baggrund af forskellige fosterskader eksempelvis kromosomfejl, hvor ansøgningen omhandlede reduktion af to til et foster. I 6 sager blev der søgt om reduktion af trillingegraviditet pga. risiko for for tidlig fødsel. En ansøger søgte om at reducere en firlinge graviditet til en tvillingegraviditet. Alle ansøgerne var mellem 25 og 39 år. Graviditetslængden var fordelt fra 12. til 31. svangerskabsuge.

Case: 27-årig kvinde, gravid i uge 14 med tvillinger. Ved en scanning i uge 13 ses misdannelser i form af megacystis (abnormt stor urinblære) med mere end 80 % risiko for svært nedsat eller manglende nyrefunktion hos tvilling 2. Samrådet gav tilladelse til fosterreduktion af den syge tvilling efter Sundhedslovens § 95, stk. 3.

3.7 Sager om sterilisation

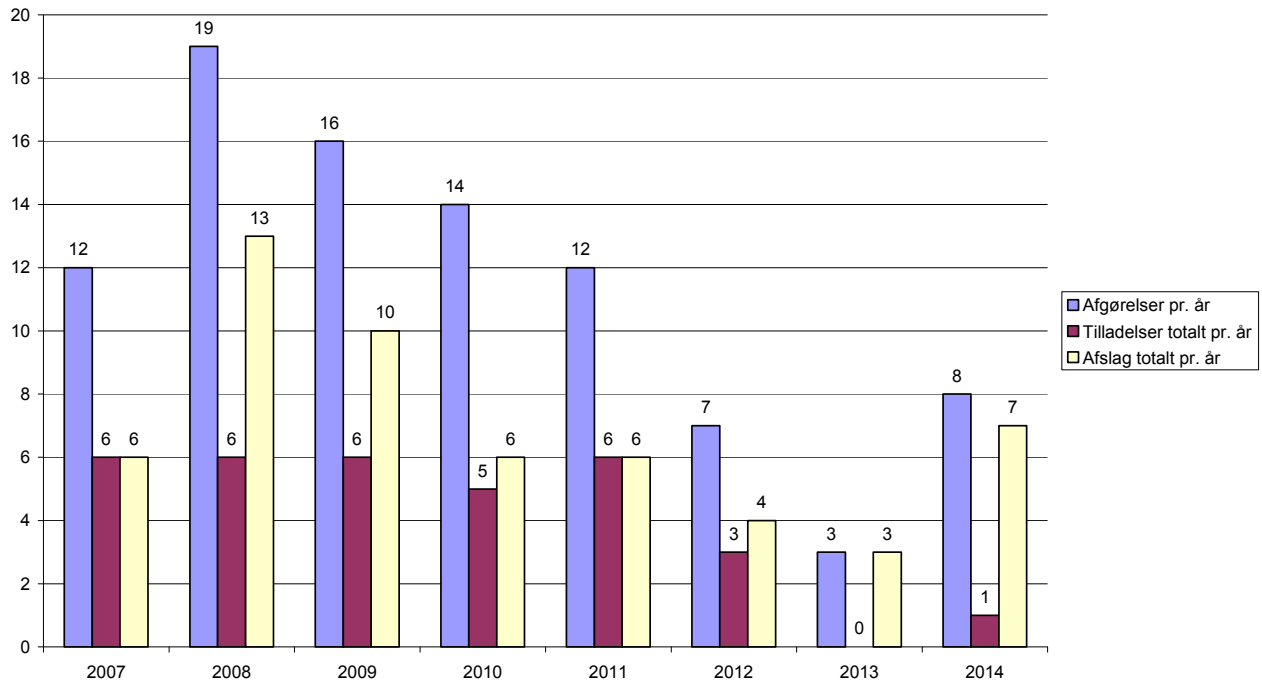
Modsat ansøgninger om svangerskabsafbrydelse, kan sagsbehandlingen i sterilisationssagerne være af længere varighed. Det skyldes, at der ofte skal indhentes supplerende oplysninger i forbindelse med sagsbehandlingen. I 2014 registrerede Samrådssekretariatet for svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation i alt 3 ansøgninger om sterilisation. Grundet længere sagsbehandling var 7 ansøgninger endnu ikke afgjort ved udgangen af 2013, og de blev derfor behandlet i 2014.

Der er således afsluttet 10 ansøgninger om sterilisation i 2014, hvoraf 8 blev afgjort ved Samrådet, og 2 ansøgninger blev afsluttet og henlagt uden afgørelse ved Samrådet.

Som det fremgår af diagrammet "Afgørelser i sager om sterilisation 2007-2014" er opgørelsen af sterilisationssagerne lavet på baggrund af hvilket år, ansøgningerne er afgjort. Henlagte ansøgninger er ikke medtaget i grafen. Afslagsfrekvensen ligger generelt højt i sterilisationssager og afslag er oftest begrundet i, at den antikonception som benyttes er velfungerende, at der ikke er afprøvet anden antikonception eller at ansøger ikke er seksuelt aktiv.

Af de ansøgninger, der blev afgjort i 2014, var der 3 ansøgere under 18 år, alle fik afslag. Alle ansøgerne havde varierende grader af mental retardering. Der henvises i øvrigt til kapitel 2: "Samrådets sagsarbejde", kapitel 2.8 "Sager om sterilisation".

Afgørelser i sager om sterilisation 2007 - 2014



Case: 21-årig kvinde med psykomotorisk retardering i middelsvær grad. Vurderes at være uden forældreevne og uden mulighed for senmodning. Samrådet giver afslag på ansøgning om tilladelse til sterilisation med begrundelse i, at der ikke har været afprøvet anden svangerskabsforebyggende metode, og at ansøger ikke er seksuelt aktiv, hvorfor der for tiden ikke findes behov for sterilisation.

Den 1. september 2014 trådte en ny sterilisationslov i kraft. Denne betyder blandt andet, at adgangen til sterilisation for udviklingshæmmede er blevet mere lempelig. Det var derfor forventet, at antallet af ansøgninger om tilladelse til sterilisation ville stige herefter. Effekten af loven vil kunne ses i næstkommende årsrapport idet ingen ansøgninger endnu er afgjort efter ikrafttrædelse af loven.

3.8 Ansøgninger om senabort fordelt på graviditetslængde

Fosterskadesager og sager på social indikation (§ 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6) talte i 2014 samlet 194 ansøgninger om abort efter 12. graviditetsuge.

Der blev givet 178 tilladelser til abort, dvs. 92 % af alle ansøgere inden for disse to kategorier fik tilladelse. 38 % af tilladelserne blev givet til kvinder i graviditetsuge 13-14. 23 % af tilladelserne blev givet til kvinder efter graviditetsuge 18.

Der blev givet i alt 12 afslag, hvoraf 6 var før udgangen af 18. graviditetsuge, og 6 var efter udgangen af 18. graviditetsuge.

3.9 Afslag i abort- og sterilisationssager

3.9.1 Afslag på social indikation

I 2014 modtog sekretariatet 80 ansøgninger om tilladelse til abort på social indikation efter § 94, stk. 1, nr. 1-2 og 4-6. Heraf var 10 ansøgere under 18 år, hvoraf ingen søgte tilladelse uden forældremyndighedsindehaverens samtykke. 67 af ansøgerne fik tilladelse, 4 ansøgere valgte at

trække deres ansøgning, heraf var en ansøger under 18 år. Én ansøger blev rescannet, og man fandt, at graviditeten ikke var overskredet 12. svangerskabsuge.

I alt fik 9 ansøgere afslag. Alle var ansøgere efter § 94, stk. 1, nr. 6, og samtlige 9 valgte at anke til abortankenævnet. I 8 sager blev afgørelsen stadfæstet. I disse sager var aldersfordelingen 19-38 år, 2 ansøgere var over 30 år. Uddannelsesmæssigt var 1 ansøger uden eksamen, 2 havde 10. klasse, 1 var student, 2 havde kortere videregående uddannelser og 2 havde mellemlange videregående uddannelser. Ingen ansøgere var uden forsørgelse, eftersom 3 ansøgere var forsørget ved egen lønindtægt, 2 fik dagpenge og 3 fik hhv. elevløn eller SU.

Én ansøger fik omgjort samrådets afgørelse ved abortankenævnet. Der var tale om en ansøger under 18 år, uden eksamen med fremskreden graviditetslængde 21+6.

