



**Københavns Universitet**



## **Det etiske forbehold**

Herrmann, Janne Rothmar

*Published in:*  
Ugeskrift for retsvæsen

*Publication date:*  
2005

*Document Version*  
Tidlig version også kaldet pre-print

*Citation for published version (APA):*  
Herrmann, J. M. R. (2005). Det etiske forbehold. Ugeskrift for retsvæsen, 385-393.

# Det etiske forbehold

*Af ph.d.-stipendiat, cand.jur. Janne Rothmar Herrmann*

*I forbindelse med abort og prævention er visse sundhedspersoner tillagt et etisk forbehold - det vil sige, at de af etiske eller religiøse årsager kan nægte at udføre eller levere bestemte sundhedsydelser. Rækkevidden af det etiske forbehold undersøges i artiklen.*

Selv om forholdet mellem ret og etik er omdiskuteret, er der enighed om, at lovgivning kan afspejle etiske værdier. F.eks. afspejler straffelovens forbud mod at slå ihjel en bestemt etisk/moralsk opfattelse af menneskelivets værdi. Mens dette er ukontroversielt, når det gælder en etisk/moralsk opfattelse, vi i det store hele som samfund er enige i og bifalder, forholder det sig lidt anderledes på områder, hvor menneskers etiske overbevisninger er forskelligartede. I disse situationer er en mulig løsning for lovgiver at anerkende den etiske pluralisme ved at give mulighed for et etisk forbehold.

Det etiske forbehold dækker over personers ret til at vægre sig ved at udføre bestemte handlinger eller levere bestemte ydelser på grund af etiske eller religiøse overbevisninger.

I dansk ret findes flere eksempler på etiske forbehold: En værnepligtig kan af samvittighedsgrunde vælge at opfylde sin værnepligt ved civilt arbejde[1] og en ledig, der modtager arbejdsløshedsdagpenge, kan, hvis vedkommende ikke vil medvirke til produktion af krigsmateriel, afslå et sådant arbejde uden konsekvenser.[2]

På det sundhedsretlige område er der flere eksempler på etiske forbehold i lovgivningen: I forbindelse med abort, fosterreduktion, behandling uden brug af blodprodukter og vejledning om brug af svangerskabsforebyggende midler har visse sundhedspersoner mulighed for at påberåbe sig et etisk forbehold.[3]

Formålet med denne artikel er at undersøge rækkevidden af det etiske forbehold i relation til prævention og abort.[4]

Først vil bestemmelsens historiske udvikling og baggrund blive behandlet i afsnit 1. Derefter følger en kort definition af abort- og præventionsbegrebet i afsnit 2. Ud over de nævnte bestemmelser kan der være andre relevante regler i lovgivningen eller andet retligt relevant materiale, der kan indgå i fortolkningen af det etiske forbehold i relation til livets begyndelse. Dette behandles i afsnit 3. Artiklen afsluttes i afsnit 4 med nogle opsummerende og kritiske bemærkninger.

## 1. Baggrund og historisk udvikling

Baggrunden for det etiske forbehold skal søges i uenigheden om den etiske status, der er tillagt det menneskelige foster.[5] Nogle mener, at fosteret blot er et bundt celler og derfor ikke er et etisk subjekt, mens andre tillægger fosteret samme status som det fødte menneske. Endelig tillægger nogle fosteret en graderet status.

At fosteret har en særlig status, afspejledes allerede i Hippokrates' lægeløfte, hvoraf fremgår, at »*ej heller vil jeg give nogen kvinde fosterfordrivende middel*«. [6] Lægeløftet aflægges stadig, om end det kun er moralsk og ikke juridisk forpligtende.

Før 1. april 1938 blev svangerskabsafbrydelse reguleret i straffeloven.[7] Svangerskabsafbrydelse var strafbart og kunne kun foretages efter nødrretsbetragtninger. I 1938 trådte lov om foranstaltninger i anledning af

<386>

svangerskab m.v.[8] i kraft. Loven tillod abort, når der var fare for kvindens liv eller helbred eller på eugenisk eller etisk indikation (det vil sige, når fosteret led af en alvorlig sygdom, eller graviditeten var følge af en kønssædelighedsforbrydelse).

Det var først i lov nr. 177 af 23/06/1956[9] om foranstaltninger i anledning af svangerskab og i den senere lov nr. 120 af 24/03/1970[10]

om svangerskabsafbrydelse m.v., at der var bestemmelser om, at den abortsøgende kvinde skulle indlægges på et andet sygehus, hvis overlægen på det sygehus, hvorunder kvinden tilhørte, *nægtede* at foretage indgrebet. Det etiske forbehold i sin første udformning kommer således ind i loven på samme tid, som den sociale indikation (om kvindens egenskaber eller forhold) finder fodfæste i loven som grundlag for en abort.

Den 30. november 1972 fremsatte justitsministeren forslag om en ny abortlov, der gav kvinder ret til at få et svangerskab afbrudt inden udløbet af 12. svangerskabsuge[11] (fri abort). Lovforslaget fastholdt oprindeligt den ældre bestemmelse om, at overlægen kunne nægte at foretage indgrebet, og fremhævede i bemærkningerne til § 10, at den amtskommune, hvor kvinden boede, ifølge lov nr. 237 af 4. juni 1969 om sygehusvæsenet, § 1, havde en pligt til at sørge for, at dets sygehusvæsen kunne foretage sådanne indgreb. At kvinder nu fik et retskrav på fri abort, gjorde det således nødvendigt at afbalancere det etiske forbehold over for den pligt, der påhvilede sygehusvæsenet. Herved har kvinders retskrav på fri abort forrang for retten til etisk vægring i den forstand, at det påhviler sygehusvæsenet at have ansat et så tilstrækkeligt antal sundhedspersoner uden etisk forbehold, så dette retskrav kan opfyldes.

Under behandlingen af lovforslaget beskæftigede retsudvalget sig med, om en overlæge kunne nægte at foretage svangerskabsafbrydelse, ligesom det blev drøftet, om sygeplejersker og sygeplejeelever af etiske eller religiøse grunde kunne nægte at medvirke til en svangerskabsafbrydelse. Der blev både stillet ændringsforslag om at udvide forbeholdet til at gælde for den nævnte gruppe og ændringsforslag om at fratage overlægen retten til at nægte. Der var flertal for førstnævnte ændringsforslag,[12] og ved vedtagelsen af 1973-loven[13] fik begge grupper således en fritagelsesmulighed.

