



INSTITUT FOR  
MENNESKE  
RETTIGHEDER

ABORT I ET MENNESKERETLIGT PERSPEKTIV



## ABORT I ET MENNESKERETLIGT PERSPEKTIV

**Forfattere:** Liv Navntoft Henningsen med bidrag af Annika Frida Petersen og Johannes Kroustrup

**Redaktion:** Morten Emmerik Wøldike

**Ansvarlig:** Bjarke Oxlund

**ISBN:** 978-87-7570-179-7

**e-ISBN:** 978-87-7570-180-3

**Forside billede:** Janosch Lino, unsplash.com

**Layout:** Michael Länger

© 2023 Institut for Menneskerettigheder

Wilders Plads 8K, 1403 København K

Telefon 3269 8888

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

Denne publikation eller dele af den må reproduceres til ikkekommercielle formål med tydelig angivelse af kilde.

Vi tilstræber, at vores udgivelser bliver så tilgængelige som muligt. Vi bruger fx store typer, korte linjer, få orddelinger, løs bagkant og stærke kontraster.

Læs mere om tilgængelighed på [www.menneskeret.dk/tilgaengelighed](http://www.menneskeret.dk/tilgaengelighed)

# INDHOLD

<b>1</b>	<b>RESUMÉ OG ANBEFALINGER</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>ET RETSOMRÅDE I FORANDRING</b>	<b>7</b>
2.1	ABORT ER ET MENNESKERETTIGHEDS- OG LIGESTILLINGSANLIGGENDE	8
2.2	FRI OG SIKKER ABORT ER EN VIGTIG SUNDHEDSYDELSE	8
<b>3</b>	<b>MENNESKERETTEN</b>	<b>9</b>
3.1	REPRODUKTIVE RETTIGHEDER OG ABORT	9
3.2	RETTEN TIL RESPEKT FOR PRIVATLIVET OG SELVBESTEMMELSE	10
3.3	FOSTRES STATUS	11
3.4	PROCESSUELLE GARANTIER I SAGER OM ABORT	13
3.5	FORBUDET MOD UMENNESKELIG OG NEDVÆRDIGENDE BEHANDLING	14
3.6	SAMMENFATNING	16
<b>4</b>	<b>DE NUGÆLDENDE DANSKE ABORTREGLER</b>	<b>17</b>
4.1	FRI ABORT FREM TIL UD GANGEN AF 12. GRAVIDITETSUGE	17
4.2	ABORT EFTER UD GANGEN AF 12. GRAVIDITETSUGE	17
4.3	FORÆLDRESAMTYKKE TIL ABORT FOR BØRN OG UNGE	19
4.4	ABORTSAMRÅDENES SAMMENSÆTNING OG OPBYGNING	19
4.5	FRITAGELSE AF SUNDHEDSPERSONALE	20
<b>5</b>	<b>MENNESKERETLIGE PROBLEMER MED ABORTREGLERNE OG ABORTSAMRÅDENES PRAKSIS</b>	<b>21</b>
5.1	STORE REGIONALE VARIATIONER I PRAKSIS	21
5.2	INDDRAGELSE AF HENSYN UDEN LOVHJEMMEL OG 'SKØN UNDER REGEL'	22
5.3	MANGLENDE VARETAGELSE AF BARNETS BEDSTE	23
5.4	BEGRÆNSNINGER PÅ ADGANGEN TIL ABORT VED SEKSUELLE OVERGREB	24
<b>6</b>	<b>KONKLUSION</b>	<b>26</b>
6.1	RETTEN TIL SELVBESTEMMELSE OM ABORT BØR STYRKES	26
6.2	REGLERNE OM ABORT SKAL VÆRE FORUDSIGELIGE OG GENNEMSIGTIGE	27
6.3	UNGE GRAVIDES RETTIGHEDER SKAL STYRKES	28
6.4	MENNESKERETLIGE HENSYN SKAL VARETAGES I ABORTLOVGIVNINGEN OG ABORTSAMRÅDENES PRAKSIS	28
6.5	BEHOV FOR EN REVISION AF REGLERNE	29

# 1 RESUMÉ OG ANBEFALINGER

De danske abortregler har ikke været væsentligt revideret i over 50 år. Reglerne er således stort set enslydende med den lovgivning, der oprindeligt blev vedtaget i 1973. Det giver anledning til at undersøge, om reglerne lever op til nutidige menneskeretlige og sundhedsfaglige standarder.

Institut for Menneskerettigheder belyser i denne rapport de danske abortregler fra et menneskeretligt perspektiv. I rapporten analyseres adgangen til abort, som den kommer til udtryk i forskellige menneskeretlige organer som en reproduktiv rettighed og et element af blandt andet retten til sundhed og retten til respekt for privatlivet, herunder den fysiske og psykologiske selvbestemmelse.

I analysen foretages tre centrale nedslag:

- En gennemgang af de internationale menneskerettigheder på abortområdet, herunder særligt retspraksis fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol under retten til liv (artikel 2), retten til respekt for privatlivet (artikel 8) og forbuddet mod umenneskelig og nedværdigende behandling (artikel 3).
- En gennemgang af de danske abortregler.
- En analyse af abortreglerne og abortsamrådernes praksis med udgangspunkt i nyere forskning på området i et menneskeretligt perspektiv.

Selv om abort fremstilles som et grundlæggende menneskeretligt anliggende af flere forskellige FN-organer, er der ikke en egentlig ret til abort efter menneskeretten. Derimod kan det på nogle områder være i strid med andre rettigheder, for eksempel retten til liv, retten til sundhed og retten til respekt for privatlivet, hvis man begrænser adgangen til abort i et disproportionalt omfang. Det kan også være tilfældet, hvis proceduren for adgang til abort ikke lever op til grundlæggende retssikkerhedsmæssige garantier omkring klarhed, forudsigelighed og gennemsigtighed og administreres ved en effektiv procedure.

Ved tilsidesættelse af grundlæggende retsgarantier og forhaling af proceduren for abort har Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol i nogle tilfælde statueret en krænkelse af retten til respekt for privatlivet og forbuddet mod umenneskelig og nedværdigende behandling. Sidstnævnte bliver særligt relevant, når der er tale om sårbare grupper af gravide såsom mindreårige og ofre for seksuelle overgreb.

I henhold til Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols praksis betragtes fostre ikke som mennesker med ret til liv eller andre menneskerettigheder. Hensynet til fostrets status kan derimod godt varetages som en legitim beskyttelsesinteresse, når man i den nationale lovgivning begrænser adgangen til abort. Sådanne betingelser skal dog være proportionale. Derudover skal de leve op til de retssikkerhedsmæssige garantier, som er opstillet i menneskerettighedsdomstolens praksis.

I Danmark er der fri adgang til abort frem til udgangen af 12. graviditetsuge. Herefter kan den gravide på forskellige indikationer få tilladelse til abort ved at ansøge om det ved et regionalt abortsamaråd, der tager stilling til, om betingelserne for abort er opfyldt. Abortindikationerne vedrører blandt andet medicinske og sociale forhold hos den gravide samt fostermedicinske forhold. Efter det tidspunkt, hvor fostret må antages at være levedygtigt, hvilket i praksis er fastsat til udgangen af 22. graviditetsuge, er der meget begrænset adgang til abort. Der kan herefter foretages abort uden særlig tilladelse, hvis en læge vurderer, at det er nødvendigt af hensyn til den gravides liv og helbred, og der kan undtagelsesvist gives tilladelse til abort ved alvorlige fostermedicinske indikationer.