3.9.2 Afslag i fosterskadesager

I 2014 modtog sekretariatet 114 ansøgninger om tilladelse til abort pga. fosterskader, hvor 111 af ansøgerne fik tilladelse, mens 3 fik afslag. 2 ansøgere valgte at anke afslaget, afgørelsen blev i begge tilfælde stadfæstet ved abortankenævnet. Én sag var forinden behandlet som § 94, stk. 1, nr. 6 sag, hvor ansøger havde fået afslag, anket og afgørelsen ligeledes stadfæstet. Den anden sag ansøgte efterfølgende om svangerskabsafbrydelse grundet truende social belastning efter § 94 stk. 1 nr. 6 og fik tilladelse.

3.9.3 Afslag i fosterreduktion og sterilisationssager

Abortsamrådet behandlede 16 sager om fosterreduktion i 2014. 1 ansøgning blev afvist, eftersom 12. svangerskabsuge endnu ikke var udløbet. Én ansøger fik afslag, hun havde dog tidligere søgt og fået tilladelse, som hun ikke havde benyttet sig af.

Sekretariatet registrerede i 2014 i alt 3 ansøgninger om sterilisation. Der blev i alt behandlet 10 sager om sterilisation, 7 ansøgere fik afslag, heraf 6 afslag med begrundelsen at forebyggelse ville kunne opnås ved anvendelse af prævention. 1 afslag blev givet med begrundelsen, at ansøger ikke var seksuelt aktiv. 2 ansøgere ankede afgørelsen, som i begge tilfælde blev stadfæstet ved ankestyrelsen. 1 sag blev henlagt efter manglende henvendelse til undersøgelse ved neurolog, 1 ansøger trak ansøgningen tilbage efter samtale med sekretariatet.

3.10 Underretninger 2014

Underretningspligten

Alle, der får kendskab til at et barn under 18 år er udsat for omsorgssvigt eller overgreb, har pligt til at underrette myndighederne. Autoriseret sundhedspersonale samt fagpersoner er underlagt den skærpede underretningspligt, hvilket betyder at disse har pligt til at underrette myndighederne, såfremt de har mistanke til ovenstående. I denne gruppe hører bl.a. læger, sundhedsplejersker, jordemødre, lærere, pædagoger, psykologer, socialrådgivere, ansatte ved politiet m.fl.

Når underretningen er fremsendt til rette kommune, har kommunen 6 dage til at sende en kvittering for modtagelse tilbage til underretter. Såfremt den pågældende kommune ikke reagerer på underretningen, er det muligt at sende underretningen direkte til Ankestyrelsen.

I 2014 foretog Samrådssekretariatet 3 underretninger:

- En kvinde under 18 år med behov for særlig støtte. Der var bekymring for kvindens trivsel pga. familiemæssige forhold samt leveforhold.
- En kvinde under 18 år med behov for særlig støtte. Der var bekymring for kvindens trivsel pga. tidligere og pågående misbrug af alkohol og hash, mistanke om psykiatrisk sygdom og forældre, som ikke længere kunne håndtere situationen.
- En kvinde under 18 år, som ikke ønskede abort. Der var pga. kvindens og barnefaderens umodenhed bekymring for, om hun ville kunne drage omsorg for barnet og således behov for særlig støtte til barnet.

Case:

15-årig kvinde, gravid i 7. uge. Hun bor hjemme, men har et konfliktfyldt forhold til forældrene. Hun færdes efter skole i kredse, forældrene har forbudt hende at færdes i. Forældrene har meget lidt indblik i, hvad hun foretager sig efter skoletid. Der gives afslag på abort uden forældresamtykke og der foretages underretning til kommunen.

4. SAMRÅDETS ØVRIGE VIRKSOMHED

Som et led i udviklingen af arbejdet i Samrådet har Samrådssekretariatet i Region Midtjylland fokus på samarbejdet med relevante parter, herunder de øvrige regioner og hospitalerne.

4.1 Temamøder med hospitalerne

De forudgående 7 år har Samrådssekretariatet besøgt hovedparten af de gynækologiske afdelinger på de af regionens sygehuse, der foretager abortindgreb. På møderne har såvel Samrådssekretariatet som hospitalet fået bedre indblik i, og forståelse for hinandens arbejde i de sager, der forelægges Samrådet.

4.2 Samarbejde med de øvrige regioner i Danmark

Siden 2007 har der eksisteret et formaliseret netværk blandt Samrådssekretariatene i de 5 regioner i Danmark. Dette netværk mødes årligt og drøfter aktuelle problemstillinger samtidig med, at der oftest er et temaoplæg. Netværket giver desuden mulighed for faglig sparring i hverdagen.

4.3 Informationsmateriale

Samrådssekretariatet i Region Midtjylland udarbejdede i 2010 en patientrettet informationsfolder, som henvender sig til de kvinder, der kontakter hospitalet om et muligt ønske om abort. Folderen er tænkt som et supplement til den information, kvinderne modtager på hospitalet. Folderen foreligger i en dansk og en engelsk version, der kan rekvireres ved henvendelse til Samrådssekretariatet. Anden information kan findes på www.socialmedicin.rm.dk/abort-og-sterilisation

4.4 Samfundsmedicinsk årsmøde 2015

Årsrapport for 2014 bliver præsenteret ved en poster ved årsmødet i Dansk Samfundsmedicinsk Selskab på Hindsgavl i maj 2015.

5 ANKENÆVNETS VIRKSOMHED

5.1 Ankenævnet i sager om svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation

Ankenævnet fik juli 2011 ny formand ved dommer Lene Hjerrild.

Det nationale Ankenævn i sager om svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation (betegnes i det følgende som Ankenævnet) består – ligesom de regionale samråd – af en dommer (juridisk medlem) samt et gynækologisk og et psykiatrisk medlem. Ankenævnet behandler sager fra regionerne på to måder:

- Ankenævnet behandler sager fra regionerne i de tilfælde, hvor ansøger anker Samrådets afgørelse.
- Ankenævnet fører tilsyn med sagsbehandlingen i regionerne og udtager sager til rutinemæssigt gennemsyn for at sikre en ensartet praksis i de 5 regioner.

5.2 Ansøger anker afgørelsen

Hvis en ansøger ønsker at anke Samrådets afgørelse, sender Samrådssekretariatet omgående det samlede journalmateriale til Ankenævnet på vegne af ansøgeren. Ankenævnet træffer sædvanligvis afgørelse 1-2 hverdage herefter. Ankenævnet kontakter Samrådssekretariatet telefonisk om

afgørelsen, som Samrådssekretariatet herefter videreformidler telefonisk til ansøger.

5.3 Sager sendt til rutinemæssigt gennemsyn

Ankenævnet har for hver region fastsat 3 måneder, hvor regionen skal indsende samtlige sager, der er behandlet i det regionale Samråd. For Region Midtjylland drejer det sig om månederne, april, juni og oktober. Er der bemærkninger til sagerne, bliver dette drøftet blandt Samrådsmedlemmerne, så fremtidig praksis kan indrettes herefter.

5.4 Ankenævnets øvrige virksomhed

Ankenævnets statistik for årene 2011 og 2012 kan ses på Ankenævnets hjemmeside under "Abort-ankenævnet" på <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/graviditet/abortankenævnet/statistik>

Denne statistik vil blive suppleret med offentliggørelse af afgørelser af almindelig interesse, som Ankenævnet skal meddele Samrådene, jf. § 16, stk. 4 i cirkulære nr. 23. af 3. april 2006 om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion.

Ankenævnet arbejder på en praksishåndbog, som samler ankenævnets praksis og udmeldinger ét sted og som løbende opdateres.

5.5 Ankesager i 2012 (statistikken for ankesager i 2013 og 2014 er endnu ikke tilgængelige)

Det fremgår af Statistik fra Ankenævnet for 2012, at der er modtaget 53 ankesager fra Samrådene til behandling i Ankenævnet med følgende fordeling:

- 47 ankesager om afslag på tilladelse til svangerskabsafbrydelse, jf. § 94
- 1 ankesag om afslag på tilladelse til svangerskabsafbrydelse uden forældresamtykke, jf. § 99
- 5 ankesager om afslag på sterilisation, jf. § 107

Af de 53 ankesager stadfæstede ankenævnet 41 af Samrådenes afgørelser om afslag på tilladelse, mens 6 sager medførte ændring af Samrådenes afgørelser. Dette svarer til en ændringsprocent på 13. Dette tal er lavere end i 2011, hvor Ankenævnet ændrede ca. 19 procent af sagerne.

