

Prænatal information og rådgivning ved fund af kromosomsygdom og andre sygdomme hos fostret.

Guideline grupens medlemmer:

Ann Tabor, Helle Zingenberg, Ida Vogel, Katja Dahl, Lone Nørgaard, Stina Lou, Olav Bjørn Petersen (Tovholder)

Udkast til guideline: Prænatal information og rådgivning ved fund af kromosomsygdom eller anden sygdom hos fostret.	1
Afgrænsning af emnet.....	1
Anbefalinger:.....	1
<i>Ved afgivelse af prøvesvar pr telefon:.....</i>	<i>1</i>
<i>Faktorer af betydning for "den gode information og rådgivning"</i>	<i>2</i>
<i>Når afbrydelse af graviditeten er en mulighed: Det svære valg.....</i>	<i>2</i>
<i>Andre væsentlige instanser der bør/kan inddrages i information og rådgivning.</i>	<i>3</i>
<i>Ved afbrydelse af graviditeten</i>	<i>4</i>
<i>Hvad sker der med det aborterede foster?.....</i>	<i>5</i>
Sakset fra SST's rapport om fosterdiagnostik fra 2004:	7
Referencer:	9

Afgrænsning af emnet

Denne guideline vedrører prænatal rådgivning og information i forbindelse med diagnose af alvorlig føtal sygdom, f.eks. kromosomale sygdomme, monogent arvelige sygdomme eller misdannelser.

Guideline omfatter dermed ikke rådgivning forud for screening eller diagnostiske tests.

Da der er meget lidt evidens vedr. prænatal information og rådgivning, er denne guideline primært uddrag af lovgrundlaget og en beskrivelse af "best practice" af betydning for videregivelse af de diagnostiske informationer på en måde, der understøtter den gravides/parrets mulighed for at tage stilling på et så grundigt og nuanceret grundlag som muligt. Og understøtter deres valg i situationer hvor evt. afbrydelse af graviditeten er en mulighed.

Downs syndrom er den hyppigste kromosomsygdom, og den eksisterende litteratur vedr. prænatal rådgivning og vejledning er primært relateret til Downs syndrom. Aktuelle guideline er dog tænkt dækkende generelt for information og rådgivning ved alle alvorlige kromosomale sygdomme, monogent arvelige sygdomme eller misdannelser.

Anbefalinger:

Ved afgivelse af prøvesvar pr telefon:

- Ved afgivelse af prøvesvar: Man bør allerede i forbindelse med prøvetagning aftale rammerne for svarafgivelse, og eksplicit have aftalt om parret ønsker telefonisk besked eller under alle omstændigheder vil ind til samtale.

- Det er i forbindelse med aftale om telefonisk svar vigtigt at parret er opmærksomme på om de er et sted eller i en situation, hvor de ikke er klar til at modtage svar. Generelt er det parrenes ønske – så vidt det er muligt - at de er sammen når de får svaret, også pr telefon. ^{1,2} Det er dog erfaringen at behovet for dette også afhænger af den konkrete risiko for et abnormt svar.
- Telefonbesked om prøvesvar bør primært gives hurtigst muligt – og af den person, der kender parret/er kontaktperson - men hurtigt svar vægtes over "kendt person". ^{1,2}
- Ved telefonisk afgivelse af et abnormt svar bør man give parret et signal om ("warning") at man ringer med et ikke-normalt svar, kan man f.eks. sige: "Vi har nu svaret, og har I mulighed for tale om dette nu – eller skal vi aftale noget andet?"
- Efter telefonisk afgivelse af abnormt svar er det ofte en god ide at aftale, at man ringer tilbage efter kort tid, da erfaringen viser, at de fleste ikke hører ret meget af, hvad der bliver sagt efter beskeden om et abnormt svar
- Ved telefonisk afgivelse af abnormt svar er det helt afgørende, at man giver parrene muligheden for – så hurtigt som muligt - at komme ind til en opfølgende samtale, hos- eller med deltagelse af fagpersoner med særlig viden om den aktuelle sygdom. Dette må ofte ske i samarbejde med andre specialer ^{1,3,4}

Faktorer af betydning for "den gode information og rådgivning"