Det var først i lov nr. 350 af 24/05/1989 om ændring af lov om svangerskabsafbrydelse, at det etiske forbehold blev udvidet til også at omfatte læger generelt, jordemødre og sygehjælpere samt personer, der var under uddannelse til de nævnte erhverv. Lovforslaget forudsætter, at arbejdet på sygehusafdelingerne bør kunne tilrettelægges på en sådan måde, at der sker fritagelse, samtidig med at borgerne kan få den ydelse, de har retmæssigt krav på.

I retsudvalgets betænkning over forslag til lov om en ændring af lov om svangerskabsafbrydelse afgivet den 11. maj 1989[14] indstillede et flertal (bestående af S, SF, CD og Q), at lovforslaget blev vedtaget uændret, idet flertallets medlemmer fandt, at loven sikrede en logisk retlig ligestilling mellem de forskellige personalegrupper på sygehuse. Flertallet (undtagen Q) lagde desuden vægt på, at lovforslaget ikke anfægtede kvinders ret til fri abort. Mindretallet (bestående af K, V, Z og B) fandt ikke, at et lovindgreb var nødvendigt, idet fritagelse bedst kunne løses administrativt. Mindretallet ønskede at præcisere, at såfremt en læge ikke ønskede at drøfte tilgængelige muligheder med hensyn til abort med patienten, var han forpligtet til at sørge for, at kvinden fik den fornødne vejledning af en anden læge. Mindretallet tilkendegav desuden, at læger, der ikke ønskede at medvirke til abort, ikke kunne ansættes i stillinger, hvor de i perioder kunne være den eneste læge på stedet (f.eks. på Grønland og Bornholm), idet kvindens juridiske ret til abort derved ikke ville kunne opretholdes. At kvinders retskrav på

abort måtte sikres, var som nævnt ovenfor allerede et aspekt, der blev fremhævet forud for vedtagelsen af 1973-loven.

Det etiske forbehold er siden blevet udvidet til også at omfatte faggruppen social- og sundhedsassistenter, ligesom forbeholdet blev udvidet til også at gælde ved fosterreduktion. Dette skete ved lov nr. 435 af 10/06/2003 om ændring af lov om svangerskabsafbrydelse og lov om sterilisation og kastration. Det fremgår af bemærkningerne, at det »præciseres . . . , at fritagelsen for at medvirke til svangerskabsafbrydelse eller fosterreduktion også gælder for social- og sundhedsassistenter«. [15]

Det etiske forbehold i abortlovens § 10, stk. 2, lyder herefter:

»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.«

### <387>

Denne udvidelse af det etiske forbehold i relation til faggrupper var en del af en større lovændring vedrørende fosterreduktion og blev ikke gjort til genstand for særlig opmærksomhed i forarbejderne. Det fremgår af L184, bilag 1, at Kvinderådet i sit høringssvar fandt, at det etiske forbehold også burde gælde social- og sundhedsassistenter med henblik på en ligestilling af faggrupperne, og Justitsministeriet ændrede i overensstemmelse hermed bestemmelsen, »således at det klart fremgår . . . at også social- og sundhedsassistenter . . . skal kunne fritages herfor«. [16]

Bestemmelsen fremstår således nærmere som en præcisering end som en egentlig ændring. Denne opfattelse er næppe korrekt. Det etiske forbehold må antages at være udtømmende i sin personelle afgrænsning, da bestemmelsen har karakter af en undtagelse for pligten til at udføre opgaver, der efter øvrig lovgivning påhviler professionen eller påhviler lønmodtageren at udføre efter de almindelige arbejdsretlige regler om arbejdsgiverens ledelsesret og instruktionsbeføjelse (se yderligere diskussionen om personel afgrænsning i afsnit 4).

## 2. Definition

### Abort- og præventionsbegrebet

Det følgende indkredser abortlovens begreb »svangerskabsafbrydelse«, idet det først må fastlægges, hvornår der er tale om et *svangerskab*, og hvornår der er tale om en *afbrydelse*.

Disse grundlæggende definitioner har betydning for sontringen mellem *svangerskabsafbrydelse* (abort) og *svangerskabsforebyggelse* (prævention).

Svangerskabet er ikke defineret i loven. Lovgiver har således overladt til lægevidenskaben at udfylde begrebet, og det kan give anledning til diskussion af, hvornår der foreligger et svangerskab. Spørgsmålet har været fremme i forbindelse med Lægemiddelstyrelsens tilladelse, hvorefter fortrydelsespiller siden 1. juli 2001 sælges i håndkøb. Fortrydelsespillen forhindrer i lighed med spiralen en implantation, det vil sige, at det befrugtede æg ca. 72 timer efter befrugtningen sætter sig fast i livmodervæggen. Foreningen »Retten til liv« politianmeldte i 2003 Lægemiddelstyrelsen med påstand om, at styrelsens tilladelse til håndkøbssalg var ulovlig, idet en abort kun kan udføres med en læges medvirken. Københavns Politi konkluderede, at styrelsens tilladelse var lovlig, idet der ikke var tale om svangerskabsafbrydelse, men om prævention. [17] Disse afgørelser [18] er eksempler på, at implantationen definerer skellet mellem svangerskabsforebyggelse og -afbrydelse.

På baggrund af fremgangsmåden ved diagnosticeringen [19] og praksis kan det fastslås, at et svangerskab først anses for indtrådt efter implantationen og kan konstateres objektivt med de anvendte diagnostiske metoder.

Abort kan defineres som en afbrydelse af svangerskabet med udstødelse af graviditetsvævet fra livmoderen. Abort kan ske spontant [20]

eller provokeret, og det er sidstnævnte, der er genstand for regulering i loven. [21]

Provokeret abort kan udføres af terapeutiske eller ikke-terapeutiske grunde.

En abort på terapeutisk grundlag drejer sig om tilfælde, hvor der f.eks. er en medicinsk eller psykiatrisk indikation for indgrebet. Indikationerne, der kan danne grundlag for en tilladelse til en abort efter udløbet af 12. uge, fremgår af abortlovens § 3. Derudover er der en særlig hjemmel i § 2 til at afbryde et svangerskab uden tilladelse når som helst i graviditeten, hvis der er fare for kvindens liv eller helbred. Provokeret abort på ikke-terapeutisk grundlag svarer til kvindens ret til at få foretaget en abort efter anmodning og uden særlig begrundelse inden udgangen af 12. svangerskabsuge (fri abort). En provokeret abort på ikke-terapeutisk grundlag vil dog stadig være omfattet af lægelovens begreb »operativt indgreb«, der normalt defineres som behandling i diagnostisk eller terapeutisk øjemed. [22]

### Kvindens ret til abort

Abort kan som nævnt udføres af terapeutiske eller ikke-terapeutiske grunde - det vil sige, at en abort både kan udføres efter anmodning, men også som en behandling. Jeg vil her forsøge at fastslå, i hvilke situationer kvinden har et retskrav på abort.