6 SAMMENFATNING

Antallet af ansøgninger, der i årene 2007 til 2014 blev forelagt Samrådet for svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation i Region Midtjylland, har i gennemsnit ligget på 228 pr. år. Dette svarer til niveauet for 2014, hvor det samlede antal var på 230 ansøgninger.

I 2013 modtog sekretariatet det laveste samlede antal ansøgninger, der har været opgjort. Der er ikke tale om, at der er en begyndende faldende tendens, idet antallet af ansøgninger i 2014 er oppe på det gennemsnitlige niveau for de foregående år. Årsagen til variationen i 2013 kendes ikke. I løbet af 2007 - 2014 er der observeret en afvigelse fra gennemsnittet på over 10 % i 3 ikke på hinanden følgende år.

Antallet af abortansøgende efter 12. uge på social indikation er steget i forhold til 2012 og 2013. Det er i 2014 på niveau med antal ansøgere i 2011.

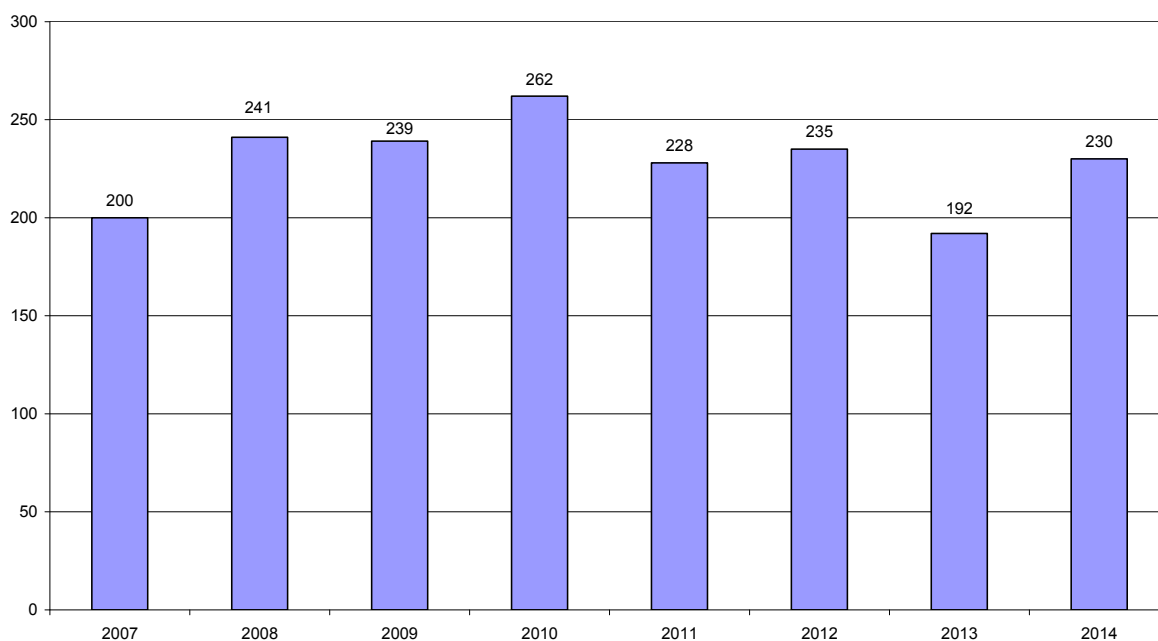
Unge under 18 år, som søgte om tilladelse til svangerskabsafbrydelse uden forældremyndighedsindehaverens samtykke, lå i 2013 meget lavt. I 2014 er der sket en stigning på 183 % i denne kategori af ansøgninger i forhold til 2013.

Antallet af ansøgninger om senabort pga. fosterskade ligger på niveau med 2013 og flere af de andre år. Til sammenligning har der været en let stigning i antal ansøgninger i 2010 og 2012. Årsager til fosterskade fordeler sig efter samme mønster som i 2013.

I kategorien "Ansøgninger om tilladelse til fosterreduktion" er der observeret en stigning på 78 % i forhold til 2013.

Mht. ansøgninger om sterilisation bliver der generelt givet afslag i en stor del af ansøgningerne. Desuden kan sagsbehandlingen foregå over længere tid, og afgørelsen strækker sig ind i det efterfølgende år. Den 1. september 2014 blev der vedtaget en ny lov om sterilisation. Det formodes at en eventuel effekt heraf vil afspejle sig i antal indgåede ansøgninger for 2015.

Sagsantal total 2007-2014



7. LITTERATURLISTE OG NYTTIGE LINKS

Sundhedslovens afsnit VII og VIII, bekendtgørelse nr. 95 af 7.2.2008 samt Servicelovens § 153 kan læses på www.retsinformation.dk

Bekendtgørelse om tilskud til psykologbehandling i praksissektoren for særligt udsatte persongrupper kan læses på www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=142603

Mødrehjælpen: www.Moedrehjaelpen.dk

Abortlinien: www.abortlinien.dk

Abortnet: www.abortnet.dk

Susanne Ledertoug, overlæge, Regionshospitalet Randers Sygehus, undervisningsmateriale pr. 23.9.2010.

Margit Maltesen, speciallæge i almen medicin, afdelingslæge og socialkonsulent Jette Sørensen, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Månedsskrift for almen praksis "Adgang til provokeret abort efter 12. uge. Hvordan mindskes doctors delay?" - august 2013.

Stina Lou Fleron, antropolog ph.d., CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Ph.d.-afhandling "Managing high risk at first trimester prenatal screening"
<http://www.cfk.rm.dk/publikationer/ShowPublication?id=496&pageId=309986>

Denne rapport samt Årsrapport 2007-2010 samt 2011, 2012 og 2013 kan læses på hjemmesiden for Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling
<http://www.socialmedicin.rm.dk/abort+og+sterilisation/%c3%a5rsrapporter>

Forløbsbeskrivelse for provokeret abort: www.sundhed.dk

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/provokeret-abort>

Forløbsbeskrivelser for provokeret abort fra de forskellige regioner:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/provokeret-abort>

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/abortus-provocatus>

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/nordjylland/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/abort-provokeret>

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/sjaelland/patientforloeb/forloebbeskrivelser/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/abortus-provocatus-syd>

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/syddanmark/patientforloeb/icpc-oversigt/w-svangerskab-foedsel-svangerskabsforebyggelse/abortus-provocatus>

8 TAKSIGELSER

Tak for bidrag, stor imødekommenhed og et velfungerende samarbejde til:

Antropolog og ph.d. Stina Lou Fleron for indlæg om "Når nakkefoldsscanningen viser forhøjet risiko".

Samrådsmedlemmer Jane Boris og Mette Tobiassen for indlæg om "Det kliniske forløb efter samrådstilladelse til abort".

Morten Kraft, speciallæge i neurologi, for indlæg om "Neurologens rolle i erklæringer til Samrådet".

Tidligere samrådsmedlem Vibeke Rathje, fuldmægtig og cand. jur., for indlæg om "Juristens rolle i Samrådet".

Samrådsmedlem Birgitte Hvidbjerg for indlæg om "Den psykiatriske speciallæges rolle i Samrådet".

Tidligere samrådsmedlem Ditte Trolle for indlæg om "Gynækologens rolle i Samrådet".

Mødrehjælpen i Aarhus, Ulla Krogager, rådgivningschef, for indlæg om Mødrehjælpen.

De gynækologiske afdelinger ved Regionshospitalet om oplysninger om støttesamtaler efter abort.

Sagsbehandler Chris Dahl, Praksisadministrationen, Region Midtjylland.

Fuldmægtig Kristoffer Stegeager, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland for oplysninger om antal psykologsamtaler efter abort.

Søren Sander Riber Rasmussen, kommunikationskonsulent, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, for håndtering og udsendelse af pressemeddelelse.

Datamanagement, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, for støtte ved databehandlingen.

Socialfaglig medarbejder Anette Larsen, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, for udvalgt fotomateriale og hjælp til layout.

Sekretær Heidi Wandbæk, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, for udfærdigelse af posters og handouts i forbindelse med oplæg.

Sekretær Dorthe Middelhede Astrup, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, for korrekturlæsning.

Sekretær Anette Kristensen, Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, for opsætning og håndtering af årsrapportmateriale.