- Oplevet empati vægtes meget højt af parrene ²
- Besked overdrages i et uforstyrret rum – der skal være tid til at stille spørgsmål ²
- Der skal generelt informeres i et neutralt toneleje. Ved prøvesvar givet efter fødslen er der nogle studier, der tyder på, at man bør undgå værdiladede sætninger som "jeg beklager", "dårlige nyheder" mm. ¹
- Ved både prænatal- og postnatal diagnose: når diagnosen er stillet, ønsker parret så præcis og opdateret information som muligt om: - Hvad indebærer sygdommen, hvad er årsagen til sygdommen, og hvad er de vigtigste mulige helbredskonsekvenser med specielt fokus på de første år som barn og ung ^{1,5} Dette understreger betydningen af det multidisciplinære samarbejde/rådgivning.
- Vigtigt at understrege at sværhedsgraden af de helbredsmæssige og udviklingsmæssige konsekvenser af en given sygdom/misdannelse generelt *ikke* kan forudsiges præcist ved prænatal diagnose, men ofte er et spektrum af symptomer/sværhedsgrader ⁶

Når afbrydelse af graviditeten er en mulighed: Det svære valg

- Sundhedsloven giver mulighed for at imødekomme ansøgning om abort efter uge 11+6, når det enten sker på baggrund af sygdom hos fostret eller hos moderen, eller en række andre forhold vedrørende moderen, *eller* der er tale om et *ikke-levedygtigt foster* – se uddrag af lovgrundlag nedenfor. Der er altså ikke tale om en fast gestationsalder, men en konkret vurdering i den givne situation.
- Erfaringen er at jo højere gestationsalder, jo alvorligere skal sygdommen være (eller en kombination af flere faktorer inklusiv psykiske og sociale faktorer) for at der gives tilladelse, dette gælder især ved ansøgning efter 22 fulde uger. Ved letale sygdomme, som anencefali, giver loven faktisk mulighed for tilladelse til abort uden nogen øvre grænse for gestationsalder. ⁷
- Hvis der er tale om risiko for moderens liv, kan der foretages abort uden samrådsansøgning. ⁸

- Det er ved diagnostik af alvorlig sygdom vigtigt at parret informeres om de forskellige muligheder der forefindes herunder at fortsætte graviditeten, bortadoption af et sygt barn kan være en mulighed (især i udlandet, bla USA er dette en mulighed), og at det er muligt at søge samrådet om afbrydelse. Man kan f.eks. spørge parret, om de har overvejet, hvad der skal ske nu – om de på forhånd har gjort sig nogle overvejelser/ønsker hvis det skulle vise sig, at barnet/fostret er sygt. ^{1,6}
- Vigtigt at parret tager sig tid til at træffe en beslutning – der skal være tid til refleksion (der kan ved behov tilbydes ny tid). Og det er vigtigt at personalet respekter parrets beslutning, når den er truffet ^{1,4}.
- Vigtigt at understrege at vi som fagpersoner støtter parret i at *søge* samrådet og at vi udarbejder ansøgningen, men at det at *søge* ikke er det samme som, at der er givet *tilladelse* - det er udelukkende samrådet der giver evt. tilladelse.
- Vigtigt – ikke mindst ved fund af misdannelser – at give parret tilbud om at gentage både undersøgelsen og samtale med information og rådgivning.
- Om at dele sine tanker og beslutning med andre: Forberede parrene på at overveje hvem de taler med – at de kan møde både positive såvel som negative reaktioner fra omgivelserne – uanset hvilken beslutning de træffer. At tvivle og at føle skyld er normalt, og vigtigt at få talt om. ⁶

Andre væsentlige instanser der bør/kan inddrages i information og rådgivning.

- Klinisk-genetisk afdeling
 - Som hovedregel er det ved fund af enhver type kromosomale sygdomme eller monogent arvelige sygdomme indiceret at tilbyde henvisning af parret til genetisk rådgivning. Dette gælder også kendte kromosomsygdomme som Downs- og Turners syndrom. ⁹
- Andre specialer/subspecialer
 - Som hovedregel er det ved fund af enhver type fostermisdannelse indiceret at tilbyde/henvis til multidisciplinær rådgivning med deltagelse af læger fra relevante specialer/subspecialer. Dette inkluderer f.eks. børnekardiologi ved fund af hjertemisdannelser, børneorthopædi ved fund af skelet/ekstremitetssygdom, børnene-nefro/urologi, neonatologi, børnekirurgi mfl.
- Patientforeninger
 - Hvor muligt og relevant, bør der som hovedregel tilbydes kontakt til patientforening. Dette gælder feks ved Downs syndrom ¹⁰ og Turners syndrom ¹¹, og andre tilstande hvor der findes en patientforening.
 - Hvor muligt og relevant, bør der som hovedregel – enten gennem patientforening eller direkte - tilbydes kontakt til familie med barn med samme/relateret sygdom. ^{1,5}
 - Der findes også foreninger der mere bredt omfatter sjældne sygdomme, og som tilbyder information og rådgivning indenfor disse sygdomme, feks UniqueDanmark ¹², dansk lokalafdeling af den internationale organisation Unique: The Rare Chromosome Disorder Support Group ¹³.
- Egen læge og jordemoder
 - Det vil altid være en god ide – med patientens samtykke - hurtigst muligt at give egen læge og jordemoder besked (evt sende hasteepikrise/samrådsnotat), da mange gravide/par kontakter disse ifbm med diagnostik af sygdom hos fostret.