Det fremgår af sygehuslovens § 5, at hver amtskommune yder vederlagsfri behandling ved sit sygehusvæsen, men det nærmere indhold af behandlingsbegrebet fastlægges ikke.

### <388>

Abortloven udfylder behandlingsbegrebet på området for svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, idet der opstilles betingelser for indgrebet.

En myndig og habil kvinde har et ubetinget retskrav på at få en abort inden udløbet af 12. svangerskabsuge i henhold til abortlovens § 1. Anmodningen skal fremsættes af kvinden selv. [23] Retskravet betyder som nævnt under afsnit 1 ovenfor, at sygehusvæsenet har en tilsvarende pligt til at opfylde retskravet og derfor må have tilstrækkeligt personale ansat, der ikke påberåber sig et etisk forbehold. Retskravet harmonerer med de grundlæggende principper om ret til autonomi og respekt for privatliv, som bl.a. kan udledes af EMRK art. 8 og CEDAW (FN's Kvindekonvention) art. 16 (1) e. [24]

Abort på grundlag af lovens indikationer i § 3 kan karakteriseres som et betinget retskrav. Hvis det (amts-)kommunale samråd (fra 1. januar 2007 de regionale samråd) eller abortankenævnet har givet tilladelse til abort, har kvinden krav på at få foretaget indgrebet.

## 3. Rækkevidden af det etiske forbehold

### 3.1. Abort og afledte sundhedsydelser

I det følgende præsenteres de enkelte ydelser, der skal eller kan indgå i et abortforløb, og som det er nødvendigt at skitsere for den videre fastlæggelse af det etiske forbeholds rækkevidde.

En abort omfatter ikke blot selve *det kirurgiske eller medicinske abortindgreb*. I forbindelse med en anmodning om abort er såvel læge som (amts-)kommune pålagt en vejledningsforpligtelse, der indebærer *oplysning om vejledningsmuligheder* i forbindelse med svangerskabet.

Derudover har lægen en forpligtelse til at *vejlede* kvinden om indgrebets beskaffenhed, følger og risiko.

Kvinden har både før og efter abortindgrebet ret til en *støttesamtale*. [25] der kan gennemføres af egen læge eller af læge, sygeplejerske eller jordemoder på sygehuset eller uden for det etablerede sundhedssystem, ligesom der under visse betingelser er mulighed for efter indgrebet at få sygesikringstilskud til akut psykologhjælp i op til 12 konsultationer. [26]

I løbet af graviditeten tilbydes der forskellige former for *fosterdiagnostik*, og evt. *genetisk rådgivning*, og de oplysninger, disse ydelser

frembringer, kan være medvirkende til, at kvinden beslutter sig for at få foretaget en abort.

I forbindelse med abortindgrebet vil der også være brug for at yde almindelig sundhedsmæssig *omsorg og pleje* til kvinden, og endelig kan der opstå *komplikationer* efter indgrebet, der skal diagnosticeres og behandles.

I det følgende beskæftiger jeg mig med de enkelte delydelser med henblik på at fastslå, om ydelsen er omfattet af det etiske forbehold eller ej.

### Indgrebet

Efter ordlyden dækker det etiske forbehold »*at foretage eller medvirke til svangerskabsafbrydelse*«. Selve indgrebet er kerneydelsen og omfatter både det kirurgiske og medicinske indgreb, hvorved den provokerede abort gennemføres, og gælder såvel lægen, som den sundhedsperson, der assisterer ved indgrebet. Omfattet er ligeledes jordemoderen, der deltager ved et abortindgreb, der efter udgangen af 12. uge gennemføres som en »fødsel«. Indgrebet giver normalt ikke anledning til usikkerhed. Der kan dog opstå tilfælde, hvor fosteret er dødt, men livmoderen ikke har udstødt graviditetsvævet, og en »fødsel« af det døde foster må igangsættes medikamentelt. Denne situation falder efter min opfattelse uden for loven, da der ikke er tale om en *afbrydelse* af et svangerskab, men snarere om en spontan abort, der kræver yderligere behandling. Da der ikke er tale om en svangerskabsafbrydelse, er der ikke mulighed for etisk vægring.

Bestemmelsen om det etiske forbehold er formuleret bredt og skelner ikke mellem §§ 1-, 2- eller 3-situationer. Udgangspunktet må derfor være, at det etiske forbehold dækker alle de typer aborter, der er reguleret i loven.[27] Dette forekommer særligt problematisk i forhold til nogle af de årsager, der kan begrunde en abort efter § 2.[28] I det følgende behandles disse under benævnelsen faresituationer.

### Etisk forbehold i faresituationer

Abortlovens § 2 omhandler indgreb, der er nødvendige for at afværge fare for kvindens liv eller for en alvorlig forringelse af hendes legemlige eller sjælelige helbred, og denne fare udelukkende eller ganske overvejende er lægeligt begrundet. Ultimativt kan valget i disse

#### <389>

situationer altså være et valg mellem kvinde og foster,[29] og loven giver her kvinden ret til abort.

Det kan i den forbindelse diskuteres, om det etiske forbehold også gælder i disse situationer. Hverken ordlyd eller forarbejder forholder sig hertil.

Det etiske forbehold må fortolkes i lyset af hjælpepligten i straffelovens § 253, nr. 1.[30]

Straffelovens hjælpepligt gælder i tilfælde, hvor livsfaren er øjensynlig, men der er næppe krav om, at faren skal være overhængende.[31] Man opererer således her med et mere kvalificeret farebegreb end i abortloven, mens lægelovens hjælpepligt i § 7, stk. 1, ikke nærmere definerer, hvilke farer der nødvendiggør hurtig lægehjælp.[32]

Abortloven ses ikke at fravige straffelovens hjælpepligt.[33] Der er således en hjælpepligt uafhængig af det etiske forbehold i nogle af de situationer, der er omfattet af abortlovens § 2, dvs. hvor livsfaren er øjensynlig, eller faren er af en sådan karakter, at hurtig lægehjælp er af påtrængende nødvendighed, eller der er fare for betydelig legemsskade, og denne udelukkende eller ganske overvejende er lægeligt begrundet. Hjælpeligen dækker således kun en fare i relation til sjæleligt helbred, hvis den sjælelige lidelse er livsfarlig, eksempelvis hvis kvinden er akut selvmordstruet. At lade kvinden dø, når hun kan reddes ved at give en abort som behandling, forkastes således som løsning. Denne fortolkning understøttes af praksis fra EMK.[34]

Der er således andre tilfælde, hvor faremomentet ikke vil være omfattet af straffelovens § 253. Kan en læge dermed nægte at udføre

indgreb, der ikke kan anses for omfattet af hjælpepligten med henvisning til sit etiske forbehold?