9. BILAG

9.1 Når nakkefoldsscanningen viser forhøjet risiko - ved Stina Lou Fleron, antropolog, ph.d., CFK - Folkesundhed & Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Som Samrådets årsrapport viser, så omhandler langt størstedelen af sidste års fosterskadesager tilfælde, hvor man i forbindelse med nakkefoldsscanningen i første trimester opdager, at noget muligvis er i vejen med fosteret. Det kan være en forhøjet risiko for kromosomfejl, der som oftest kan endeligt afklares med invasiv diagnostik (moderkage- eller fostervandsprøve). Det kan også være, at ultralydsundersøgelsen viser andre tegn på misdannelser.

I 2014 færdiggjorde jeg min ph.d.-afhandling *'Managing high risk at first trimester prenatal screening'* ved Health, Aarhus Universitet. Afhandlingen er baseret på antropologisk feltarbejde på en obstetrisk ultralydsklinik og undersøger, hvordan gravide kvinder og par sammen med personalet håndterer nakkefoldsscanninger, der viser forhøjet risiko for kromosomfejl.

Danske gravide har generelt et højt informationsniveau og en positiv indstilling til nakkefoldsscanningen. De ved godt, at nakkefoldsscanningen kan vise, om der er risiko for Downs syndrom hos fosteret, men de fleste af dem kommer med håb og forventning om, at nakkefoldsscanningen vil vise, at fosteret og graviditeten udvikler sig normalt. Flere af de par, som jeg har talt med, fortæller, at de op til scanningen blev lidt nervøse, men at de samtidigt glædede sig meget til i fællesskab at se barnet. Flere undersøgelser har vist, hvordan ultralyd på næsten magisk vis kan skabe et følelsesmæssigt bånd og gøre graviditeten mere virkelig for både gravid og partner. Heldigvis kommer langt de fleste gravide (ca. 95 %) ud fra nakkefoldsscanningen med et smil på læben og et ultralydsbillede af den lille ny i hånden. Disse gravide fortæller begejstret om nakkefoldsscanningen som en 'kæmpestor oplevelse' og bidrager således til den generelle forventning om, at nakkefoldsscanningen er noget man som nygravid kan glæde sig til.

Derfor er de færreste forberedte på, at det lige præcis er *dem*, der får den vanskelige besked om, at alting måske ikke ser ud, som det skal. I min forskning observerede jeg flere gange det øjeblik, hvor sygeplejersken – nærmest i slowmotion – vender sig rundt mod parret og beder dem sætte sig ned, mens hun fortæller at risikovurderingen viser en forhøjet risiko. Og jeg observerede parrenes uforstående og overraskede respons. "Det er jo sådan noget, der sker for naboen". Forståeligt nok bliver parrene både kede af det og bekymrede, når resultaterne af scanningen pludselig rokker ved forestillingen om den graviditet og det barn, som de håber på og glæder sig til.

Det er en situation, som også stiller store krav til personalet, der på forståelig og fyldestgørende vis skal informere parrene om de valgmuligheder, som den nye situation stiller dem overfor. I løbet af mit forskningsprojekt blev jeg ofte både personligt berørt og fagligt imponeret over, hvor professionelt og empatisk personalet håndterede disse situationer i tæt dialog med parret. I ph.d.-afhandlingen beskriver jeg kommunikationen mellem gravide par og personalet som et *samarbejde*, hvor en vanskelig situation skal gøres forståelig og håndterbar, så der kan træffes den beslutning, som er bedst for det pågældende par. Mine forskningsresultater viser, at parrene værdsætter, at personalet ikke kun præsenterer facts og neutral information, men også indgår i en dialog om, hvad resultaterne betyder for det enkelte par og præsenterer forskellige synsvinkler på situationen. Det var helt tydeligt, at når det kommer til fosterundersøgelser og –diagnostik, så er der ingen lette eller entydige løsninger – hverken for parret eller personalet.

Når en nakkefoldsscanning viser en forhøjet risiko, så vælger flertallet at få foretaget invasiv diagnostik for at få en endelig afklaring. I ph.d.-afhandlingen beskriver jeg de forskellige strategier, som parrene anvender til at holde bekymringen nede og håbet oppe, mens de venter på det diagnostiske svar. En af strategierne er en selektiv hukommelse og et helt bevidst fokus på de positive informationer og empatiske kommentarer, som de har fået af personalet på hospitalet. En

anden strategi er at bruge tid på at formulere en egen forståelse og sammenhæng i situationen – fx ved at søge yderligere information eller ved at tale med udvalgte venner og familiemedlemmer. På den måde integrerer parrene den nye information og situation i deres livssituation og – erfaringer. Ved forhøjet risiko for kromosomafvigelse og efterfølgende invasiv diagnostik får de fleste kvinder/par (ca. 8 ud af 9) et normalt diagnostisk svar. Undersøgelser – min og andre – viser, at gravide efter et normalt resultat som regel vender tilbage til en normal graviditet og til at tro på og glæde sig til familieførelsen. Der var ingen af de kvinder og par, som jeg interviewede i forbindelse med ph.d.-afhandlingen, der fortrød at de havde fået lavet en nakkefoldsscanning og risikovurdering for Downs syndrom. Og alle forventede at få foretaget nakkefoldsscanningen igen i en eventuel fremtidig graviditet.

Jeg har i min forskning undersøgt den kliniske interaktion og kommunikation, der er så afgørende for at gravide kvinder og par får et – efter omstændighederne – godt forløb gennem de fosterdiagnostiske undersøgelser og eventuelle svære valg. Uanset udkommet. Jeg håber meget, at forskningsresultaterne kan bidrage til en fortsat udvikling af praksis.

Ph.d.-afhandlingen kan downloades her:

www.cfk.rm.dk/publikationer/ShowPublication?id=496&pagelid=309986

9.2 Det kliniske forløb efter samrådstilladelse til abort – ved samrådsmedlemmer Jane Boris og Mette Tobiassen

I Region Midtjylland har vi fælles regionale retningslinjer udarbejdet af gynækologisk/obstetriske instruks-udvalg. Her har man udarbejdet overordnede generelle retningslinjer for håndteringen af senaborter på både misdannelsesindikation og social indikation. Lokalt på de enkelte afdelinger er der desuden mulighed for at tilrette retningslinjerne efter de lokale forhold og muligheder.

Generelt vil det i langt de fleste tilfælde være graviditetslængden, der afgør, hvorvidt aborten kan foregå kirurgisk eller "medicinsk". Ved kirurgisk abort fjernes graviditeten operativt med kvinden i fuld narkose. Kirurgisk abort udføres primært ved tidlige graviditetsuger men kan udføres frem til og med udgangen af 14. graviditetsuge (= uge 13+6). Medicinsk abort indikerer, at man med medicin gennemfører en abort eller en minifødsel. Generelt anbefales medicinsk abort efter 12. graviditetsuge, da komplikationsraten ved kirurgisk abort øges med øget graviditetslængde. Det kan f. eks. være større blødning i forbindelse med kirurgisk abortindgreb. Man anbefaler derfor at alle til kirurgisk abort også forbehandles medicinsk, så livmoderhalsen begynder at blødgøres til udvidelse.

Når en kvinde anmoder om abort efter graviditetsuge 11+6, informeres hun om, at hun er for langt henne i graviditeten til selv at kunne bestemme, hvorvidt hun vil have abort. Hun informeres om, at der er mulighed for at anmode Samrådet for abort og sterilisation om tilladelse til aborten. Hvis kvinden fastholder sit ønske om abort, aftales der tid til samtale med socialrådgiver i regionens samråd.

Hvis der fra Samrådet gives tilladelse til abort, informeres kvinden herom. Hun indkaldes til fornyet samtale på sygehuset, oftest den samme dag eller inden for et par dage afhængig af de specifikke omstændigheder og graviditetslængden. Ved samtalen lægges vægt på det praktiske i abortforløbet. Blandt andet informeres om, at aborten kommer i gang ved at give piller med jævne mellemrum, så der kommer væarbejde som ved en fødsel. Herved udvider livmoderhalsen sig, så det lille foster kan aborteres.

Man kommer ind på smerte-problematikken, metoder til smertebehandling, og hvad der kan forventes af blødning og tidsperspektiv. Man informeres om, at kvinden skal være indstillet på eventuel udskrabning efter aborten (ved behov for fjernelse af moderkagen eller ved ukontrollabel blødning), selv om selve aborten skal foregå medicinsk. Herudover informeres om og drøftes håndteringen af fosteret efter aborten.