Ifølge den nugældende danske lovgivning skal mindreårige gravide under 18 år have samtykke fra deres forældre eller værge for at få foretaget en abort, medmindre de er gift. Børn og unge har dog mulighed for at ansøge om fritagelse for forældresamtykke ved et abortsamaråd, ligesom abortsamarådet kan tillade abort, selv om forældrene modsætter sig det. Regeringen har netop i maj 2023 offentliggjort, at den vil afskaffe kravet om samtykke fra forældre eller værge.

Hvis en senabort er til stor helbredsmæssig risiko for den gravide, vil det ifølge de danske regler om abort tale imod at få foretaget en abort.

I dag kan abort ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO foretages uden sundhedsfaglige betænkeligheder igennem hele graviditeten, hvis det foregår under forsvarlige procedurer, som er tilpasset graviditetens længde. Hensynet til, at den gravides liv og helbred trues af en senabort, har derfor ikke længere den samme relevans, som da reglerne blev vedtaget for 50 år siden.

Abortsamrådenes praksis omkring abort afspejler derfor ikke længere hensynet til den gravides liv og helbred som modhovedhensyn. Blandt andet er der uklarhed om hjemmelsgrundlaget til at inddrage graviditetens længde som et selvstændigt hensyn i forbindelse med afgørelser om senaborter. I dag vil etiske betragtninger i form af hensynet til fostrets status og hensynet til det sundhedspersonale, der skal foretage et eventuelt indgreb, tale imod tilladelse til senabort. Det giver sammen med en række andre aspekter ved abortsamrådenes praksis anledning til retssikkerhedsmæssige betænkeligheder ved reglernes klarhed, forudsigelighed og gennemsigtighed, ligesom proportionalitetsprincippet ikke i tilstrækkelig grad forekommer at være varetaget i praksis.

Derudover peger nyere forskning på, at abortsamarådene i de afgørelser, de træffer, ikke i tilstrækkelig grad inddrager menneskeretlige hensyn, herunder hensynet til den gravides selvbestemmelse, varetagelse af barnets tarv (for mindreårige gravide) og hensynet til ofre for seksuelle overgreb.

Det er Institut for Menneskerettigheders vurdering, at de danske abortregler ikke er fulgt med den medicinske og samfundsmæssige udvikling. Dertil kommer, at abortreglerne ikke håndhæves i overensstemmelse med grundlæggende menneskeretlige og forvaltningsretlige principper.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler derfor, at Sundhedsministeriet tager initiativ til at revidere abortreglerne, herunder at:

- Sundhedsministeriet og Folketinget hæver grænsen for fri abort med henblik på at styrke kvinders selvbestemmelse og retssikkerhed i adgangen til abort.
- Sundhedsministeriet og Folketinget ophæver kravet om, at forældre eller værge skal give samtykke til abort for unge mellem 15 og 18 år.
- Sundhedsministeriet og Folketinget sikrer en udvidet adgang til abort senere i graviditeten, når den gravide er mindreårig eller har en kognitiv funktionsnedsættelse, samt når graviditeten er en følge af et seksuelt overgreb.

Uanset om lovgivningen om abort ændres, anbefaler Institut for Menneskerettigheder, at Abortankenævnet sikrer overholdelse af menneskeretlige principper i sin egen og i abortsamrådenes praksis, herunder at:

- Abortsamrådene og Abortankenævnet ændrer deres praksis, så hensynet til fostrets status ikke tillægges gradvis større vægt i takt med graviditetens længden i forbindelse med afgørelser om abort.
- Abortsamrådene og Abortankenævnet sikrer, at hensynet til det gravide barns bedste varetages som det primære hensyn i alle sager, der vedrører mindreårige gravide.
- Abortsamrådene og Abortankenævnet sikrer, at hensynet til ofre for seksuelle overgreb og krænkelser fremadrettet inddrages med betydelig vægt i sager om adgang til abort, samt at der tages særligt hensyn til sårbare gravide med kognitive eller andre funktionsnedsættelser i sager om adgang til abort.

## 2 ET RETSOMRÅDE I FORANDRING

Den frie abort indtil 12. graviditetsuge blev indført i Danmark i 1973. Reglerne er stort set ikke blevet ændret i den mellemliggende periode, bortset fra at levedygtighedskriteriet blev indført i 2000.

De fleste aborter foretages inden udgangen af 12. graviditetsuge. Der bliver foretaget omkring 15.000 provokerede aborter i Danmark om året (13.000 i den seneste årlige opgørelse for 2021-2022).<sup>1</sup> Heraf foretages kun omkring fire-fem procent efter udgangen af 12. graviditetsuge.<sup>2</sup> Over halvdelen af ansøgningerne om abort efter 12. graviditetsuge indgives mellem 13. og 16. graviditetsuge.<sup>3</sup> Langt de fleste gravide beslutter sig således for at få foretaget en abort tidligt i graviditeten.

I det seneste år er der kommet fornyet fokus på abortområdet. Det skyldes blandt andet, at den amerikanske højesteret i sagen **Dobbs mod Jackson Women's Health Organization** (2022) har ændret praksis omkring retten til abort i USA.<sup>4</sup> I Europa er debatten desuden blevet aktualiseret af, at polske kvinder har protesteret over de restriktive abortregler i Polen.<sup>5</sup> I Færøerne er den forholdsvis begrænsede adgang til abort også kommet til debat igen.<sup>6</sup>

Der er ikke konsensus om holdningen til abort i Europa. Hvor Holland for eksempel tillader fri abort frem til 24. graviditetsuge (antaget levedygtighed),<sup>7</sup> er der slet ikke fri adgang til abort i Polen<sup>8</sup> og en række andre europæiske lande.<sup>9</sup> Selv om der er variation i synet på abort på tværs af de europæiske lande, har der dog generelt været en bevægelse hen imod liberalisering. Der er dog også enkelte lande, der har bevæget sig i en mere restriktiv retning eller opretholdt en restriktiv lovgivning.<sup>10</sup>

De fleste europæiske lande giver i dag ligesom Danmark adgang til fri abort frem til mindst 12. graviditetsuge. Danmark, Finland og Norge er de mest restriktive nordiske lande med en grænse for fri abort ved udgangen af 12. graviditetsuge. Finland ændrede for nylig proceduren for abort, så der nu kun skal gives tilladelse fra én læge, hvor der før var krav om tilladelse fra to læger (samt et krav om motivation for aborten).<sup>11</sup> I Norge er der nedsat et ekspertudvalg, som skal se på reglerne for abort, herunder overveje mulighederne for at hæve abortgrænsen og se på mulige alternativer til de norske abortnævn,<sup>12</sup> som svarer til de danske abortsamråd. Sverige har siden 1975 haft adgang til fri abort indtil udgangen af 12. graviditetsuge (omtrent samtidig med at den frie abort blev indført i Danmark), men i 1996 hævede nabolandet abortgrænsen til udgangen af 18. graviditetsuge. I Island har abortgrænsen siden 2019 ligget ved udgangen af 22. graviditetsuge.<sup>13</sup> I England er der adgang til abort på bred social indikation frem til 24. graviditetsuge.<sup>14</sup>

I Danmark er der over det seneste år opstået en fornyet debat om de danske abortregler. Derudover peger ny forskning på, at der er en række problemer med administrationen af de nugældende regler (se side 21 og frem). Organisationen Sex & Samfund har i januar 2023 blandt andet anbefalet, at grænsen for den frie abort hæves til minimum 18. graviditetsuge,<sup>15</sup> ligesom forskellige lægefaglige selskaber

og civilsamfundsorganisationer er imødekomme over for forslaget om at hæve abortgrænsen, herunder repræsentanter for Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi,<sup>16</sup> Jordemoderforeningen<sup>17</sup> og Kvinderådet.<sup>18</sup> Det Ethiske Råd har også meldt ud, at rådet vil genoverveje abortspørgsmålet og komme med en udtalelse med anbefalinger på området i efteråret 2023, herunder om abortgrænsen skal hæves, sænkes eller bevares.<sup>19</sup>

## **2.1 ABORT ER ET MENNESKERETTIGHEDS- OG LIGESTILLINGSANLIGGENDE**

Ud fra et ligestillingsperspektiv er adgangen til abort en vigtig rettighed for især kvinder.<sup>20</sup> Selv om der ikke er vedtaget en egentlig ret til abort i de internationale menneskerettighedskonventioner, har flere forskellige internationale organer taget stilling til abort i relation til andre menneskerettigheder. Praxis på abortområdet gennemgås nedenfor.