- Andre støttepersoner, f.eks. sygehuspræst og psykolog
 - Det vil ved fund af alvorlig føtal sygdom være en god ide at informere om muligheden for via egen læge at blive henvist til fagperson med særlig kompetence i krisehåndtering, som f.eks. psykolog eller tilbyde kontakt til sygehuspræst. Dette er ikke mindst af stor betydning hvor der er overvejelser om at afbryde graviditeten
 - Med henvisning fra egen læge er der mulighed for refusion af 60% af udgifter til psykolog - op til 12 konsultationer. Dette kan være en gode måde at åbne for det legale i at have behov for de redskaber man kan få gennem psykologhjælp..
- Mødrehjælpen
 - Mødrehjælpen har mange års erfaring i at hjælpe og rådgive kvinder/par i forbindelse med overvejelser om evt. abort ¹⁴.
- Landsforeningen spædbarnsdød
 - Landsforeningen har mange års erfaring med støtte (personlig rådgivning og foreningsarrangementer) og rådgivning til par, der overvejer eller har gennemgået senabort, eller har oplevet at barnet døde – inden eller efter fødslen. ¹⁵

Ved afbrydelse af graviditeten

- Ansøgningsprocedure til samrådet
 - En samrådsansøgning skal indeholde alle relevante oplysninger om den pågældende sygdom/sygdomme, inkl. formodet prognose, evt. med referencer. Ansøgningen skal også indeholde oplysninger om den givne information, herunder om der er informeret om mulighed for information og rådgivning ved handicaporganisationer, jvf. vejledningen pkt 6.1.3. ⁷ I tilfælde af genetiske sygdomme ofte også udtalelse fra klinisk-genetisk afdeling, jvf cirkulæret §2 stk 4. ⁹
 - Da en samrådstilladelse kan være baseret på grundlag fra flere lovafsnit, skal ansøgningen – hvor relevant – også indeholde oplysninger om maternelle sygdomme (både fysisk og psykisk) der kan være en risikofaktor for mor eller barn, og parrets sociale og familiemæssige situation.
 - Der skal oplyses om, at man kan anke et evt. afslag til abortankenævnet ¹⁶
- Vigtig information forud for senabort
 - Ved sen abort vil der med stigende gestationsalder være flere, hvor det aborterede foster viser livstegn. En dansk ikke-videnskabelig opgørelse viste at dette var tilfældet hos knap 17% af fostre aborteret efter uge 14. ¹⁷ Det er derfor helt afgørende at informere parrene om dette. Denne information bør som minimum inkludere:
 - At der *inden* aborten laves en aftale med parret om, at barnet kan være hos parret til det udånder – alternativt aftale med personale om at tage sig af barnet.
 - At livstegn er reflekser, og kan ses selvom fostret ikke er levedygtigt. ¹⁸
 - At hjernen er meget lidt udviklet før 23-24 uger, og at der på baggrund af viden om hjernens udvikling og opbygning tidligst er grundlag for at føle smerte efter uge 23-24 ^{18,19}
 - At personalet professionelt er forberedt på, og kan håndtere denne situation
 - At erfaringen viser, at såfremt personale og den gravide/parret er forberedt på dette vilkår ved sen abort, opleves det ikke som meget

ubehageligt/ubærligt – heller ikke på længere sigt. Nogle par giver udtryk for, at det at opleve livstegn hos et aborteret foster også kan opleves som noget positivt midt i ulykken¹⁸.