Typisk vil en kvinde, som skal gennemgå medicinsk senabort, opstarte abortforløbet med en pille samme dag, som bevillingen på abort er ankommet fra Samrådet. Denne behandling er en anti-hormon-behandling, som i mange tilfælde bevirker, at graviditeten går til grunde og også forbereder for den medicin, som gives i forbindelse med selve aborten 1-2 dage senere. På selve dagen for aborten indlægges kvinden på fødeafdelingen eller en sengeafdeling, indtil aborten er fuldført. Kvinden modtager tabletter hver 3. time, hvilket oftest vil sætte aborten i gang samme dag. Dog kan det ved cirka 5 % af aborterne være nødvendigt at holde pause i løbet af natten og starte op igen dagen efter. Kvinderne skal således være forberedte på en del ventetid og anbefales generelt at have en pårørende med. Kvinden har i forbindelse med aborten mulighed for smertestillende behandling i form af både tabletter, indsprøjtninger og epidural blokade (lokal bedøvelse gennem et tyndt kateter ind i ryggen) samt bad, massage og lign.

Når kvinden har aborteret, håndteres fosteret af personalet i henhold til de aftaler, som er indgået med kvinden inden den planlagte abort. Hvis aborten er forløbet medicinsk ukompliceret, kan kvinden allerede efter et par timer forlade afdelingen og vende hjem. Hvis der i forbindelse med eller efter aborten opstår kraftigere blødning end normalt, eller hvis moderkagen ikke slipper, er det nødvendigt at foretage en udskrabning på operationsafdelingen.

Inden hjemgang orienteres kvinden også om tegn på infektion, såsom tiltagende smerter, blødning eller feber, og at hun skal ses af en læge, enten egen læge eller vagtlæge, hvis disse tegn opstår. Både læger, jordemødre, sygeplejersker og social- og sundheds-assistenten kan være involverede i forløbet omkring en senabort. Lægerne varetager forløbet omkring anmodningen om abort og informerer sammen med jordemoder eller sygeplejerske om forløb og efterforløb. Lægen involveres herefter ved eventuelle komplikationer til aborten (f.eks. blødning, fastsiddende moderkage mm).

På nogle afdelinger er det jordemoderen og eventuelt en social- og sundheds-assistent, der på fødestuen hjælper kvinden igennem abort-forløbet. Jordemoderen har desuden efter-samtale med parret; i første omgang et par dage efter aborten og igen et par uger efterfølgende ved ønske herom. Andre steder er det sygeplejersken på en sengeafdeling, hvor patienten ligger på enestue, der hjælper til og assisteres af en jordemoder ved behov afhængigt af, hvor langt fremskredet graviditeten er.

Den jordemor eller sygeplejerske, der har været med i abortforløbet, har ansvaret for at afstemme med kvinden eller parret hvilke behov, der er med hensyn til opfølgning. Jordemoderen har oftest efter-samtale med kvinden et par dage efter aborten, da oftest pr telefon. Herudover kan der være flere senere samtaler afhængig af de individuelle forhold og behov. Behovene for samtaler efter abortforløbet er oftest meget afhængige af, hvorvidt aborten er bevilget på grund af påvist misdannelse eller på social indikation. Behovet opleves oftest mindre efter abort bevilget på social indikation.

Der er på samtlige sygehuse mulighed for at tilkalde hospitalspræst i forbindelse med et sen-abort-forløb. Kvinden eller parret har mulighed for samtale med præsten på alle tidspunkter i forløbet, både i beslutningsfasen samt under og efter aborten. Ved aborter på social indikation er det sjældent et ønske. Ved aborter efter påviste misdannelser er det oftere et ønske at tale med en præst.

Kvinden er efter aborten berettiget til psykolog-samtaler med tilskud efter særlige regler. Egen læge henviser til dette. Alle fødeafdelinger har adgang til akut psykiatrisk tilsyn, hvilket dog findes yderst sjældent nødvendigt i forbindelse med sen-aborter.

9.3 SAMRÅDSMEDLEMMERNES ROLLE

9.3.1 Juristens rolle i Samrådet

Juristens rolle i Samrådet er at påse, at de nødvendige dokumenter og oplysninger foreligger i ansøgers sag, forinden Samrådet træffer afgørelse. Desuden er det juristens opgave at medvirke til, at de afgørelser Samrådet træffer er indenfor de lovgivningsmæssige rammer og praksis på området. Endvidere "tolker" juristen lovgivningen for de øvrige Samrådsmedlemmer, samt undersøger lovgivning og praksis, hvor denne ikke er udtømmende eller giver anledning til tvivl.

På samme måde som de lægelige medlemmer skal juristen vurdere de tilgængelige oplysninger i ansøgerens sag ud fra de beskrevne samtaler, undersøgelser m.v. Juristen er "pennfører" og indskrifter Samrådets afgørelse i samrådsprotokollen.

Juristen har fra det daglige arbejde en bred viden og erfaring inden for det sociale område, som indgår i vurderingen af sager med grundlag i sociale forhold. I disse sager er det juristens opgave, at ringe til ansøger efter samrådsmøde og meddele Samrådets afgørelse.²

9.3.2 Psykiaterens rolle i Samrådet

Psykiateren indgår som medlem af Samrådet i et tværfagligt samarbejde med gynækolog, jurist og det socialfaglige medlem. Det er vigtigt at understrege, at denne opbygning sikrer et grundlag for afgørelser på et fagligt højt niveau. Der er således en meget bred viden tilgængelig, og man opnår en høj kvalitet i vurderingen og afgørelsen af ansøgninger.

På samme måde som det andet lægelige medlem, skal psykiateren tolke og vurdere de tilgængelige oplysninger fra samtaler, undersøgelse mv. af ansøger. Kan der være tale om sygdom, herunder psykisk sygdom/psykisk lidelse af en sådan sværhedsgrad, at det kræver yderligere belysning? Som speciallæge vurderes spørgsmål om f.eks. depression. "Depression" som begreb bruges meget bredt og vurdering af evt. depression og sværhedsgraden heraf skal belyses. Derfor undersøges og dokumenteres om der er tale om svær depression og evt. selvmordsrisiko.

I spørgsmål om umodenhed og/eller svag begavelse er psykiaterens vurdering tilsvarende nødvendig. Den psykiatriske speciallæge har almindeligvis en bred viden fra det daglige arbejde om sociale forhold og vilkår; en viden og erfaring, der lægges ind i vurdering af sager med grundlag i social belastning.

Ganske mange af de sager, som Samrådet møder, indeholder væsentlige og til tider svære etiske problemstillinger, som drøftes ud fra den specielle sag. Også generelle overvejelser om etiske spørgsmål er der plads til. Denne viden om Samrådets arbejdsområde og de forbundne etiske aspekter f. eks. i undervisning af medicinstuderende og andre faggrupper formidles videre.³

9.3.3 Gynækologens rolle i Samrådet

Gynækologens rolle i Samrådet er at "tolke" medicinske oplysninger i ansøgningerne for de øvrige Samrådsmedlemmer - det kan for eksempel dreje sig om ultralydsfund ved fosterskadesager og konsekvenser af disse. Desuden er det gynækologens opgave at vurdere ansøgerens helbredsforhold set i sammenhæng med de øvrige oplysninger i ansøgningen. I forbindelse med sterilisationssager er det således gynækologen, der tager stilling til, om andre former for prævention eventuelt kunne bruges eller prøves.

² Kilde: Fuldmægtig, cand.jur. Vibeke Rathje, tjenestested: Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering, CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

³ Kilde: Overlæge Birgitte Hvidbjerg, speciallægekonsulent ved Regionspsykiatrien i Herning

Gynækologen er altid ansat ved en klinisk afdeling og har derfor også en rolle, der omfatter tilbagemelding til afdelingen, undervisning af vordende gynækologer i Sterilisationsloven og Lov om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, samt diskussion om de etiske overvejelser, de forskellige sager måtte rejse.⁴

9.3.4 Neurologens rolle i erklæringer i Samrådet

Jeg er blevet bedt om at redegøre for baggrunden for de neurologiske speciallægeerklæringer, som jeg udfærdiger til brug for Samrådet for svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisations beslutninger ved sterilisation af udviklingshæmmede.

Når opgaven opleves positivt og relevant, skyldes det, at erklæringer kan være medvirkende til, at målgruppen beskrives korrekt og dermed er medvirkende til en beskyttelse mod vilkårlig sterilisation, som det typisk var kendt i nazityskland før 2. verdenskrig og i en vis udstrækning også i andre lande i 30'erne, hvor de genetiske renhedstanker var til stede.

Et andet aspekt er at beskytte voksne uden forældreevne mod at få børn, og dermed undgå sager med tvangsfjernelse og de følelsesmæssige belastninger, som opstår deraf.