Reproduktive rettigheder i dag betragtes som grundlæggende menneskerettigheder, der blandt andet er beskyttet som en del af retten til sundhed og retten til respekt for privatlivet, og som berører mange forskellige aspekter heraf.<sup>21</sup> De reproduktive rettigheder er først og fremmest sundhedsrettigheder, som er afgørende for at tilvejebringe alle viden om og adgang til sikker og effektiv familieplanlægning i almindelighed og sikre kvinders og pigers liv og helbred i særdeleshed. Derudover har de stor betydning for at opnå ligestilling mellem kønnene og sikre kvinders selvbestemmelse og udfoldelsesmuligheder på arbejdsmarkedet og i samfundet.

## **2.2 FRI OG SIKKER ABORT ER EN VIGTIG SUNDHEDSYDELSE**

FN's rådgivende sundhedsorgan, WHO, har i sine nyeste anbefalinger vedrørende abort fra 2022 meldt ud, at der ikke er sundhedsfaglige betænkeligheder ved abort under forsvarlige procedurer, som er tilpasset graviditetslængden. WHO anbefaler, at den gravide har fri adgang til sikker abort igennem hele graviditeten.<sup>22</sup> Anbefalingerne går blandt andet på at afskaffe de forskellige kriterier og abortindikationer samt restriktioner på og forbud mod abort begrundet i graviditetslængden.

WHO forholder sig ikke direkte til sammenhængen mellem adgangen til abort og fostrets levedygtighed i retningslinjerne, men angiver i relation til spontan abort, at et foster normalt er levedygtigt uden for livmoderen omkring 24. graviditetsuge. I forhold til restriktioner begrundet i graviditetslængden anfører WHO, at sådanne restriktioner har en forhalende virkning på adgangen til abort og er forbundet med forhøjet dødelighed blandt gravide, hvorfor de ikke er hensigtsmæssige. WHO fremhæver også, at mindreårige gravide, gravide med kognitive funktionsnedsættelser og andre udsatte grupper af gravide påvirkes af sådanne restriktioner i et disproportionalt omfang. Restriktionerne kan dermed have en diskriminerende virkning.

WHO's retningslinjer er sundhedsfagligt funderede og forholder sig ikke til etiske, religiøse og moralske argumenter imod abort.<sup>23</sup>



## 3 MENNESKERETTEN

Adgangen til abort er central for udfoldelsen af kvinders ret til sundhed samt deres ret til personlig integritet og selvbestemmelse, ligesom det har betydning for en lang række andre rettigheder. Der er imidlertid ikke international konsensus om, hvorvidt gravide skal have ret til abort, og der er internationalt mange eksempler på, at adgangen til abort rulles tilbage med henvisning til fostrets ret til liv. Hverken Kvindekonventionen eller Den Europæiske Menneskerettighedskonvention indeholder bestemmelser om abort, men adgangen til abort behandles undertiden i praksis fra FN's Kvindekomité og Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol i relation til andre rettigheder.

### 3.1 REPRODUKTIVE RETTIGHEDER OG ABORT

De reproduktive rettigheder er en række menneskerettigheder, som er forbundet med reproduktiv sundhed og selvbestemmelse. De overordnede principper bag disse rettigheder er princippet om ligestilling og forbuddet mod diskrimination samt retten til fysisk og mental sundhed, herunder reproduktiv sundhed. De reproduktive rettigheder omfatter blandt andet retten til at bruge prævention, modtage seksualundervisning i offentlige skoler, afslutte en uønsket graviditet og have adgang til forskellige reproduktive sundhedsydelser. Reproduktive rettigheder anses i menneskeretten som vigtige menneskerettigheder.<sup>24</sup>

I Kvindekonventionen er de reproduktive rettigheder blandt andet beskyttet i form af medlemslandenes forpligtelser til at afskaffe diskrimination mod kvinder i forbindelse med adgang til sundhedsydelser og familieplanlægning (artikel 12.1) samt at sikre oplysning og rådgivning herom i forbindelse med uddannelse (artikel 10, litra h).

Derudover er medlemslandene forpligtede til at tage alle passende forholdsregler for at afskaffe diskrimination mod kvinder i alle ægteskabs- og familieforhold. Kvinder skal dermed sikres rettigheder til frit og under ansvar at bestemme antallet af deres børn og intervallerne mellem dem. Derudover skal de have adgang til oplysning, undervisning og midler, der gør dem i stand til at udøve disse rettigheder (artikel 16, litra e).

De reproduktive rettigheder har også stor betydning for en lang række andre rettigheder for kvinder, herunder adgangen til politisk deltagelse (artikel 7 og 8), retten til uddannelse (artikel 10) og adgangen til deltagelse på arbejdsmarkedet (artikel 11). På den måde vedrører adgangen til abort ikke kun kvinders privatliv, men også deres mulighed for at deltage i det offentlige, politiske og erhvervsmæssige liv på lige fod med mænd.

FN's Kvindekomité har udtalt, at det er udtryk for diskrimination, når et medlemsland nægter at sikre kvinders adgang til specifikke reproduktive sundhedsydelser,<sup>25</sup> ligesom en række andre FN-organer har kritiseret forbud mod og restriktioner på adgangen til abort ud fra et diskriminationsperspektiv.<sup>26</sup> FN's Komité for Økonomiske, Sociale og Kulturelle Rettigheder har for eksempel udtalt, at medlemslandene som følge af det generelle diskriminationsforbud er forpligtede til at sikre

selvbestemmelse og lighed i nydelsen af retten til seksuel og reproduktiv sundhed, herunder i forbindelse med abort.<sup>27</sup>

Flere FN-organer har derudover udtrykt bekymring om en restriktiv regulering af abort og har derfor opfordret medlemslandene til at sikre effektiv adgang til abort, især i de tilfælde, hvor den gravides liv eller helbred er i fare, eller hvor graviditeten vil forårsage betydelig smerte eller lidelse. Tilsvarende anbefales det at undgå restriktioner i sager, hvor graviditeten er forårsaget af voldtægt eller incest, ved anomalier hos fostret og til forebyggelse af diskrimination imod gravide med handicap.<sup>28</sup>

FN's Kvindekomité har karakteriseret indskrænkninger i adgangen til abort som en form for kønnet vold, der kan udgøre en krænkelse af forbuddet mod tortur samt grusom, umenneskelig og nedværdigende behandling, for eksempel ved kriminalisering af abort, nægtelse eller forsinkelse af sikker abort og/eller pleje efter abort samt påtvunget fortsættelse af graviditeten.<sup>29</sup>

Europarådet har også adresseret abortreguleringen i sine medlemslande og har i denne forbindelse blandt andet anbefalet, at landene sikrer en effektiv procedure i forbindelse med abort og afskaffer procedurer, som er i strid med sundhedsfaglige retningslinjer, såsom obligatoriske ventetider, tilladelseskrav og partisk rådgivning.<sup>30</sup>

### **3.2 RETTEN TIL RESPEKT FOR PRIVATLIVET OG SELVBESTEMMELSE**

Under Den Europæiske Menneskerettighedskonvention er særligt retten til respekt for privatlivet (artikel 8) af betydning i forhold til de reproduktive rettigheder, herunder adgangen til og reguleringen af abort. Derudover kan forbuddet mod umenneskelig og nedværdigende behandling (artikel 3) være relevant i sager, hvor den gravide er særligt sårbar, og hvor sagsforløbet ved de nationale myndigheder har været særligt kritisabelt.