Lægelovens §§ 6 (omhu og samvittighedsfuldhed) og 18 (grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed) kan have betydning for svaret på dette spørgsmål.

Af bemærkningerne til § 6[35] fremgår, at det er en naturlig følge af selve lægegerningen at være befolkningens hjælper i sygdomstilfælde. Bestemmelsen har karakter af en retlig standard, hvis indhold må fastlægges på baggrund af den medicinske viden, de tekniske muligheder og de krav, samfundet stiller til lægens virksomhed, og som den almindelige samfundsudvikling i øvrigt medfører.[36] Der er ikke en skarp grænse for, hvornår et forhold kan henføres til henholdsvis § 6 eller § 18. Forarbejderne karakteriserer § 6-tilfældene som mindre forseelser, der ikke er egnet til retlig forfølgning ved domstolene,[37] og § 18-tilfældene som væsentligt svarende til det ansvar, der kan pålægges efter straffelovens § 157.[38] I U 1983.259 Ø var en natlæges undladelse af at foretage en omhyggelig objektiv undersøgelse omfattet af § 18, ligesom en udsættelse af hospitalsindlæggelse efter omstændighederne udgjorde en grov forsømmelse i U 1981.173 Ø. Sidstnævnte taler for, at en undladelse begrundet i et etisk forbehold, der udsætter nødvendig behandling, kan være omfattet af § 18, særligt når faren i mellemtiden stiger i intensitet til umiddelbar livsfare. I tilfælde, hvor faren ikke er øjensynlig, men dog alligevel udgør en fare i abortlovens forstand, kan man således argumentere for, at det etiske forbehold ikke »kan træde i kraft«, før en anden læge har overtaget ansvaret for patienten. Dette er også rationalet bag patientretsstillingslovens § 15, der også indeholder et etisk forbehold. Den læge, der konstaterer faren, men som ikke selv kan yde den nødvendige behandling af samvittighedsgrunde, er altså forpligtet i et vist omfang til at påse, at en anden læge nu har patienten i sin varetægt, hvis faren i mellemtiden kan udvikle sig til en fare, der er omfattet af hjælpepligten. Denne fortolkning er i overensstemmelse med retten til

#### <390>

behandling, der som et moment også kan indebære retten til at modtage sundhedsydelse i rette tid.[39]

Der er mig bekendt ikke eksempler fra praksis om vægring i § 2-tilfælde, der nærmere kan belyse spørgsmålet.

### Efterfølgende omsorg, pleje og komplikationer

Som sagt omfatter det etiske forbehold at *foretage eller medvirke til abort*. Man kan derfor diskutere, hvilke accessoriske ydelser der dækkes af et etisk forbehold. De accessoriske ydelser omfatter efterfølgende omsorg, pleje og komplikationer, vejledning, henvisning, støtte samt fosterdiagnostik og genetisk rådgivning.

Da det etiske forbehold blev udvidet til også at gælde sygehjælpere og siden social- og sundhedsassistenter, udvidede man dermed også definitionen af begrebet *medvirken til abort*, idet omsorgs- og plejeopgaver i forbindelse med et abortindgreb dermed også kan karakteriseres som medvirken. Omsorg og pleje kan ydes i mange faser af forløbet, og det er ikke klart, om medvirken i denne sammenhæng udelukkende knytter sig til omsorg og pleje i umiddelbar tilknytning til selve det indgreb, hvorved graviditeten afbrydes. Ligeledes skelnes der ikke mellem de forskellige typer af abort, der reguleres i abortloven, og som jf. gennemgangen ovenfor er væsensforskellige, idet der må skelnes mellem abort efter anmodning i § 1 og abort efter §§ 2 og 3, der kan karakteriseres som behandlingsindgreb.[40]

Ved at undtage §§ 2- og 3-situationer for det etiske forbehold ville man anerkende denne væsensforskellighed.

Efter abortindgrebet kan der opstå forudberegnelige eller uforudsete komplikationer, som skal diagnosticeres og behandles.

Det følger af Landsoverenskomsten om almen lægegerning § 29, stk. 1, at den sikrede kun har adgang til vederlagsfri lægehjælp efter overenskomsten hos den praktiserende læge, vedkommende er tilmeldt,

eller dennes stedfortræder. Den praktiserende læge er således forpligtet til at diagnosticere og behandle eventuelle efterfølgende komplikationer eller at henvise til speciallægeundersøgelse og -behandling, jf. overenskomstens § 42, stk. 1.

Uanset om en abort er udført legalt eller illegalt, indebærer retten til sundhed adgang til forsvarlig post-abort-behandling. Cairo+5 konferencen (1999), der fulgte op på en række politiske hensigtserklæringer fremsat i Cairo-dokumentet (1994), fastlægger, at staten i alle tilfælde skal stille human behandling og rådgivning til rådighed for kvinder, der har set sig nødsaget til at få foretaget en abort.[41] Disse tilbud hører da også til i definitionen af den behandling, amtskommunen er forpligtet til at tilbyde efter sygehusloven og abortloven, ligesom der er eksempler på specifik regulering af enkelte af de ydelser, der efterfølger abortindgrebet (som eksempel kan nævnes reguleringen af støttesamtaler).

Kravet om, at der skal stilles *human* behandling til rådighed, afspejler andre (menneskeretlige) beskyttelsesbestemmelser: i CESC (FN's konvention om økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder) art. 12 beskyttes retten til sundhed i overensstemmelse med WHO's definition. CESC-komiteen har i General Comment 1[42] fastslået, at retten til sundhed er en fundamental rettighed, som er uundværlig for udøvelsen af de øvrige menneskerettigheder. Retten inkluderer et ikke-diskriminationsprincip i adgangen til sundhedsydelser, jf. også CEDAW art. 1 og CESC General Comment 12, der fastslår, at rettigheden bl.a. indebærer »*accessibility*«, herunder krav om ikke-diskrimination i adgangen til sundhedsfaciliteter, -varer, og -ydelser, og »*acceptability*«, der indebærer, at sundhedsydelser skal være »*culturally appropriate*« med en respekt og følsomhed over for behov, der følger af køn eller behov, der relaterer sig til bestemte livsfasen. Kvinder i den reproduktive alder har således krav på adgang til behandling, uanset at behandlingsbehovet er opstået i kølvandet på et abortindgreb. Det er også værd at bemærke, at ligesom god lægegerning kan defineres på baggrund af samfundsudvikling og -krav, lægges der her også vægt på en overensstemmelse med (samfunds-)kulturen.