Samtidig skal det påpeges, at der er meget store ressourcer på spil, hvis udviklingshæmmede forældre får børn, som de ikke kan klare, og at disse børn med overvejende sandsynlighed ikke vil få en værdig tilværelse på trods af omgivelsernes massive indsats.

Det faglige indhold i den neurologiske speciallægeerklæring skal besvare følgende spørgsmål:

1. Tilhører ansøgeren målgruppen – gruppen af udviklingshæmmede.
2. Beskrivelse af forældreevne.
3. Om tilstanden er stationær, eller om der kan forventes en senmodning.
4. En vurdering af, hvorvidt ansøgeren er seksuel aktiv.
5. Om antikonception forsvarligt kan udføres på anden måde end ved sterilisation.

Svaret på disse spørgsmål skal fremgå af neurologens speciallægeerklæring.

Metoden til at vurdere, hvorvidt ansøgeren tilhører målgruppen bygger på en anamnestisk beskrivelse af ansøgerens udvikling – oftest dokumenteret ved forældreoplysninger eller oplysninger fra ad hoc værger samt beskrivelser af erfaringer fra daginstitutioner, undervisningsforløb samt også udsagn fra psykologer, som har været inde i sagen.

Forældreevne vurderes ofte ved konkret beskrivelse af ansøgerens evne til at klare sin egen tilværelse og vurdere, hvorvidt ansøgeren vil kunne klare det krævende job at være forældre til et barn, samt det, som ad hoc værger kan fortælle under undersøgelsen.

Hertil kommer, at der udover de anamnestiske oplysninger også vil blive foretaget en objektiv vurdering af, hvorvidt ansøgerens tilstand er i overensstemmelse med de oplysninger, der fremgår af sagsakter samt det, som værger kan fortælle under undersøgelsen.

Konklusionen kan typisk være, at ansøgeren ikke kan klare sin egen dagligdag, og derfor ikke kan tage vare på et barn.

Man har ofte drøftet senmodning, og i den sammenhæng er det sådan, at psykisk udviklingshæmmede toppe tidligere i deres udvikling end andre. Også dette kan man få en anamnestisk

⁴ Kilde: Overlæge Ditte Trolle, Aarhus Universitetshospital Skejby

klarhed over ved at vurdere, hvordan funktionsevnen over tid har ændret sig, og hvor længe den har været stationær. Det er her vigtigt at skelne mellem en egentlig udvikling og så evnen til konkret at indlære nye situationer, men hvor man også må kræve, at det tillærte ikke alene skal kunne anvendes helt konkret i den indlærte situation, men også med en vis abstraktionsevne skal kunne overføres til lignende funktion i en anden sammenhæng.

Jeg har i denne sammenhæng deltaget i stimulationsprogrammer for udviklingshæmmede mødre og deres børn og har der fået en massiv erfaring for, hvor vanskeligt det er, hvor lidt indsats hjælper, og hvor vanskeligt det er for selv relativt velfungerende psykisk udviklingshæmmede at tage vare på et barn med de udfordringer og krav, som kræves til forældreevne.

Det har også været erfaringen, at hvis man ved vejledning opnåede en vis grad af forældreevne, da kræves der en vedvarende fastholdelse af træning og en vedholdende støtte til forældrene, og så snart støtten falder bort, er forældreevnen tilbage til det, den var før træningen.

Vurdering af, hvorvidt ansøgeren er seksuel aktiv, er i sagens natur et vanskeligt emne, og selvom seksuel aktivitet ikke er dokumenteret, er det vigtigt at gøre sig nogle vurderinger af, om seksuel aktivitet kan tænkes at foreligge.

Hvad angår antikonception vil ansøgergruppen sjældent være i stand til på betryggende måde og uden støtte fra omgivelserne forsvarligt at sikre en sådan. Ofte vil en anden form for antikonception end peroral antikonception – (p-piller) være forbundet med uacceptable bivirkninger og også støde på en vægning fra ansøgerens side i at medvirke hertil.

Når det er neurologer, der typisk bliver anmodet om at udfærdige speciallægeerklæringer til Samrådet for svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation ved sterilisationssager i Region Midtjylland, skyldes det for mit vedkommende, at jeg gennem en årrække har haft ansvaret for lægelige undersøgelser og behandling af psykisk udviklingshæmmede, og at jeg i den sammenhæng har deltaget i omfattende tidligere stimulationsprogrammer, hvor vi fik erfaring for, hvor vanskeligt det var for selv relativt velfungerende psykisk udviklingshæmmede at tage vare på et barn med de udfordringer og krav, som kræves til forældreevne.

Det er mit håb, at man i den fremtidige tilkendelse af sterilisation vil være mere forstående over for vanskelighederne ved at dokumentere seksuel aktivitet, da dette ikke kan lade sig gøre og derfor ofte vil give nogle efter min mening, unødvendige afslag.

Samme problem synes jeg gælder antikonception, hvor kravene til antikonception burde være på en sådan måde, at den udviklingshæmmede med sikkerhed skal kunne klare antikonception uden støtte fra anden side.

Min erfaring er, at det er en massiv ulykke, når kombination af psykisk udviklingshæmning uden tilstrækkelig forældreevne resulterer i et barns fødsel. Det giver ofte også en kummerlig tilværelse for det tvangsfjernede barn og en stor byrde for de pårørende og samfundet, som ikke krones med held.⁵

9.4 Støtte efter abort

For de fleste kvinder er det en alvorlig beslutning at få foretaget en abort, og efter et abortindgreb kan der forekomme forskellige reaktioner. Nogle kan føle lettelse, mens andre kan opleve tristhed.

⁵ Morten Kraft, speciallæge i neurologi, Vestre Skovvej 3, 8240 Risskov

Når man har fået foretaget en abort efter 12. graviditetsuge, er der flere muligheder for at få en eller flere støttesamtaler.

- Det kan være hos Abortsamrådssekretariatet eller den sygehusafdeling, hvor indgrebet er foretaget
- Det kan være hos den praktiserende læge
- Det kan være hos en psykolog, der har overenskomst med sygesikringen. Kvinden kan bede sin praktiserende læge om en henvisning. Det skal normalt ske, inden der er gået 6 måneder efter aborten. Der gives tilskud på 60 % af psykologens honorar, resten skal kvinden selv betale
- Man kan desuden få samtaler hos frivillige organisationer, f. eks. Mødrehjælpen, Abortnet.dk, eller ved telefonisk henvendelse til Abortlinjen
- På Sundhed.dk, [Find behandler - sundhed.dk](http://Find_behandler_-_sundhed.dk), kan man se listen over psykologer, der modtager patienter og oplysning om ventetid

9.4.1 Henvisninger til psykolog:

Statistiske oplysninger fra Region Midtjylland viser, at der er i 2014 har været 32 henvisninger til psykolog under sygesikringen, hvor henvisningsårsagen har været, at kvinden har fået foretaget abort efter 12. uge.

Det er muligt, at der er fremsendt flere henvisninger på hver enkel kvinde, da der er mulighed for at skifte psykolog under et forløb, hvilket kræver en ny henvisning. Dette fremgår ikke af de statistiske oplysninger.

Retten til samtaler hos psykolog gælder uanset man får tilladelse til abort efter 12. uge, fordi der er tale om svære misdannelser hos fosteret eller svære psykiske eller sociale belastninger.

9.4.2 Gynækologisk afdeling:

Kvinder, der har fået tilladelse til abort på social indikation, får tilbud om opfølgende samtale, men det lyder samstemmende fra de gynækologiske afdelinger, at det er få kvinder, der benytter sig af tilbuddet.

Kvinder der har fået tilladelse til abort, fordi der har været tale om svære misdannelser ved fosteret, bliver indkaldt til samtale efterfølgende. Disse kvinder tager oftest imod tilbuddet om den opfølgende samtale.

9.4.3 Praktiserende læge:

Kvinder med planlagte abortindgreb, om end der er tale om provokeret abort før eller efter 12. svangerskabsuge, får tilbud om en støttesamtale ved egen læge henholdsvis før og efter det planlagte abortindgreb.

9.4.4 Mødrehjælpen

Mødrehjælpen rådgiver kvinder og par, hvis de er i tvivl om, hvorvidt de skal have en abort eller gennemføre graviditeten. Vores rådgivere guider brugere til at træffe det valg, der er rigtigt for dem. Vi tilbyder også en støttesamtale efter en eventuel abort.