Retten til respekt for privatlivet indeholder efter praksis fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol en ret til personlig integritet, herunder fysisk og psykologisk selvbestemmelse. Domstolen har ikke fastslået, at der er en egentlig ret til abort under retten til respekt for privatlivet, men har blot påpeget, at spørgsmålet om adgang til abort falder inden for bestemmelsens anvendelsesområde.<sup>31</sup> Dette indebærer, at reguleringen af abort ikke må være diskriminerende og skal leve op til grundlæggende menneskeretlige principper.

Domstolen opfatter ikke restriktioner i forhold til abort som egentlige indgreb i retten til respekt for privatlivet. Derimod anerkender domstolen, at adgang til abort har stor betydning for den gravides personlige integritet og selvbestemmelse. Såfremt medlemslandet tillader abort under national ret, undersøger domstolen, om myndighederne har varetaget deres positive forpligtelser til at understøtte adgangen til abort. Domstolen har således i en række sager forholdt sig til restriktioner på adgangen til abort i national ret.

Særligt to emner i relation til abort har været indgående behandlet i en række sager ved domstolen. Det første er spørgsmålet om fostrets status og krav på beskyttelse. I den forbindelse har man set på, om fostre er beskyttede af konventionen. Det andet

er spørgsmålet om processuelle garantier for den gravide i sager om abort. Dette spørgsmål handler om, at der skal være klarhed om regelgrundlaget, og at proceduren for afgørelser om abort skal være forudsigelig, gennemsigtig og effektiv.

### 3.3 FOSTRES STATUS

Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har berørt spørgsmålet om fostres status og beskyttelse under konventionen i flere sager vedrørende abort og i forbindelse med andre spørgsmål. Udgangspunktet for domstolens praksis er, at ufødte ikke er beskyttet af retten til liv (artikel 2). Der er dog ikke konsensus om spørgsmålene om fostres status og mere overordnet om livets begyndelse, hvorfor medlemslandene har en bred skønsmargin på dette område.

Domstolen har i den forbindelse fastslået, at et ufødt foster ikke har status som et menneske i konventionens forstand. Det er dermed ikke beskyttet af retten til liv (artikel 2) eller de øvrige rettigheder i konventionen, selv om det moralske hensyn til fostrets status kan indgå som et relevant modhensyn over for den gravides ret til respekt for privatlivet og andre rettigheder. Medlemslandene har dermed en bred skønsmargin i forhold til reguleringen af området, særligt når det gælder spørgsmålet om livets begyndelse og fostrets status.

I det følgende gennemgås en række sager på området, som illustrerer, at domstolens praksis er præget af en vis ambivalens. I nogle sager slås det klart fast, at fostre ikke er at betragte som menneskeliv, mens der i andre sager åbnes for, at fostre kan nyde en vis beskyttelse under retten til liv. I nogle sager fastslår domstolen, at fostrets liv kan være beskyttet som en integreret del af den gravides liv. Det gælder for eksempel i sager, hvor aborten er uønsket af den gravide, men eksempelvis er resultat af en lægelig fejl.

Hvor domstolen har afvist, at retten til respekt for privatlivet (artikel 8) indeholder en selvstændig ret til abort, som omtalt ovenfor, har den omvendt antydnet, at der skal være adgang til abort, når graviditeten indebærer en fare for den gravides liv (artikel 2). Dette hænger sammen med, at hensynet til fostrets status ikke kan opveje hensynet til den gravides liv.

Sagen **Brüggemann og Scheuten mod Tyskland** (1977) var en af de første sager om abort.<sup>32</sup> Sagen vedrørte forskellige begrænsninger på adgangen til abort samt en kriminalisering af abort, når betingelserne herfor ikke var opfyldt. Domstolen udtalte i sagen, at graviditet ikke alene henhører under privatlivets sfære, idet den gravides privatliv er tæt forbundet med det foster, der er under udvikling (§ 59). Domstolen fandt det dog ikke nødvendigt at afklare, om det ufødte foster var omfattet af begrebet 'liv', eller om det kunne betragtes som en entitet, der kunne retfærdiggøre et indgreb i kvindens ret til privatliv med henblik på at beskytte 'andres ret og frihed' under artikel 8.2 (§ 60). Domstolen konkluderede, at kriminaliseringen af abort ikke udgjorde en krænkelse af den gravides ret til respekt for privatlivet (§ 61).<sup>33</sup>

I sagen **X mod Storbritannien** (1980) klagede den gravides ægtefælle til Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol på baggrund af en abort foretaget af hensyn til hendes sundhed.<sup>34</sup> Selv om domstolen anså den potentielle far som mulig krænk

i sagen under retten til liv, fandt den ikke, at termene 'ethvert menneske'<sup>35</sup> og 'enhver', som indgår i flere af konventionens artikler, kunne anvendes prænatalt. Den påpegede dog, at en sådan anvendelse ikke kunne udelukkes i sjældne tilfælde, for eksempel under retten til en retfærdig rettergang (§ 7).<sup>36</sup>

Domstolen uddybede, at den generelle brug af termen 'alle mennesker' eller 'enhver' og særligt anvendelsen i bestemmelsen om retten til liv ikke omfattede ufødte. Vedrørende termen 'liv' og særligt spørgsmålet om livets begyndelse påpegede domstolen, at der er forskellige opfattelser heraf. Den uddybede, at mens nogle mener, at menneskelivet allerede begynder ved undfangelsen, har andre den opfattelse, at det begynder ved enten nidation (æggets implantation i livmoderslimhinden), fostrets levedygtighed eller fødsel af et levende barn (§ 12).

Over for fostrets eventuelle ret til liv fremhævede domstolen behovet for at beskytte den gravides liv. Domstolen uddybede i den forbindelse, at fostrets liv er tæt forbundet med den gravides liv og ikke kan betragtes isoleret herfra. Den påpegede, at hvis fostret havde en absolut ret til liv, uden nogen undtagelser, ville det indebære, at dette 'ufødte liv' ville være at betragte som mere værdifuldt end den gravides liv. Den fremhævede, at ved konventionens gennemførelse i 1950 var abort i praksis tilladt i alle medlemslandene, når det var nødvendigt for at redde den gravides liv, og at den nationale regulering af abort i mellemtiden havde bevæget sig i retning af mere liberalisering (§ 20).

Sagen **Vo mod Frankrig** (2004) omhandlede ikke retten til abort, men spørgsmålet om, hvorvidt et ufødt barn var beskyttet af retten til liv i en situation, hvor den gravide ikke ønskede abort.<sup>37</sup> Den gravide havde efter en fejlbehandling i forbindelse med en forveksling af hende og en anden patient med samme efternavn været nødsaget til at få foretaget en abort af et ellers sundt foster.