### Vejledning og henvisning

En kvinde, der overvejer abort, kan henvende sig til sin egen alment praktiserende læge, en anden praktiserende læge, hun har tillid til, til (amts-) kommunen eller direkte til en speciallæge på en privat klinik eller sygehus.

Den læge, som modtager anmodningen om abort, skal gøre kvinden opmærksom på, at hun ved henvendelse til (amts-)kommunen kan få vejledning om de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af

#### <391>

svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel, eller kan henvise kvinden til at fremsætte anmodningen over for (amts-)kommunen, der herefter skal give vejledningen, hvis det ønskes. Det må antages, at lægen, der påberåber sig et etisk forbehold, kan henvise kvinden både til at fremsætte anmodningen om abort over for (amts-)kommunen eller en anden (special-)læge for videre drøftelse og iværksættelse af indgrebet, og til at (amts-)kommunen kan give denne type vejledning.[43] Ved henvisningen er lægen dog forpligtet til at sørge for, at der ikke derved sker en sådan forsinkelse, at indgrebet ikke kan gennemføres inden udløbet af 12. svangerskabsuge. Dette kan betyde, at lægen, der påberåber sig et etisk forbehold, er forpligtet til at vurdere, om abortlovens betingelser og krav er opfyldt, således at der ikke sker en forsinkelse, som følge af at sygehuset skal indhente oplysninger herom.[44] Hvis kvinden ønsker vejledning om, hvad et abortindgreb indebærer, inden en eventuel henvisning, vil lægen formentlig også være forpligtet til at vejlede om dette. Ud fra lægelovens §§ 6 og 18 og det underliggende hensyn til at mindske forsinkelse er der intet, der tyder på, at denne type vejledning er omfattet af det etiske forbehold.

### Støtte

Støttesamtaler kan gennemføres som en konsultation hos egen læge eller som rådgivning inden for eller uden for det etablerede sundhedssystem. Det fremgår af vejledningen om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion,[45] at der ikke stilles specifikke uddannelses- eller erfaringsmæssige krav til den, der udfører rådgivningen, uanset om rådgivningen afholdes inden for eller uden for det etablerede sundhedssystem. Det eneste krav, der således stilles, er, at rådgivningen ikke må have til hensigt at forsøge at formå kvinden til at træffe en bestemt beslutning.

Det er kvindens eget valg, hvor hun eventuelt ønsker rådgivning, og det er op til hende selv at opsøge de enkelte tilbud. Vejledningen fremhæver, at kvindens egen læge generelt har gode forudsætninger for at tilbyde støttesamtaler før og efter en svangerskabsafbrydelse, idet lægen ofte vil have viden om kvindens familieforhold og sociale situation. Endvidere vil lægen ofte allerede være i kontakt med kvinden, og det vil derfor være muligt at gennemføre en eventuel støttesamtale hurtigt. Læser man vejledningen i lyset af lægelovens § 6, taler den for, at den praktiserende læge, uanset at han ikke ønsker at medvirke til abort, er forpligtet til at gennemføre støttesamtalen, der som nævnt skal være objektiv og neutral, således at kvinden kan træffe et informeret og frit valg.

En støttesamtale efter indgrebet kan f.eks. finde sted hos en sygeplejerske i gynækologisk ambulatorium/afdeling på sygehuset, hos en jordemoder eller ved kontrolundersøgelse på sygehuset.

Det er usikkert, om støtte er omfattet af det etiske forbehold, men hensynet til kvinden taler for, at man tilbyder støtte hos en anden person end den, der påberåber sig et etisk forbehold.

### Fosterdiagnostik og genetisk rådgivning

Gravide kvinder tilbydes flere former for fosterdiagnostik, hvoraf de fleste har til formål at diagnosticere sygdomme eller misdannelser i fosteret. Den primære vurdering af, om gravide kvinder har en øget risiko, foretages af den praktiserende læge snarest muligt, efter at svangerskabet er påvist. Derefter har jordemødre og læger en forpligtelse til i forbindelse med svangreundersøgelse at være opmærksomme på, om kvinden skal tilbydes prænatal rådgivning og undersøgelse. Det kan således konkluderes, at i situationer, hvor graviditeten som udgangspunkt er ønsket, men hvor kvinden måske også samtidig oplyser, at hun ønsker at afbryde svangerskabet, hvis der konstateres misdannelser eller genetiske sygdomme, er lægen forpligtet til at vurdere og handle på kvindens øgede risiko, uanset at lægen påberåber sig et etisk forbehold.

Fosterdiagnostik må siges at være tæt forbundet med en evt. abort. Risikoen for spontan abort er ca. 1 % ved de invasive former for fosterdiagnostik,[46] og diagnostikken har derudover netop til formål, at kvinden på informeret grundlag kan vælge, om graviditeten skal afbrydes eller fortsættes. At indgrebet i sig selv kan medføre en risiko for spontan abort, bringer dog formentlig ikke situationen inden for det etiske forbehold. Det ligger i selve sundhedspersonernes profession, at ethvert indgreb følges af en risiko for komplikationer, f.eks. må kirurgen, der udfører en hjerteoperation acceptere, at den behandling, han yder, i værste fald ikke bliver livreddende, men dødbringende. Hvis der i det konkrete tilfælde er en væsentligt forøget risiko for, at den invasive diagnostik vil medføre en spontan abort, er det mere usikkert, om situationen vil kunne omfattes af et etisk forbehold.

Kvinder med en særlig risiko og kvinder, som har fået et svar, der giver mistanke om sygdom hos fosteret i forbindelse med en moderkagebiopsi eller

#### <392>

fostervandsundersøgelse, tilbydes genetisk rådgivning, der ydes på særlige centre. Formålet med rådgivningen er at afklare den genetiske risiko og dennes karakter, og at give kvinden/parret så stor indsigt og

viden om sygdommens årsager og dens følger, at hun/de på et kvalificeret grundlag kan træffe sit/deres valg angående undersøgelse og/eller gennemførelse af graviditet.[47]

Reglerne lægger vægt på, at rådgivningen bør gives så neutralt og fuldstændigt som overhovedet muligt som forudsætning for en reel valgmulighed. Rådgiveren kan fremhæve de mere positive eller de mere negative aspekter ved en given sygdom gennem sine oplysninger. Der må ikke påtvinges kvinden/parret en beslutning, men de forskellige valgmuligheder bør åbent fremlægges, så kvinden/parret kan træffe et valg.

Kvinden er således sikret mod en påtvungen abort, mens sundhedspersonerne, der yder rådgivningen, har en forpligtelse til at rådgive neutralt om alle valgmuligheder, herunder også om muligheden for et abortindgreb. Kravet om neutralitet indebærer således, at sundhedspersonen ikke må lade sine egne etiske eller religiøse holdninger smitte af på rådgivningen.