En graviditet er ikke altid planlagt eller ønsket. I samarbejde med Sundhedsstyrelsen tilbyder Mødrehjælpen derfor støttesamtaler – både til gravide, der er i tvivl, og til kvinden, der har brug for at tale med nogen efter en abort. Mødrehjælpen giver mulighed for at tale om de følelsesmæssige dilemmaer, spørgsmål om rettigheder, muligheder for uddannelse, barsel med videre. Vores rådgivere stiller afklarende spørgsmål og videregiver viden om muligheder.

Konkret tilbyder vi:

- Samtale ved tvivl om, hvorvidt graviditeten skal gennemføres eller ej – én eller to samtaler á 1,5 times varighed

- Samtale efter abort

Mødrehjælpens rådgivere hjælper med at udfolde mulighederne for brugeren og forsøger at gøre det mere overskueligt for hende at træffe sit valg. I Mødrehjælpen ønsker vi at give kvinden troen på, at hun selv kan træffe en beslutning, der er rigtig for hende. Vi tilbyder også en støttesamtale efter en eventuel abort.

Hos Mødrehjælpen tilbyder vi altid uvildig rådgivning. Abortstøttesamtalerne varetages af professionelle rådgivere, der er ansat i Mødrehjælpen. De er hverken for eller imod abort – men guider den enkelte bruger til et bevidst og gennemtænkt valg. Brugere kan ringe og bestille tid i vores rådgivningshus i [Aarhus](#), ringe og få telefonisk rådgivning på [Familieinien](#) eller chatte med en rådgiver på Familiechatten.

I Mødrehjælpen har vi også et rådgivningstilbud til mødre og gravide under 30 år i Aarhus. Her kan de få professionel råd og vejledning til forældreskabet og til senere at uddanne sig eller arbejde. Indsatsen hedder Unge Familier på Vej og foregår i et partnerskab med Aarhus Kommune og med fødselsforberedelse fra Aarhus Jordemodercenter. I vores rådgivningshus i Aarhus rådgiver vi også om sociale rettigheder, uddannelse og arbejde, parforhold, vold i familien, skilsmisse, forældremyndighed, samvær og økonomi.⁶

⁶ Kilde: Mødrehjælpen, Søndergade 53, 4. sal, 8000 Aarhus C, Telefon: 33 45 86 60, e-mail-adresse aarhus@moedrehjaelpen.dk.
Læs mere på <https://moedrehjaelpen.dk/>

9.5 Sundhedsloven, Afsnit VII og VIII

9.5.1 Afsnit VII

Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion

Kapitel 25 – Betingelser for svangerskabsafbrydelse

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

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

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

- 1) svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet medfører fare for forringelse af kvindens helbred på grund af foreliggende eller truende legemlig eller sjælelig sygdom eller svækkelses-tilstand eller som følge af hendes 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) kvinden på grund af legemlig eller sjælelig lidelse eller svag begavelse ikke formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde,
- 5) kvinden 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 kvinden, som ikke kan afværges på anden måde, således at det af hensyn til kvinden, til opretholdelsen af hjemmet eller omsorgen for familiens øvrige børn må anses for påkrævet, at svangerskabet afbrydes. Ved afgørelsen tages hensyn til kvindens alder, arbejdsbyrde og personlige forhold i øvrigt samt til familiens boligmæssige, økonomiske og helbredsmæssige forhold.

Stk. 2. Tilladelse til svangerskabsafbrydelse må kun gives, hvis de forhold, der begrundet ansøgningen herom, har en sådan vægt, at det findes berettiget at udsætte kvinden for den forøgede helbredsmæssige 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.

Kapitel 26 – Betingelser for fosterreduktion

§ 95. En kvinde, der er gravid med flere fostre, kan uden særlig tilladelse få reduceret antallet af fostre, hvis indgrebet kan foretages inden udløbet af 12. svangerskabsuge og væsentligt formindsker en risiko for, at kvinden spontant vil abortere alle fostre, at et eller flere fostre som følge af for tidlig fødsel ikke vil være levedygtige eller vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse, at der vil opstå fare for kvindens liv, eller at kvindens legemlige eller sjælelige helbred vil blive væsentligt forringet.

Stk. 2. Er 12. svangerskabsuge udløbet, kan en kvinde i de i stk. 1 nævnte tilfælde få tilladelse til fosterreduktion, hvis der foreligger særlige omstændigheder.

Stk. 3. Uden for de i stk. 1 nævnte tilfælde kan en kvinde få tilladelse til at få reduceret antallet af fostre, hvis der er risiko for, at fosteret på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse.

Stk. 4. Må fosteret i de i stk. 2 og 3 nævnte tilfælde antages at være levedygtigt, kan tilladelse til fosterreduktion kun gives, hvis de i stk. 3 nævnte omstændigheder med afgørende vægt taler for det.

§ 96. Selv om 12. svangerskabsuge er udløbet, kan en kvinde uden tilladelse få reduceret antallet af fostre, hvis indgrebet er nødvendigt for at afværge fare for hendes liv eller for en alvorlig forringelse af hendes legemlige eller sjælelige helbred og denne fare udelukkende eller ganske overvejende er lægefagligt begrundet.

Kapitel 27 – Samråd og ankenævn for svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion

§ 97. Indenrigs- og sundhedsministeren opretter for hver region et eller flere samråd, der afgør sager efter § 94, § 95, stk. 2 og 3, § 98, stk. 2, og § 99, stk. 2 og 3. Et samråd består af en medarbejder ved regionen med juridisk eller social uddannelse og to læger. Den ene læge skal være speciallæge i gynækologi og så vidt muligt ansat ved et stedligt sygehus, mens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt.

Stk. 2. Et samråds afgørelse kan indbringes for et ankenævn, der tillige fører tilsyn med samrådenes virksomhed. Ankenævnet, der oprettes af indenrigs- og sundhedsministeren, består af en formand og et antal andre medlemmer.

Formanden skal være dommer. I behandlingen af hver klagesag deltager mindst 3 medlemmer, herunder formanden eller et medlem, der opfylder betingelserne for at kunne være formand for nævnet. Af de 2 andre medlemmer skal den ene være speciallæge i gynækologi, mens den anden skal være speciallæge i psykiatri eller have særlig socialmedicinsk indsigt.

Stk. 3. Tilladelse kan kun gives, hvis der er enighed herom i samrådet eller ankenævnet.

Stk. 4. Samrådenes og ankenævnets medlemmer samt stedfortrædere beskikkes af indenrigs- og sundhedsministeren for indtil 4 år ad gangen.

Stk. 5. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter forretningsordenen for samrådene og ankenævnet.

Kapitel 28 – Fremgangsmåden

§ 98. Anmodning om svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion skal fremsættes af kvinden selv.

Stk. 2. Er kvinden på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan samrådet, når omstændighederne taler derfor, tillade svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion efter anmodning fra en særligt beskikket værge. For beskikkelsen af denne værge finder bestemmelsen i værgemålslovens § 50 tilsvarende anvendelse. Samrådets afgørelse kan indbringes for ankenævnet af kvinden eller værge.

§ 99. Er kvinden under 18 år, og har hun 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 kvinden 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 kvinden eller forældremyndighedens indehaver.

§ 100. Anmodning om svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion fremsættes over for en læge eller over for et regionsråd.

Stk. 2. Fremsættes anmodningen over for en læge, skal denne gøre kvinden opmærksom på, at hun ved henvendelse til regionsrådet kan få vejledning om de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel. Fremsættes anmodningen over for et regionsråd, skal kvinden, hvis hun ønsker det, vejledes som nævnt i 1. pkt.

Stk. 3. Kvinden skal af en læge vejledes om indgrebets beskaffenhed og direkte følger samt om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet. Det samme gælder den, der skal fremsætte anmodning efter § 98, stk. 2, eller samtykke efter § 99, stk. 1.

Stk. 4. Skønner lægen, at betingelserne for svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion i § 92, § 93, § 95, stk. 1, eller § 96 ikke er opfyldt, skal lægen straks forelægge anmodningen med sin udtalelse for regionsrådet.

Stk. 5. Forud for og efter indgrebet skal kvinden tilbydes en støttesamtale. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter de nærmere regler herom.

Stk. 6. Fremsættes der anmodning om svangerskabsafbrydelse begrundet i omstændigheder som nævnt i § 94, stk. 1, nr. 3, eller fosterreduktion begrundet i omstændigheder som nævnt i § 95, stk. 3, skal kvinden tilbydes oplysning om muligheden for supplerende oplysning og rådgivning hos relevante handicaporganisationer m.v.