Domstolen bemærkede i sagen, at fostre efter tidligere retspraksis ikke er beskyttet af retten til liv i forbindelse med abort. Den uddybede, at hvis det ufødte foster har en ret til liv under visse omstændigheder, er denne ret implicit begrænset af den gravides rettigheder og interesser, og der skal i alle tilfælde ske en afvejning af de forskellige rettigheder og interesser over for hinanden (§ 80).

Givet den manglende konsensus mellem medlemslandene, fandt domstolen det hverken ønskeligt eller muligt abstrakt at definere, om ufødte er at betragte som personer omfattet af retten til liv (§§ 81-85). Domstolen fandt i stedet, at fostrets liv i den konkrete sag til en vis grad var beskyttet via den gravide, idet de var tæt forbundet og havde sammenfaldende interesser (§ 86). Domstolen afholdt sig dermed fra at definere, hvornår livet begynder, idet den anså dette spørgsmål som omfattet af medlemslandenes skønsmargin på grund af den manglende konsensus herom såvel medicinsk, religiøst, etisk og politisk som retligt og videnskabeligt (§ 82).

Som disse domme viser, har medlemslandene en bred skønsmargin i forhold til at fastlægge, i hvilket omfang et foster skal betragtes som et menneskeliv og beskyttes som sådan i national ret. Domstolen har imidlertid i flere domme fastslået, at fostrets liv er uadskilleligt fra den gravides liv, og at fostrets liv ikke kan nyde absolut beskyttelse og dermed prioritet over den gravides liv. Det betyder efter Institut



for Menneskerettigheders vurdering, at der som minimum skal være adgang til abort, når det er nødvendigt for at redde den gravides liv. Domstolen har dog været tilbageholdende med at udtrykke dette i vendinger, der kunne antyde, at konventionen indeholder en egentlig ret til abort i disse tilfælde.

Menneskeretten forhindrer således ikke en restriktiv tilgang til abort i medlemslandene. Omvendt er der ikke noget menneskeretligt til hinder for en liberal tilgang til abort i medlemslandene, idet fostre ikke nyder selvstændig beskyttelse under konventionen. Medlemslandene kan dermed stort set selv fastlægge, om de vil tillade abort og under hvilke betingelser. Når medlemslandene tillader abort, skal de dog opfylde visse processuelle garantier.

### 3.4 PROCESSUELLE GARANTIER I SAGER OM ABORT

Retten til respekt for privatlivet (artikel 8) indeholder ikke en egentlig ret til abort. Alligevel har Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol i sin praksis opstillet en række processuelle garantier eller principper, som myndighederne skal leve op til i forbindelse med behandlingen af sager om abort. Det gælder navnlig spørgsmål om reguleringens klarhed og behovet for en effektiv procedure for sagernes afgørelse samt en mulighed for efterprøvelse af sagerne.

Domstolen har i en række sager vedrørende forskellige medlemslandes abortregulering vurderet, om reguleringen af adgangen til abort var tilstrækkeligt forudsigelig og gennemsigtig, samt om der var en tilgængelig og effektiv procedure til afgørelse af, om den gravide opfyldte betingelserne for lovlig abort i national ret. Domstolen har blandt andet fastslået, at den gravide under sagsbehandlingen skal have mulighed for at blive hørt og få taget sine synspunkter i betragtning, ligesom afgørelsen skal være skriftlig. Proceduren for afgørelsen må ikke være langtrukken, men skal sikre adgang til abort inden for rimelig tid med henblik på at begrænse helbredsrisici for den gravide.

Hvis disse principper ikke er overholdt, vil domstolen statuere, at der er sket en krænkelse af retten til respekt for privatlivet. I særligt grove tilfælde, eller hvor klageren er i en særligt sårbar situation, for eksempel hvis det handler om mindreårige eller abort i forbindelse med seksuelle overgreb, vil forbuddet mod umenneskelig og nedværdigende behandling (artikel 3) kunne komme i betragtning.

I sagen **Tysiack mod Polen** (2007) fastslog domstolen en række processuelle garantier i abortsager. Sagen vedrørte lægernes afvisning af abort på medicinsk indikation til en kvinde, der led af en alvorlig øjensygdom, som blev forværret under graviditeten og udviklede sig til et alvorligt synshandicap.<sup>38</sup>

Domstolen fandt i sagen, at medlemslandet havde tilsidesat sin positive forpligtelse til effektivt at beskytte retten til respekt for privatlivet, herunder processuelle garantier indeholdt i denne rettighed (§ 129). Domstolen påpegede, at kombinationen af et forbud mod abort med få undtagelser og kriminaliseringen af abort uden for disse undtagelser kunne have en afskrækkende virkning (engelsk: 'chilling effect') på læger i forhold til vurderingen af kriterierne for abort i de enkelte sager (§ 116).

Domstolen udtalte i denne forbindelse, at de nationale lovgivere, når de tillader abort, skal undgå at tilrettelægge reguleringen på en måde, som vil begrænse den reelle mulighed for at opnå tilladelse hertil (§ 116). Afgørelsen af dette skal derudover som følge af retsstatsprincippet kunne efterprøves ved et uafhængigt organ (§ 117). I denne henseende skal den gravide som det mindste have mulighed for at blive hørt personligt og have sine synspunkter taget i betragtning (§ 117). Derudover skal afgørelsen begrundes skriftligt (§ 117). Dette skal ske inden for rimelig tid, så helbredsrisici for den gravide begrænses og forebygges (§ 118).

I sagen **A, B og C mod Irland** (2010) uddybede domstolen kravet om klarhed og forudsigelighed i reguleringen af abort. Sagen vedrørte blandt andre en kvinde, som havde set sig nødsaget til at rejse til udlandet for at få foretaget en abort på medicinsk indikation på grund af uklarheder omkring reglerne i sit hjemland.<sup>39</sup>

Domstolen anerkendte, at kvinden havde fået foretaget aborten, fordi hun frygtede, at graviditeten udgjorde en risiko for hendes liv, idet hun frygtede tilbagefald af sin kræftsygdom uden mulighed for behandling (§ 125).

Sagens omdrejningspunkt var, hvorvidt medlemslandene har en positiv forpligtelse til at tilvejebringe en effektiv og tilgængelig procedure til afgørelse af sager om abort (§§ 244-246), hvilket domstolen besvarede bekræftende. Domstolen påpegede derudover, at der var usikkerhed om de nationale reglers anvendelse (§§ 252-255 og § 263). Den irske højesteret havde nemlig tidligere fastslået, at retten til selvbestemmelse i den irske forfatning medførte en ret til abort i visse tilfælde. Men i praksis var der ikke adgang til abort. Domstolen fandt derfor, at de nationale myndigheder havde tilsidesat deres positive forpligtelse til at sikre en effektiv beskyttelse af retten til respekt for privatlivet, idet de ikke havde sikret en tilgængelig og effektiv procedure til afgørelse af, hvorvidt kvinden opfyldte betingelserne for lovlig abort (§ 267).

Det skal bemærkes, at den irske forfatning blev ændret i 2018 ved en folkeafstemning, hvorved der efterfølgende er indført adgang til fri abort indtil 12. graviditetsuge og herefter adgang til abort på forskellige abortindikationer, herunder medicinsk og fostermedicinsk indikation.<sup>40</sup>

### 3.5 FORBUDET MOD UMENNESKELIG OG NEDVÆRDIGENDE BEHANDLING

Sagen **P. og S. mod Polen** (2012) vedrørte et tilfælde, hvor en mindreårig var blevet gravid i forbindelse med en voldtægt.<sup>41</sup> Pigen forsøgte i det efterfølgende forløb sammen med sine forældre at få en henvisning til abort, men lægerne udskød og afviste gentagne gange at foretage aborten, ligesom de ad flere omgange forsøgte at overtale pigen til at gennemføre graviditeten. Oplysningerne i hendes sag var derudover blevet videregivet til pressen og formidlet på internettet, hvilket medførte, at pigen blev kontaktet og antastet af aktivister under forløbet. Da pigen endelig fik tilladelse til at få foretaget aborten, blev hun henvist til et hospital 500 kilometer fra sit hjem.