### 3.2. Prævention

At en læge ikke er forpligtet til selv at vejlede om prævention, er ikke i strid med patientretsstillingsloven, da retten til at blive informeret kan opfyldes af enhver sundhedsperson,[48] medmindre der er pålagt en bestemt sundhedsperson eller faggruppe en særlig informations- eller vejledningspligt i anden lovgivning. Fra 1. januar 2007 giver sundhedsloven dog ret til vejledning om svangerskabsforebyggelse hos en alment praktiserende læge efter eget valg. Hermed bortfalder lægens mulighed for ikke at yde denne vejledning selv (om end lægen efter lægelovens § 6 kan overlade opgaven til medhjælp).

At muligheden for at nægte på etisk grundlag falder bort, er i tråd med den menneskeretlige beskyttelse beskrevet ovenfor, idet vejledning om prævention i praksis særligt ydes til kvinder,[49] og respekten for de særlige behov, der følger af køn, tilgodeses i høj grad af, at kvinden har ret til at få vejledning om svangerskabsforebyggelse hos sin egen praktiserende læge, hvis det er den læge, der særligt nyder hendes tillid og fortrolighed.

### 4. Opsummering og kritik

Vi må i fremtiden forvente, at den medicinske udvikling på det reproduktive område muligvis også vil betyde fremkomst af flere præventionsformer, end vi kender i dag. De vil muligvis udviske grænsen mellem abort og prævention. Inden for dette grænseområde kender vi allerede fortrydelsespillen og spiralen, som forhindrer implantation af det befrugtede æg.

Mens det etiske forbehold om præventionsvejledning falder bort, når sundhedsloven træder i kraft, er det etiske forbehold i relation til abort blevet udvidet flere gange inden for de sidste årtier.

Ved lovændringen, hvorved sygehjælpere og siden social- og sundhedsassistenter blev omfattet, skete der et brud i den forstand, at forbeholdet kom til at omfatte persongrupper, der ikke direkte udfører abort. Derved er der sket en udvidelse af de ydelser, der falder inden for det etiske forbehold. Samtidig har udviklingen i teknologi, diagnostik og svangerskabsforebyggelse ført os et helt andet sted hen, end da tanken om det etiske forbehold først blev indført, og dog har det etiske forbehold ikke bredt sig til relaterede områder, selvom navnlig fosterdiagnostik og genetisk rådgivning må siges at være stærkt forbundet med abort. En sundhedsperson, der foretager fosterdiagnostik, kan ikke påberåbe sig et etisk forbehold, selvom sundhedspersonen f.eks. ved, at den gravide ønsker et abortindgreb, hvis fosteret har Downs syndrom. Her er der ikke et etisk forbehold, selvom sundhedsydelsen i nogle tilfælde vil kunne karakteriseres som medvirken til abort i højere grad, end hvad der er tilfældet for de pleje- og omsorgsydelser, der udføres af social- og sundhedsassistenten.

Man kan således ikke længere tale om, at der er en logisk retlig ligestilling mellem sundhedspersonerne/aktørerne på dette område. Logisk

retlig ligestilling var netop begrundelsen for, at det etiske forbehold blev udvidet til også at gælde jordemødre, sygehjælpere og læger generelt.

Den nyere lovgivning om fosterdiagnostik, rådgivning og støtte synes at opstille en »etisk barriere«, der har til hensigt at beskytte kvinden, således at hun ikke føler sig presset til at få en abort. I abortloven giver det etiske forbehold sundhedspersoner mulighed for selv at beslutte, hvilken status han eller hun tillægger fosteret. Mens denne løsning respekterer den etiske pluralisme, synes det dog også nødvendigt at gøre sig overvejelser om det etiske forbeholds definition af, hvad det vil sige at medvirke til en abort, idet rækkevidden af dette i høj grad definerer indholdet af det etiske forbehold.

I amerikansk ret findes der eksempler på mere vidtrækkende etiske forbehold på det sundhedsretlige område. Fire stater har et etisk forbehold for apoteker (dvs. en ret til at nægte at udlevere prævention og især fortrydelsespiller), og flere stater har introduceret lignende

#### <393>

lovforslag.[50] Texas har et generelt etisk forbehold, der bredt dækker retten til at nægte sundhedsydelser af samvittighedsgrunde.[51] I Danmark findes der ikke et etisk forbehold for apotekere og apoteksansatte. Tværtimod fremgår det af apotekerloven, at bevilling til at drive apotek indebærer en *pligt til at forhandle* såvel apoteksforbeholdte lægemidler som ikke-apoteksforbeholdte lægemidler ordineret efter recept.[52]

Bør vi have et videregående etisk forbehold også for apotekere og apoteksansatte, genetiske rådgivere og fosterdiagnostikere - måske endda for portøren, der skal køre kvinden til operationsstuen eller lægesekretæren, der skriver indkaldelsen?[53] Det vil formentlig være det næste naturlige skridt, der efterfølger de seneste udvidelser af det etiske forbehold, og det er dette spørgsmål, man har åbnet døren for ved at udvide det etiske forbeholds definition af medvirken til abort.

Abort udføres kun på kvinder. Derfor må man have blik for kønsperspektivet. Kvindekonventionen, der er underskrevet af Danmark, fokuserer særlig opmærksomhed på kvinders helbred og velbefindende i art. 12, idet staterne er forpligtede til at »*take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of health care in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to health care services, including those related to family planning*«. CEDAW vedtog i 1999 General Recommendation 24, hvorefter staterne i deres rapporter skal tage højde for forskellige faktorer, såsom biologiske faktorer, herunder forskellen i reproduktive sundhedsbehov og funktioner, men også faktorer, der knytter sig til sundhedsvæsenet, såsom beskyttelse af fortrolighed, særligt i stigmatiserende situationer, idet uønsket graviditet nævnes som eksempel. Det understreges ligeledes, at der er en forpligtelse til at sørge for, at sundhedsydelser leveres på en måde, der respekterer kvindens værdighed.

Her kan det etiske forbehold på den ene side netop sikre kvinden mod uværdig behandling, da kvinden næppe vil møde sundhedspersoner under selve abortindgrebet, hvis holdning til abort afføder en uværdig behandling af hende. På den anden side vil en udvidelse af forbeholdet kunne udgøre en krænkelse af kvindens grundlæggende rettigheder.