§ 101. Svangerskabsafbrydelse efter udløbet af 12. svangerskabsuge og fosterreduktion må kun foretages af læger på regionale sygehuse.

§ 102. Læger, sygeplejersker, jordemødre, sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter, for hvem det strider mod deres etiske eller religiøse opfattelse at foretage eller medvirke til svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion, skal efter anmodning fritages herfor. Tilsvarende gælder for personer, der er under uddannelse til et af de nævnte erhverv.

§ 103. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om anmodning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion og om behandling af sager herom.

9.5.2 Afsnit VIII

Sterilisation og kastration

Kapitel 29 – Anvendelsesområde

§ 104. Bestemmelserne i afsnit VIII anvendes på indgreb, hvorved kønskirtlerne fjernes, eller behandlinger, hvorved de varigt sættes ud af funktion (kastration), og på andre indgreb, der varigt ophæver forplantningsevnen (sterilisation).

Stk. 2. Indgreb og behandlinger for at helbrede legemlig sygdom omfattes ikke af reglerne i afsnit VIII.

Kapitel 30 - Sterilisation

§ 105. Enhver, der er fyldt 18 år, kan uden tilladelse blive steriliseret. Sterilisation af personer mellem 18 og 25 år må først foretages, 6 måneder efter at et tilbud om behandling er givet, jf. dog § 106. Den behandlende læge kan beslutte, at der kan ske sterilisation før fristens udløb, jf. 2. pkt., hvor særlige hensyn taler herfor.

Stk. 2. Dette gælder dog ikke personer, der er omfattet af bestemmelserne i § 110 og § 111.

§ 106. En person med livmoder kan steriliseres, hvis det er nødvendigt at forebygge svangerskab for at afværge fare for personens liv eller for alvorlig og varig forringelse af dennes legemlige eller sjælelige helbred og denne fare udelukkende eller ganske overvejende er lægefagligt begrundet.

Stk. 2. Hvis betingelserne i stk. 1 er opfyldt, kan personens ægtefælle eller samlever i stedet få tilladelse til sterilisation, jf. dog § 107, stk. 3.

§ 107. Er betingelserne i § 105 eller § 106 ikke opfyldt, kan tilladelse til sterilisation gives, hvis

- 1) der på grund af arvelige anlæg hos ansøgeren eller dennes ægtefælle eller samlever er en sådan fare for, at eventuelle børn vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse, at det må anses for ønskeligt at forebygge fødsler,
- 2) ansøgeren eller dennes ægtefælle eller samlever på grund af sindssygdom eller anden sjælelig lidelse, svag begavelse, grovere karakterafvigelser eller alvorlig legemlig lidelse er uegnet til at drage omsorg for børn på forsvarlig måde,
- 3) der af særlige grunde er betydelig fare for, at ansøgeren eller dennes ægtefælle eller samlever ikke kan gennemføre et fremtidigt svangerskab, eller at barnet ikke vil blive levedygtigt eller vil blive født med væsentlige beskadigelser eller
- 4) de forhold, hvorunder ansøgeren og dennes familie lever, gør det påkrævet at undgå barnefødsel. Ved afgørelsen tages hensyn til familiens helbredsmæssige, boligsmæssige og økonomiske forhold samt antallet af hjemmeværende børn og til, om det må forventes, at flere børn vil medføre en væsentlig belastning af forholdene gennem forringelse af ansøgerens helbredstilstand, betydelig forøgelse af dennes arbejdsbyrde eller på anden måde.

Stk. 2. Ved afgørelsen af, om sterilisation kan tillades, skal der lægges særlig vægt på, om de forhold, der begrunder sterilisationen, kan antages at være af varig karakter. Der skal desuden lægges vægt på, om svangerskab kan forebygges hensigtsmæssigt på anden måde.

Stk. 3. Sterilisation af personer under 18 år må ikke tillades, medmindre ganske særlige forhold taler derfor.

Stk. 4. Sundhedsstyrelsen kan fastsætte nærmere regler for sterilisation efter stk. 1-3.

Kapitel 31 - Samråd og ankenævn for sterilisation

§ 108. Sager efter § 106, stk. 2, og §§ 107, 110 og 111 afgøres af de samråd, der er oprettet i henhold til § 97.

Stk. 2. Et samråds afgørelse kan indbringes for det ankenævn, der er oprettet i henhold til § 97.

Stk. 3. Samrådet tiltrædes af en særlig beskikket dommer ved behandlingen af en ansøgning fra en person, der

- 1) er under 18 år,
- 2) er undergivet foranstaltninger i henhold til straffelovens §§ 68-70 eller
- 3) mod sin vilje er indlagt eller tilbageholdt på et regionalt sygehus i medfør af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien.

Stk. 4. Tilladelse kan kun gives, hvis der er enighed herom i samrådet eller ankenævnet.

Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse beskikker dommere og stedfortrædere for disse efter stk. 3. Beskikkelsen gælder for 4 år ad gangen og kan omfatte flere samråd.

Kapitel 32 – Fremgangsmåden

§ 109. Anmodning om sterilisation skal fremsættes af den, på hvem indgrebet skal foretages, jf. dog § 110.

§ 110. Er den, som har fremsat anmodning om sterilisation efter § 109 på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund varigt eller for længere tid ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, kan samrådet efter anmodning fra en særligt beskikket værge tillade sterilisation, når omstændighederne taler derfor. For beskikkelsen af denne værge finder bestemmelsen i værgemålslovens § 50 tilsvarende anvendelse. Samrådets afgørelse kan indbringes for ankenævnet af den, på hvem indgrebet skal foretages, og af værgen.

§ 111. Er den, på hvem indgrebet skal foretages, en person under 18 år, der ikke har indgået ægteskab, er den pågældende sindssyg eller hæmmet psykisk udviklet, eller findes det i øvrigt på grund af ansøgerens sjælelige tilstand, herunder svag begavelse, betænkeligt, at denne på egen hånd anmoder om sterilisation, kan samrådet tillade sterilisation efter anmodning fra den pågældende og forældremyndighedens indehaver eller en særligt beskikket værge. For beskikkelsen af værgen finder bestemmelsen i værgemålslovens § 50 tilsvarende anvendelse. Samrådets afgørelse kan indbringes for ankenævnet af ansøgeren, forældremyndighedens indehaver og værgen.

§ 112. Anmodning om sterilisation fremsættes over for en læge eller over for et regionsråd.

Stk. 2. Hvis betingelserne i § 105 eller § 106, stk. 1, er opfyldt, uden at der foreligger omstændigheder som nævnt i § 110 eller § 111, henviser lægen eller regionsrådet den pågældende til sterilisationsbehandling. I modsat fald skal lægen forelægge anmodningen med sin udtalelse for regionsrådet.

§ 113. Den, på hvem indgrebet skal foretages, skal af en læge vejledes om indgrebets beskaffenhed og direkte følger og om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet. Det samme gælder den, der skal fremsætte anmodning efter § 110 eller tiltræde anmodningen efter § 111.

§ 114. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om anmodning om sterilisation og om behandling af sager herom.

Kapitel 33 – Kastration

§ 115. En person kan få tilladelse til kastration, herunder med henblik på kønsskifte, hvis ansøgerens kønsdrift medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse.

Stk. 2. En person kan få tilladelse til kastration, hvis ansøgerens kønsdrift udsætter denne for at begå forbrydelser.

Stk. 3. Kastration af personer under 21 år må ikke tillades, medmindre ganske særlige grunde taler derfor.

§ 116. Tilladelse til kastration gives af indenrigs- og sundhedsministeren.

Stk. 2. § 110 og § 111 finder tilsvarende anvendelse på ansøgninger om kastration. De afgørelser, der ved ansøgning om sterilisation efter § 110 og § 111 træffes af et samråd eller ankenævnet, træffes dog af indenrigs- og sundhedsministeren, når der er tale om en ansøgning om kastration.

Stk. 3. § 113 finder tilsvarende anvendelse ved kastration.

§ 117. Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om ansøgning om kastration og om behandlingen af sager herom.

**Rapporten er skrevet af en interessegruppe ved
Klinisk Socialmedicin & Rehabilitering,
CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling:**

reservelæge Lærke Knud Damgaard
reservelæge Emma Helledie
lægefaglig ansvarlig Mila Kim
socialfaglig koordinator Jette Sørensen
sekretær Anette Kristensen

Maj 2015