Domstolen gentog i sagen, at medlemslandene har en positiv forpligtelse til at foranstalte en processuel ramme, som gør det muligt for gravide effektivt at udøve deres ret til abort efter den nationale lovgivning (§ 99). Den uddybede, at dette blandt andet indebærer, at forskellige legitime interesser skal varetages på passende vis, og

at beslutningsprocessen skal være retfærdig, herunder at individet skal involveres heri i tilstrækkeligt omfang til at sikre dets interesser (§ 99). Domstolen gentog, at den gravide har ret til at blive hørt personligt og få sine synspunkter taget i betragtning, ligesom afgørelsen skal være skriftlig (§ 99).

I den konkrete sag kritiserede domstolen, at klagerne havde fået modstridende oplysninger om proceduren for henvisning til og udførelse af abort samt ventetid og betingelser og i øvrigt var blevet givet urigtige oplysninger om farligheden af indgrebet (§ 102). Derudover kritiserede domstolen blandt andet, at klagerne var blevet henvist til behandling på et hospital så langt væk fra hjemmet uden en saglig begrundelse (§ 105). De anførte, at omstændighederne omkring afgørelsen om adgang til abort havde været præget af udsættelser og forvirring, vildledende og modsatrettede oplysninger, fravær af passende og objektiv lægelig rådgivning under hensyn til deres egne synspunkter og ønsker samt manglende adgang til en retlig procedure (§ 108). Derudover fremhævede domstolen, at tidsfaktoren var af kritisk betydning i sager om abort, og at beslutningen om abort skulle foreligge i god tid (§ 111).

Med hensyn til moderens indflydelse på datterens beslutning om abort påpegede domstolen, at forældremyndighed ikke medførte en automatisk ret for forældrene til at tage beslutninger vedrørende den mindreåriges reproduktive valg, idet der skulle tages passende hensyn til den mindreåriges selvbestemmelse i denne henseende (§ 109). Dette udelukkede dog ikke, at moderen havde mulighed for at blive hørt og få sine synspunkter taget i betragtning i beslutningsprocessen omkring abort, eller at der kunne være behov for rådgivning og forsoning i tilfælde af modstridende synspunkter i den mindreåriges interesse (§ 109).

Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol fandt på denne baggrund, at der var sket en krænkelse af retten til respekt for privatlivet i sagen (§ 112). Desuden fandt domstolen, at der var sket en krænkelse af forbuddet mod umenneskelig og nedværdigende behandling henset til de kumulative effekter af forløbet som helhed (§§ 167-169). Domstolen lagde i den forbindelse afgørende vægt på, at pigen kun var 14 år, og at graviditeten var resultatet af et seksuelt overgreb, samt at der var anvendt fysisk magt i forbindelse med overgrebet (§ 161). Dette indebar, at pigen havde været i en særdeles sårbar situation (§ 162). Domstolen fremhævede desuden, at der ikke var taget hensyn til pigens egne synspunkter og følelser i sagen (§ 166).

Forbuddet mod umenneskelig og nedværdigende behandling kan også komme på tale i sager, hvor de gravide ikke er mindreårige eller har været udsat for seksuelle overgreb. Dette var tilfældet i sagen **R.R. mod Polen** (2011) om manglende adgang til genetiske undersøgelser med henblik på abort for en voksen kvinde.<sup>42</sup> I denne sag fandt domstolen ligeledes, at der var sket en krænkelse af forbuddet mod umenneskelig og nedværdigende behandling (§§ 153-162), idet forløbet havde været karakteriseret af udsættelser, forvirring og fravær af ordentlig rådgivning og information til den gravide (§ 153). Domstolen fremhævede desuden, at den gravide havde været i en særdeles udsat situation og havde måttet udholde ugers smertefuld usikkerhed omkring fostrets helbred, sin egen og sin families fremtid samt udsigten til at skulle opfostre et barn med en uheldelig lidelse – bekymringer, som ikke blev behørigt anerkendt og adresseret af sundhedspersonalet (§ 159).

### 3.6 SAMMENFATNING

Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols retspraksis indebærer, at medlemslandene har en vid skønsmargin i spørgsmålet om abort. Det er således op til de enkelte medlemslande selv at fastlægge, i hvilket omfang de vil beskytte gravides ret til selvbestemmelse på dette område, og hvilken status de vil tillægge fostret i løbet af graviditeten.

Medlemslandene er dog efter konventionen forpligtede til at beskytte retten til liv, også for gravide. Dette indebærer efter instituttets vurdering, at gravide har krav på adgang til abort, hvis graviditeten indebærer en alvorlig fare for deres liv. Omvendt er landene ikke forpligtede til at beskytte fostret i sager om abort, idet dette ikke har en selvstændig ret til liv.

Domstolen har ikke fastlagt en egentlig ret til abort. Til gengæld har den fastlagt en processuel beskyttelse i forbindelse med behandlingen af sager om abort. Det følger heraf, at regulering og praksis på området skal være klar, forudsigelig og gennemsigtig, og at sagerne skal behandles under en tilgængelig og effektiv procedure. Dette indebærer blandt andet, at den gravide skal have mulighed for at blive hørt, afgørelsen skal være skriftlig, og sagen skal behandles inden for rimelig tid.

Hvis den gravide er mindreårig og er blevet gravid som følge af en seksualforbrydelse eller på anden måde er særligt sårbar, kan det udgøre en krænkelse af forbuddet mod umenneskelig og nedværdigende behandling, hvis væsentlige processuelle garantier tilsidesættes. I sådanne sager har myndighederne et skærpet ansvar for at sikre en betryggende procedure for behandlingen af sagerne, herunder at tage hensyn til den gravides særlige sårbarhed og inddrage den gravides egne synspunkter og følelser omkring sin situation i afgørelsen om abort.



## 4 DE NUGÆLDENDE DANSKE ABORTREGLER

### 4.1 FRI ABORT FREM TIL UDGANGEN AF 12. GRAVIDITETSUGE

De danske regler om abort findes i sundhedsloven, hvoraf det fremgår, at den gravide har ret til at få foretaget en abort frem til udgangen af 12. graviditetsuge. Den gravide skal ikke begrunde sit valg, men blot anmode sin læge om en henvisning til at få foretaget en abort. Lægen rådgiver i denne forbindelse blandt andet om indgrebet, risici samt muligheden for at få vejledning og støtte til at gennemføre graviditeten og tage vare på et eventuelt barn.<sup>43</sup>

### 4.2 ABORT EFTER UDGANGEN AF 12. GRAVIDITETSUGE

Efter udgangen af 12. graviditetsuge kan der gives tilladelse til abort med henvisning til en eller flere abortindikationer, som er fastsat i lovgivningen. Det kan for eksempel være af hensyn til kvindens fysiske eller psykiske helbred (medicinsk indikation) eller hendes livssituation (social indikation), en fare for det kommende barns helbred (fostermedicinsk indikation), eller at kvinden er blevet gravid efter et seksuelt overgreb såsom voldtægt og incest (etisk indikation).<sup>44</sup>

#### ABORTINDIKATIONERNE

Abortsamrådene kan efter sundhedsloven give tilladelse til senabort på følgende indikationer:

**Medicinsk indikation:**

Graviditeten, fødslen eller omsorgen for barnet medfører fare for forringelse af den gravides helbred på grund af foreliggende eller truende fysisk eller psykisk sygdom med videre.