I relation til faresituationerne kan det ikke med sikkerhed fastslås, hvorvidt alle tilfælde af »*fare for forringelse*« ligger uden for det etiske forbeholds rækkevidde, idet særligt de farer, der vedrører legemligt og sjæleligt helbred, synes omfattet af det etiske forbehold, således at lægen kan vægre sig og henvise kvinden til anden lægehjælp, idet der i nogle tilfælde dog må kræves, at hjælpen modtages i rette tid, inden faren eskalerer. Det må dog erindres, at denne ret til at nægte behandling af åbenbare fysiologiske og biologiske grunde udelukkende rammer kvinder. Dette synes problematisk i forhold til princippet om ligebehandling af kønnene. Et etisk forbehold må anses for at opfylde en »*objective and reasonable justification*« i forhold til abort efter § 1, mens det er mere tvivlsomt, hvor kvindens grundlæggende menneske-

rettigheder potentielt kan være i fare for at blive krænket på grund af et etisk forbehold i § 2-tilfældene.

Det bør i tråd hermed fremgå eksplicit af abortloven (fra 1. januar 2007 sundhedsloven), at det etiske forbehold ikke gælder abortindgreb efter § 2.[54] Lovgiver har en forpligtelse til at tilvejebringe en menneskeretlig beskyttelse af kvindens ret til liv, sundhed og behandling, der i international ret anerkendes som en grundlæggende rettighed og som en forudsætning for, at kvinden kan nyde gavn af sine øvrige menneskerettigheder. Forpligtelsen må også forstås som en ret til behandling i de tilfælde, hvor faren relaterer sig til legemlig eller sjælelig skade. At en læge kan påberåbe sig et etisk forbehold, når det gælder en fundamental rettighed, synes problematisk, særligt når det gælder læger ansat på offentlige sygehuse, idet sygehuse som en del af den offentlige forvaltning har et særligt ansvar for at fremme disse fundamentale rettigheder.[55] Lignende overvejelser gør sig gældende for en del af indikationerne i abortlovens § 3. Den nuværende udformning af det etiske forbehold medfører, at der i forbeholdet ligger en manglende legitimitet af disse behov.

### <394>

1. Lovbekendtgørelse nr. 1089 af 23/12/1998 om værnepligtens opfyldelse ved civilt arbejde § 1.
2. Bekendtgørelse nr. 514 af 17/06/2003 om selvforskyldt ledighed § 21, stk. 1.
3. Lovbekendtgørelse nr. 541 af 16. juni 2004 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion § 10, stk. 2, lov nr. 482 af 01/07/1998 om patienters retsstilling (herefter patientretsstillingsloven) § 15 og lovbekendtgørelse nr. 622 af 19/07/1995 om svangerskabshygiejne og fødselshjælp § 2, stk. 2, in fine. Fra 1. januar 2007 afløses sidstnævnte bestemmelse af sundhedslovens § 62, hvorefter regionsrådet yder vederlagsfri vejledning om anvendelse af svangerskabsforebyggende metoder til personer uanset sikringsgruppe hos en alment praktiserende læge efter personens eget valg. Det må herefter antages, at den alment praktiserende læge er forpligtet til *selv* at give vejledning om svangerskabsforebyggelse, hvis patienten ønsker det, og at det etiske forbehold på dette område således bortfalder ved lovens ikrafttrædelse.
4. Fosterreduktion er væsensforskellig fra abort, idet en fosterreduktion har til hensigt at bevare en graviditet, mens abort har til hensigt at afbryde en graviditet. Betingelserne for at opnå de to indgreb er ikke enslydende, der er eksempelvis ikke ret til fri fosterreduktion, hvor der er det i relation til abort. Det etiske forbehold i relation til fosterreduktion behandles ikke nærmere i denne artikel.
5. For uddybning se Etisk Råd: Menneskeligt livs begyndelse og fosteranlægs etiske status, København, 2003, kapitel 3.
6. Lægeløftet er optrykt som bilag i Michael von Magnus og Anna Murphy: Lægeloven med kommentarer, 4. udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 2004, p. 198-199.
7. Se straffeloven af 1866 og 1930.
8. Rigsdagstidende 1936-37, tillæg A, spalte 2505-2538.
9. Folketingstidende 1955-56, tillæg A, spalte 121-128, og Folketingstidende 1954-55, tillæg A, spalte 1151-1168.
10. Folketingstidende 1969-70, tillæg A, spalte 1085-1118.
11. Folketingstidende 1972-73, tillæg A, spalte 2387-2402.
12. Betænkning over forslag til lov om svangerskabsafbrydelse afgivet af retsudvalget den 15. maj 1973, Folketingstidende 1972-73, tillæg B, spalte 1721-1788.
13. Lov nr. 350 af 13. juni 1973 om svangerskabsafbrydelse m.v., Folketingstidende 1972-73, tillæg C, spalte 1427-1431.
14. Folketingstidende 1988-89, tillæg B, spalte 1701-1704.
15. Bemærkningerne til lovforslagets enkelte bestemmelser, til § 1, nr. 15.
16. Se samling 2002-03 på [www.folketinget.dk](http://www.folketinget.dk). Bestemmelsen blev ikke behandlet ud over det citerede.
17. Gengivet i [www.dr.dk/nyheder/indland/article.jhtml?articleID=99208](http://www.dr.dk/nyheder/indland/article.jhtml?articleID=99208).
18. Lægemedelstyrelsens opfattelse af fortrydelsespillen er nærmere gengivet i samling 2000-01, sundhedsministerens svar af 19. februar 2001 på § 20 spørgsmål nr. S 1584 stillet af Henriette Kjær, [http://www.folketinget.dk/Samling/20001/spor\\_sv/S1584.htm](http://www.folketinget.dk/Samling/20001/spor_sv/S1584.htm).
19. Der er beskrevet i retningslinjer nr. 65 af 26/03/1985 om svangerskabshygiejne og fødselshjælp, bilag 1, punkt 1.
20. En spontan abort indtræder af forskellige årsager, f.eks. på grund af genetiske defekter, sygdom, slag eller fald. Dette forårsager, at livmoderen spontant udstøder graviditetsvævet.
21. Abortloven opstiller betingelser for, hvornår en provokeret abort er legal, og indeholder straffebestemmelser for illegale aborter, hvor indgrebet materielt eller personelt ikke er i overensstemmelse med loven.
22. Michael von Magnus og Anna Murphy: Lægeloven med kommentarer, 4. udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 2004, til § 25, p. 178.
23. Abortlovens §§ 1 og 5, stk. 1. Der gælder særlige regler ved manglende habilitet og for mindreårige.
24. Spørgsmålet om, hvorvidt de nævnte menneskeretlige bestemmelser i sig selv eventuelt inkluderer en ret til abort, forfølges ikke nærmere her.
25. Vejledning om støttesamtale skal gives både mundtligt og skriftligt, jf. vejledning nr. 57 af 16/06/2004 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, II A.
26. Se vejledning nr. 57 af 16/06/2004 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, III A.
27. I den historiske udvikling kom det etiske forbehold, som nævnt under afsnit 1, ind i loven, samtidig med at den sociale indikation fandt fodfæste. Man kan således argumentere for, at det etiske forbehold ikke gælder for aborter, der tillades med henvisning til den medicinske eller etiske indikation, men spørgsmålet er uafklaret.
28. Tilsvarende kunne gøres gældende i forhold til flere af indikationerne i abortlovens § 3.
29. Om den etiske forskel herpå henvises nærmere til Philippa Foot: Killing and Letting Die i Jay L. Garfield, Patricia Hennessey (ed.): Abortion - Moral and Legal Perspectives, The University of Massachusetts Press, Amherst, 1984, p. 177-185.
30. Hjælpepligten i lægelovens § 7, stk. 1, havde efter forarbejderne til hensigt at pålægge læger en noget videregående hjælpepligt end straffelovens hjælpepligt. Sidstnævnte synes dog også anvendelig, hvor der utvivlsomt har været fare for betydelig legemsskade, se Vagn Greve, Asbjørn Jensen, Gorm Toftgaard Nielsen: Kommenteret straffelov, Speciel del, 8. omarbejdede udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 2005, p. 352. Lægelovens hjælpepligt mener jeg derfor absorberes af straffeloven.
31. Se Vagn Greve, Asbjørn Jensen, Gorm Toftgaard Nielsen: Kommenteret straffelov, Speciel del, 8. omarbejdede udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 2005, p. 352 om U 1917.888. Den kommenterede straffelov anfører også, at det nærmere indhold af farebegrebet har været omdiskuteret, idet Krabbe læser »øjensynlig« som et krav om overhængende fare modsat Hurwitz og Waaben.
32. Lægeloven nævner kvælning, forgiftning og bestemte fødsler som eksempler.
33. I den engelske abortlov er disse faresituationer eksplicit undtaget det etiske forbehold.
34. I sagen EMK 8416/78 Petrus mod UK DR 19 s 244 udelukkede den daværende Europæiske Menneskeretskommission, at art. 2 (1) skulle forstås som en absolut ret til livet for fosteret, da dette ville umuliggøre enhver form for abort, også når moderens liv var i fare. Dette ville være uforeneligt med moderens ret til livet efter art. 2 (1). Gengivet fra Peer Lorenzen, Lars Adam Rehof og Tyge Trier: Den Europæiske Menneskeretskonvention med kommentarer, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 1994, p. 72.
35. Rigsdagstidende 1931-32, tillæg A, spalte 4021-4022.
36. Se Michael von Magnus og Anna Murphy: Lægeloven med kommentarer, 4. udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 2004, til § 6, p. 69-71.
37. Rigsdagstidende 1931-32, tillæg A, spalte 4036-4037.