- Det er en mulighed at foretage føticide forud for senabort. Om dette skal tilbydes er ifølge Sundhedsministeriet en konkret vurdering af den behandlende læge, se også Det Ethiske Råds rapport om brug af føticide forud for senabort.¹⁸
- Vedr procedure for selve aborten henvises til lokale guidelines og til DSOG: Hindsgavl gynækologisk guideline vedr. 2. Trimester abort²⁰
- Opfølgning efter senabort
 - Alle skal have tilbud om en opfølgende samtale, jf. bekendtgørelsen §4 og vejledningen.^{7,21}
 - Enten når alle prøvesvar foreligger (typisk efter 2-3 måneder).
 - Eller allerede efter 4-6 uger, hvor mange svar vil foreligge - med en eksplicit aftale om at alle svar endnu ikke foreligger. Og med tilbud om en endelig samtale når alle svar foreligger – erfaringen viser at dette oftest kan gøres pr telefon.

Hvad sker der med det aborterede foster/barn?

- Fostre der har vist livstegn efter aborten, vil – uanset gestationsalder - som hovedregel blive registreret som levendefødt, neonatalt død, og skal – i henhold til loven - dermed begraves.^{22,23}
- Fostre/børn, der er aborteret fra og med uge 22+0 registreres enten som levendefødt, neonatalt dødt (jvf ovenfor), eller som dødfødt – og skal altid begraves.^{22,23}
- Fostre uden livstegn, aborteret før uge 22+0 skal enten kremeres eller nedgraves
- Det er forældrene, som kontakter bedemanden, hvis fosteret/barnet skal begraves eller nedgraves. Begravelseshjælp kan søges (ofte af bedemanden) hos kommunen.
- Det vil stort set altid være en god ide at fostret bliver obduceret – jvf DFMS guideline for foetus mortuus. Erfaringen er, at det er helt afgørende at personalet der diskuterer evt obduktion med parret, forstår betydningen af obduktion – både for svar i aktuelle graviditet, og for rådgivning ifbm evt ny graviditet.
- Hvis der er aftalt obduktion af fostrets hjerne, vil denne ikke blive kremeret eller nedgravet/begravet sammen med resten af fostret. Der er forskellig praksis, nogle afdelinger vil foretage kremering af den obducerede hjerne. Hvis fostret er blevet begravet/nedgravet tilbyder nogle afdelinger at også hjernen kan blive nedgravet/begravet (same sted som fostret) efter gennemført.

Barselsorlov

- Abort efter uge 22+0 uger: Ret til 14 ugers barselsorlov.
- Abort før uge 22+0, foster *med* livstegn/levendefødt: Ret til 14 ugers barselsorlov.
- Abort før uge 22, foster *uden* livstegn/dødfødt: Ingen ret til barselsorlov – sygemelding er en mulighed.²⁴

Uddrag af væsentlige love, bekendtgørelser og vejledninger

- Sundhedslovens §94 giver mulighed for tilladelse til abort efter uge 11+6, såfremt:⁸

- Svangerskabet – eller omsorgen for barnet - medfører risiko for kvindens helbred (fysisk eller psykisk eller “øvrige livsforhold”)
- Risiko for at barnet, pgr af kromosomsygdom, beskadigelse eller anden føtal sygdom, vil få en alvorlig legemlig eller sjælelig lidelse
- Kvinden pgr af legemlig eller sjælelig lidelse, eller svag begavelse, ikke formår at drage omsorg for barnet
- Kvinden pgr af ung alder eller umodenhed ikke formår at drage omsorg for barnet
- Svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet må antages at medføre en alvorlig belastning af kvinden
- Sundhedslovens §94 foreskriver også, at tilladelsen kun kan imødekommes, såfremt *fostret ikke er levedygtigt* – medmindre der er tale om ganske særlige forhold (b.la fare for kvindens liv)
- Levedygtighed defineres i vejledning no 25/2006 som at det aktuelle foster *ville kunne overleve nogle uger*, hvis det blev født naturligt på tidspunktet for den påtænkte abort. ⁷

Sakset fra SST's rapport om fosterdiagnostik fra 2004 ²⁵:

3.4 Rådgivning vedrørende diagnostiske fund

Det skal tilstræbes, at rådgivningen er så realistisk og nøgtern, og så fuldstændig som muligt, idet kvindens selvbestemmelse konsekvent skal respekteres. Den bør afpasses kvindens/parrets situation og forudsætninger, idet de forskellige muligheder fremlægges åbent, herunder behandlingsmuligheder og samfundsmæssige hjælpe- og støtteforanstaltninger.