**Etisk indikation:**

Graviditeten skyldes en seksualforbrydelse.

**Fostermedicinsk indikation:**

Der er fare for, at barnet på grund af arvelige anlæg eller beskadigelse eller sygdom i fostertilstanden vil få en alvorlig fysisk eller psykisk lidelse.

**Handicaprelateret indikation:**

Den gravide vurderes ikke at være i stand til at drage omsorg for det kommende barn på en forsvarlig måde på grund af en fysisk eller psykisk lidelse eller svag begavelse.

**Aldersrelateret indikation:**

Den gravide vurderes ikke at være i stand til at drage omsorg for det kommende barn på en forsvarlig måde på grund af ung alder eller umodenhed.

### **Social indikation:**

Graviditeten, fødslen eller omsorgen for barnet må antages at ville medføre en alvorlig belastning af den gravide, som ikke kan afværges på anden måde, hvorfor det af hensyn til den gravide, opretholdelsen af hjemmet eller omsorgen for familiens øvrige børn må anses for påkrævet, at svangerskabet afbrydes. Ved afgørelsen tages hensyn til den gravides alder, arbejdsbyrde og personlige forhold i øvrigt samt til familiens boligmæssige, økonomiske og helbredsmæssige forhold.

Det er endvidere en betingelse for at give tilladelse til senabort, at "de forhold, der begrundet ansøgningen herom, har en sådan vægt, at det findes berettiget at udsætte den gravide for den forøgede helbredsmæssige risiko, som indgrebet nu indebærer."<sup>45</sup> Denne betingelse forekommer dog ikke længere relevant, eftersom abort i dag i henhold til WHO's retningslinjer (se side 8) kan foretages sundhedsmæssigt forsvarligt igennem hele graviditeten. Der er således ikke en relevant forøget helbredsrisiko for den gravide i forbindelse med abort efter hverken 12. eller 22. graviditetsuge.

Endelig indgår levedygtighedskriteriet, som beskrevet i sundhedsloven, som en betingelse for tilladelse til abort. Dette indebærer, at abortsamrådene som udgangspunkt ikke kan give tilladelse til abort af et foster, der må antages at være levedygtigt. Abortsamrådene kan dog undtagelsesvist give tilladelse til abort af et levedygtigt foster på alvorlig fostermedicinsk indikation, for eksempel ved invaliderende misdannelser.<sup>46</sup>

Den gravide kan i alle tilfælde få graviditeten afbrudt – også efter udløbet af 12. og 22. graviditetsuge – hvis indgrebet er nødvendigt for at afværge en fare for den gravides liv eller en alvorlig forringelse af den gravides fysiske eller psykiske helbred, og når faren herfor er udelukkende eller ganske overvejende lægefagligt begrundet. Der er ikke krav om tilladelse til abort ved et abortsamaråd i disse tilfælde, hvor beslutningen om abort beror på en rent lægefaglig vurdering,<sup>47</sup> for eksempel i forbindelse med en akut hospitalsindlæggelse på grund af fare for kvinden.

### **LEVEDYGTIGHEDSKRITERIET**

Fostrets levedygtighed må som udgangspunkt bero på en konkret vurdering i den enkelte sag. Ifølge forarbejderne til sundhedsloven er det afgørende ved vurderingen af det enkelte fosters levedygtighed, at der er en realistisk udsigt til, at et eventuelt barn ville kunne overleve i hvert fald i nogle uger, såfremt det på tidspunktet for det påtænkte indgreb kom til verden ved en naturlig fødsel. I så fald bør fostret anses for levedygtigt.<sup>48</sup>

I praksis foretages der dog ikke en individuel vurdering, idet Abortankenævnet har fastsat levedygtighedsgrænsen til udgangen af 22. graviditetsuge.<sup>49</sup>

### 4.3 FORÆLDRESAMTYKKE TIL ABORT FOR BØRN OG UNGE

Efter de danske abortregler gælder, at hvis den gravide er under 18 år og ugift, skal der gives samtykke til abort fra forældrene eller en værge. Barnet eller den unge kan dog søge samrådet om at blive fritaget for forældresamtykke eller om at få foretaget en abort, på trods af at forældrene modsætter sig dette.<sup>50</sup> Denne regel gælder både ved abort før og efter 12. graviditetsuge.

Reglen om forældresamtykke stammer tilbage fra Svangerskabskommissionens betænkning fra 1936.<sup>51</sup> Der var allerede dengang en erkendelse af, at det ikke altid var hensigtsmæssigt at inddrage den gravides forældre i sager om abort.<sup>52</sup> Som det er angivet i betænkningen, opfattedes forældrenes krav på bestemmelse over deres barn som større, jo yngre barnet var, og spørgsmålet om, hvorvidt det kunne være relevant at sondre mellem gravide under og over 15 år i forbindelse med forældresamtykke, indgik i kommissionens betragtninger. På den måde var man allerede dengang opmærksom på, at unge gravide måtte have en højere grad af selvbestemmelse end mindre børn i spørgsmålet om abort. Man valgte dog ikke at skelne mellem de angivne aldersgrupper i lovgivningen.

Det overordnede hensyn bag reglen om forældresamtykke var dengang, at mindreårige piger og unge kvinder ikke ansås for myndige til at træffe beslutning om abort, og at forældrene havde fuld autoritet over deres børn. Hvis den gravide var gift, havde ægtefællen i øvrigt ret til at blive hørt vedrørende aborten, medmindre særlige omstændigheder talte imod det.<sup>53</sup> Her er tale om et markant anderledes syn på kvinders og pigers selvbestemmelse end i dag, hvor det ikke forekommer velbegrunderet, at unge, ugifte gravide skal have samtykke fra deres forældre til en vigtig sundhedsydelse.

Når det gælder andre typer af behandling i sundhedssystemet, kan mindreårige over 15 år i dag selv give informeret samtykke, dog under information og inddragelse af forældremyndighedsindehaveren. Kun hvis den mindreårige ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan det informerede samtykke til behandlingen i stedet indhentes ved forældremyndighedsindehaveren.<sup>54</sup>

Derudover er den seksuelle lavalder 15 år, hvorefter unge mennesker regnes for myndige til at indgå i seksuelle relationer.

### 4.4 ABORTSAMRÅDENES SAMMENSÆTNING OG OPBYGNING

De regionale abortsamråd, som træffer afgørelser i abortsager efter 12. graviditetsuge, består af tre personer: en person fra regionen med juridisk eller socialfaglig baggrund og to læger, hvoraf den ene har speciale i gynækologi, og den anden er speciallæge i psykiatri eller har særlig socialmedicinsk indsigt. Samrådsmedlemmerne skal være enige om at give tilladelse til abort.<sup>55</sup> Hvis de ikke er enige, vil den gravide få afslag på abort.

Hvis den gravide får afslag på abort fra et abortsamråd, kan det påklages til Abortankenævnet, hvor klagen behandles af en dommer og to speciallæger i henholdsvis gynækologi og psykiatri eller socialmedicin. Også her kræver tilladelse

til abort enstemmighed blandt nævnets medlemmer. Hvis der ikke er enighed blandt medlemmerne om at tillade abort, og der dermed gives afslag, har den gravide ikke adgang til abort.