38. Denne bestemmelse angår navnlig tilsidesættelse af pligter og forsømmelse i tjenesten, se hertil Vagn Greve, Asbjørn Jensen, Gorm Toftegaard Nielsen: Kommenteret straffelov, Speciel del, 8. omarbejdede udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 2005, p. 133-134. Lægelovens § 18 er dog bredere end straffelovens bestemmelse, se Michael von Magnus og Anna Murphy: Lægeloven med kommentarer, 4. udgave, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 2004, til § 18, p. 141-145.
39. Se også Rebecca J. Cook og Bernard M. Dickens: Human rights dynamics of abortion law reform i Human Rights Quarterly, Feb. 2003, Vol. 25, nr. 1, afsnit III, E. Derudover kan straffelovens § 250 også have en betydning i nogle af disse situationer.
40. Nogle af indikationerne i § 3 må dog karakteriseres som en social foranstaltning frem for et behandlingsindgreb.
41. Se Rebecca J. Cook og Bernard M. Dickens: Human rights dynamics of abortion law reform i Human Rights Quarterly, Feb. 2003, Vol. 25, nr. 1, afsnit 111, B. Se også U 1921.520 H om læges manglende tilsyn efter sin ulovlige svangerskabsafbrydelse.
42. The right to the highest attainable standard of health, 11/03/2000, E/C.12/2000/4 (General Comments).
43. Se hertil mindretallets udtalelse i Folketingstidende 1988-89, tillæg B, spalte 1701-1704, vejledning nr. 57 af 16/06/2004 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, punkt II, A, og Landsoverenskomsten om almen lægegerning § 42, stk. 1.
44. Vejledning nr. 57 af 16/06/2004 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, punkt II, A.
45. Vejledning nr. 57 af 16/06/2004 om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion, punkt III, B.
46. Se vejledningens punkt IV.
47. Jf. vejledning nr. 60310 af 01/01/1994 om prænatal genetisk information, rådgivning og undersøgelse.
48. Jf. lov nr. 482 af 01/07/1998 om patienters retsstilling § 7, jf. §§ 2 og 6, stk. 3. Dog påhviler ansvaret for, at der foreligger et *informeret* samtykke, den sundhedsperson, der er ansvarlig for behandlingen, jf. bekendtgørelse nr. 665 af 14/09/1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. § 17.
49. Jf. at reguleringen (indtil sundhedsloven træder i kraft) finder sted i den kønsspecifikke lov bekendtgørelse om svangerskabshygiejne og fødselshjælp.
50. Pr. 27. april 2005 har Arkansas, Georgia, Mississippi og South Dakota sådanne etiske forbehold, mens der er forelagt lovforslag om etisk forbehold for apoteker i tretten stater. Tak til LLM Cecilia Baunsøe, Esq., for nyttig information om amerikansk ret.
51. Bill SB 1016 og HB 2061.
52. Lovbekendtgørelse nr. 657 af 28/07/1995 af lov om apoteksvirksomhed § 11, stk. 1, nr. 1 og 2.
53. I den engelske sag R v Salford Health Authority, ex p Janaway (1988) 2 WLR 442, CA, var sekretær- og receptionist-opgaver ikke omfattet af det etiske forbehold i Abortion Act 1967. Se omtale i Mason & McCall Smith: Law and Medical Ethics, Fourth Edition, Butterworth, London, 1994, p. 117.
54. En sådan bestemmelse findes i den engelske Abortion Act 1967, section 4 (2), og i den norske abortlov (LOV-1975-06-13-50) § 10, jf. § 14.
55. Se Mette Hartlev: Patienters sociale rettigheder i Ida Elisabeth Koch og Hatla Thelle (red.): Sociale menneskerettigheder, Akademisk Forlag, København, 2004, p. 163.