Tilbud om støttesamtale skal i påkommende fald gives efter abortlovens bestemmelser herom, ligesom der altid forinden kvinden træffer sin beslutning skal informeres om muligheden for at opnå information/rådgivning uden for det sundhedsfaglige regi. Når kvinden har truffet sit valg endeligt, skal dette valg respekteres og støttes.

3.4.1 Rådgivning ved påvist kromosomafvigelse eller arvelig sygdom hos fostret

Rådgivningen ved fund af kromosomsygdom eller monogen arvelig sygdom finder sted i klinisk-genetisk regi, dog kan der lokalt efter konkret aftale ske delegation af visse problemstillinger til fødestedet (gynækologisk-obstetrisk specialregi). Rådgivningen omfatter medicinske, psykologiske, økonomiske og sociale aspekter herunder samfundsmæssige støtteforanstaltninger. Der lægges vægt på at nuancere og uddybe informationen, for at belyse hele det prognostiske spektrum.

3.4.2 Rådgivning ved påvist misdannelse/somatisk udviklingsdefekt hos fostret

Ved fund af misdannelse mv. vil den opfølgende information/rådgivning af den gravide som oftest finde sted i gynækologisk-obstetrisk specialregi, idet det forudsættes at der herved efter en konkret vurdering inddrages relevant anden faglig ekspertise, eksempelvis hvor det drejer sig om at vurdere behandlingsmuligheder eller belyse hjælpemuligheder/støtteforanstaltninger. Nutidens muligheder for neonatal intensivbehandling og -kirurgi, og kirurgiske behandlingsmuligheder i opvæksten, har radikalt ændret udsigterne ved mange af disse tilstande, men det kan evt. dreje sig om store og gentagne indgreb og komplicerede behandlingsforløb med en vis mortalitet, som stiller store krav til parrets og familiens ressourcer.

Bekendtgørelse om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion

I medfør af §§ 100, stk. 5, og 103 i sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005, fastsættes:

§ 1. Anmodning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion skal indeholde oplysning om kvindens navn, personnummer og bopæl.

Stk. 2. Den, der fremsætter en anmodning om svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion efter lovens § 98, stk. 1 eller 2, skal underskrive anmodningen. Det samme gælder for den, der afgiver samtykke efter lovens § 99, stk. 1.

§ 2. For værgebeskikkelse efter lovens § 98, stk. 2, finder bestemmelsen i værgemålslovens § 50 tilsvarende anvendelse. Der skal fortrinsvis beskikkes en person, som ved slægtskab, svogerskab eller venskab er nært knyttet til kvinden.

Stk. 2. Er der allerede beskikket en værge for kvinden, kan den pågældende beskikkes, hvis det findes hensigtsmæssigt.

§ 3. Inden indgrebet foretages, skal den læge, der vejleder efter lovens § 100, stk. 3, og kvinden ved deres underskrift bekræfte, at vejledning har fundet sted. Det samme gælder den indehaver af forældremyndighed eller værge, der er nævnt i lovens § 98, stk. 2, og § 99, stk. 1. Er kvinden omfattet af lovens § 98, stk. 2, skal hun dog ikke bekræfte, at vejledning har fundet sted.

§ 4. Kvinden skal tilbydes, at der afholdes en støttesamtale før og efter et indgreb. Ved anmodning om svangerskabsafbrydelse er formålet med samtalen før indgrebet at sikre, at kvinden kan få støtte til at træffe beslutning om at gennemføre eller afbryde svangerskabet. Ved anmodning om fosterreduktion er formålet med samtalen før indgrebet at sikre, at kvinden kan få støtte til at træffe beslutning om, hvorvidt hun ønsker at få foretaget fosterreduktion under svangerskabet. Den efterfølgende samtale har til formål at afhjælpe eventuelle psykiske gener efter et indgreb.

Stk. 2. Vejledning om støttesamtaler skal gives mundtligt og skriftligt af lægen i forbindelse med den i lovens § 100, stk. 3, nævnte vejledning.

Stk. 3. Kvinden og lægen skal ved deres underskrift bekræfte, at vejledning om støttesamtaler er givet. § 3, stk. 1, 3. pkt., finder tilsvarende anvendelse.

Stk. 4. Støttesamtale kan finde sted i offentligt, privat eller frivilligt regi.

§ 5. Hvor anmodning om svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion fremsættes efter lovens § 94, stk. 1, nr. 3, eller § 95, stk. 3, skal lægen endvidere tilbyde kvinden oplysning om muligheden for supplerende oplysning og rådgivning fra relevante handicaporganisationer.

§ 6. Klage efter lovens § 97, stk. 2, kan indgives mundtligt eller skriftligt til regionsrådet.

§ 7. Bekendtgørelsen træder i kraft den 1. januar 2007.

Stk. 2. Bekendtgørelse nr. 540 af 16. juni 2004 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion ophæves.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet, den 19. december 2005

Lars Løkke Rasmussen

Referencer:

- [1] Skotko BG. Prenatally diagnosed Down syndrome: mothers who continued their pregnancies evaluate their health care providers. *Am J Obstet Gynecol* 2005; **192** : 670-677.
- [2] Alkazaleh F, Thomas M, Grebenyuk J, Glaude L, Savage D, Johannesen J, Caetano M, Windrim R. What women want: women's preferences of caregiver behavior when prenatal sonography findings are abnormal. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; **23** : 56-62.
- [3] Tijnstra TJ, Bosboom GJ, Bouman K. Experiences of women who decided to continue the pregnancy after diagnosis of Down's syndrome. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; **144** : 2104-2107.
- [4] Williams C, Alderson P, Farsides B. What constitutes 'balanced' information in the practitioners' portrayals of Down's syndrome? *Midwifery* 2002; **18** : 230-237.
- [5] Helm DT, Miranda S, Chedd NA. Prenatal diagnosis of Down syndrome: mothers' reflections on supports needed from diagnosis to birth. *Ment Retard* 1998; **36** : 55-61.
- [6] Korenromp MJ, Page-Christiaens GC, van den Bout J, Mulder EJ, Visser GH. Maternal decision to terminate pregnancy in case of Down syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2007; **196** : 149.e1-149.11.
- [7] Retsinformation.dk: Vejledning om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion (No: 25/2006). <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10239>.
- [8] Retsinformation.dk: Sundhedsloven, afsnit VII (kap 25-28): Svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114054#Kap25>.
- [9] Retsinformation.dk: Cirkulære om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10238>.
- [10] Landsforeningen Downs Syndrom: <http://www.downssyndrom.dk>.
- [11] Turnerforeningen: <http://turnersyndrom.wpengine.com>.
- [12] UniqueDanmark: <http://www.uniquedanmark.dk>.
- [13] Unique: The Rare Chromosome Disorder Support Group. <http://www.rarechromo.org/html/home.asp>.
- [14] Mødrehjælpen: <https://moedrehjaelpen.dk>.
- [15] Landsforeningen Spædbarnsdød: <http://www.spaedbarnsdoed.dk>.
- [16] SST: Abortankenævnet. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/graviditet-og-spaedboern/abortankenaevnet>.
- [17] Politiken: Optælling fra landets største fødested: hver sjette aborterede foster var i live. <http://politiken.dk/indland/ECE1842632/optaelling-fra-landets-stoerste-foedested-hver-sjette-aborterede-foster-var-i-live/>.

- [18] Det Etiske Raad: Brugen af kaliumindsprøjtning ved sene aborter i det danske sundhedsvæsen. <http://www.etiskraad.dk/da-dk/Nyhedsarkiv/2013/maj/~media/bibliotek/udtalelser/2013/Brugen-af-kaliumindsproejtning-ved-sene-aborter-i-det-danske-sundhedsvaesen.pdf> 2013].
- [19] Lee SJ, Ralston HJ, Drey EA, Partridge JC, Rosen MA. Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. *JAMA* 2005; **294** : 947-954.
- [20] DSOG: Hindsgavl guideline: 2. Trimester aborter/missed abortion. http://www.dsog.dk/hindsgavl/2TA_guide_050911_UDS.pdf.
- [21] Retsinformation.dk: Bekendtgørelse om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10127>.
- [22] Retsinformation.dk: Vejledning om kriterier for levende- og dødfødsel mv. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10100>.
- [23] Retsinformation.dk: Vejledning om ligsyn, indberetning af dødsfald til politiet og dødsattester mv. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11087>.
- [24] Borger.dk: Reglerne for barselorlov i forbindelse med spædbarnsdød/sen abort. <https://www.borger.dk/Sider/Barsel-spaedbarnsdoed.aspx>.
- [25] SST: Retningslinjer for fosterdiagnostik. http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2004/informeret_valg.pdf.