Ud over at agere som klageinstans fører Abortankenævnet overordnet tilsyn med abortsamrådenes praksis.<sup>56</sup> Abortsamrådene indsender årligt et udsnit af deres afgørelser til Abortankenævnet, der som tilsynsmyndighed gennemgår sagerne og melder tilbage med deres vurdering af samrådenes praksis. Derudover afholder ankenævnet videndelingsmøder med deltagelse af samtlige samråd, hvor ankenævnet giver generelle udmeldinger om området og eventuelt indskærper praksis. Hvert år udgiver ankenævnet en opsummerende årsrapport baseret på samrådenes pligtige indberetninger. Ankenævnets opgave er hermed at sikre ensartet praksis på tværs af de regionale samråd i overensstemmelse med almene retssikkerheds- og lighedsprincipper.<sup>57</sup>

#### **4.5 FRITAGELSE AF SUNDHEDSPERSONALE**

Sundhedspersonale som for eksempel læger, sygeplejersker, jordemødre, sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter kan efter sundhedslovens regler anmode om fritagelse, hvis det strider mod deres etiske eller religiøse opfattelse at foretage eller medvirke til abort. Det samme gælder for personer, der er under uddannelse til et af de nævnte erhverv.<sup>58</sup> Reglen er mest aktuel for sidstnævnte gruppe, da færdiguddannet sundhedspersonale typisk vil have taget stilling hertil, inden de søger en stilling på en af de relevante afdelinger.



## 5 MENNESKERETLIGE PROBLEMER MED ABORTREGLERNE OG ABORTSAMRÅDENES PRAKSIS

I Danmark behandles ansøgninger om senabort som nævnt ved de regionale abortsamråd. Samrådene behandler ifølge Abortankenævnets årsberetning tilsammen mellem 800 og 900 sager om abort om året.<sup>59</sup> Der gives afslag i 36-78 sager om året svarende til cirka fire-ni procent af sagerne, og de fleste afslag gives på social indikation.<sup>60</sup>

Sagerne vedrører primært gravide, som ønsker abort på fostermedicinsk og social indikation. Det kan for eksempel skyldes viden om sygdomme eller funktionsnedsættelser ved fostret, som de er blevet bekendt med efter udgangen af 12. graviditetsuge i forbindelse med fosterdiagnostiske screeninger, eller ændringer i sociale forhold og relationer. Det kan også skyldes mindreårighed, sociale og psykiske problemer, partnervold eller misbrugslidelser. Graviditeten kan være opdaget for sent i forhold til abortgrænsen, for eksempel i forbindelse med graviditet hos mindreårige, mennesker med kognitive funktionsnedsættelser eller andre udsatte grupper. Der findes ikke en offentlig opgørelse over de konkrete årsager til ansøgningerne om abort ud over Abortankenævnets årsberetning, som alene angiver de overordnede abortindikationer.<sup>61</sup>

Praksis fra abortsamrådene er ikke offentligt tilgængelig, selv om enkelte samråd udgiver årsrapporter herom. Derudover gives der sjældent aktindsigt i sagerne på grund af deres personfølsomme karakter (heller ikke i anonymiseret form). Forudsætningerne for samrådenes vide skøn i forbindelse med afgørelser om abort er derfor ikke gennemsigtige og forudsigelige, og det kan være vanskeligt for den gravide at gennemskue sin retsstilling ved et ønske om abort efter udgangen af 12. graviditetsuge. Reglerne mangler dermed klarhed og gennemsigtighed, idet de åbne og vage formuleringer i loven ikke præciseres i andre tilgængelige retskilder.

Følgende analyse af abortsamrådenes praksis er baseret på et nyere studie, hvor forskere har fået aktindsigt i samrådenes afgørelsesprotokoller. Forskerne har desuden interviewet en række samrådsmedlemmer for at opnå en bedre forståelse af konteksten for afgørelserne og en nærmere indsigt i samrådenes fortolkning af reglerne og de kriterier, som de lægger vægt på i praksis.<sup>62</sup>

### 5.1 STORE REGIONALE VARIATIONER I PRAKSIS

Forskningen viser, at der er store regionale forskelle på, hvordan reglerne administreres på tværs af abortsamrådene. Ét regionalt samråd havde en afslagsprocent på fem procent, mens et andet samråd havde en afslagsprocent på 17 procent i sager om abort på social indikation.

Forskellene forklares af flere samrådsmedlemmer som et udtryk for en forskellig befolkningssammensætning med flere socialt udsatte borgere i nogle regioner

end andre samt en varierende vejledning om praksis og forudgående sortering ved de almenpraktiserende læger. Forskningen peger dog også på, at der er regionale forskelle på strukturer og sagsgange ved samrådene, hvilket kan medføre en ulige adgang til sundhedsydelser på tværs af regionerne, som ikke kan begrundes alene i befolkningssammensætningen. Forskerne fremdrager herudover konkrete eksempler på enslydende sager, som er afgjort forskelligt ved forskellige samråd.<sup>63</sup>

Dette forhold strider mod forudsætningerne i lovgivningen om en ensartet anvendelse af reglerne for alle borgere. Ud over at være retssikkerhedsmæssigt betænkeligt på grund af manglende gennemsigtighed og forudsigelighed i forvaltningen af reglerne kan det også udgøre et brud på den forvaltningsretlige lighedsgrundsætning om, at der ikke må forekomme usaglig forskelsbehandling af forskellige grupper og personer.<sup>64</sup> Et tilsvarende lighedsprincip findes i menneskeretten, og en sådan uensartethed i forvaltningen udgør derfor efter Institut for Menneskerettigheders vurdering et væsentligt retssikkerhedsmæssigt og menneskeretligt problem.

## **5.2 INDDRAGELSE AF HENSYN UDEN LOVHJEMMEL OG 'SKØN UNDER REGEL'**

Forskningen viser også, at Abortankenævnet og abortsamrådene i deres praksis fortolker betingelsen i loven vedrørende hensynet til den gravides helbred som indeholdende en skærpelse af vurderingen af kriterierne for abort i takt med graviditetslængden. Graviditetslængden indgår dermed som et tungtvejende element i afgørelserne om abort, hvilket indebærer, at det er sværere at få tilladelse til abort, jo længere man er i graviditeten. Særligt i sager på social indikation forskydes vægtingen af de sociale hensyn til den gravide med varigheden af graviditeten. Effekten er, at tilladelse til abort kræver stadig mere tungtvejende hensyn, jo længere i graviditeten man er. Forskerne skriver: "Graviditetslængden er i afgørelserne fra samrådene et systematisk, tydeligt gennemgående og afgørende parameter særligt i forhold til afgørelser på social indikation, hvor betydningen af graviditetslængden ekspliciteres." Dette begrundes i praksis i fostrets stigende status og hensynet til det sundhedspersonale, der skal foretage et eventuelt indgreb.<sup>65</sup>

Praksis synes dermed at være baseret på en graderet opfattelse af fostrets status som stigende i løbet af graviditeten, hvor hensynet til fostret inddrages som et selvstændigt kriterium i sagerne.<sup>66</sup> Loven henviser dog alene til sundhedsrisikoen for den gravide som et relevant kriterium for at lægge vægt på graviditetslængden i afgørelser om abort. Fostrets status og hensynet til sundhedspersonalet varetages på anden vis i loven, herunder ved levedygtighedskriteriet og muligheden for, at sundhedspersonalet kan fritages fra at udføre indgrebet af hensyn til deres etiske eller religiøse opfattelser. Levedygtighedskriteriet indebærer, som det er formuleret i loven, ikke en gradvis skærpelse af skønnet, men en absolut grænse for abort på de relevante indikationer.

Det er derfor Institut for Menneskerettigheders vurdering, at der ikke er klar hjemmel i loven til at lægge vægt på graviditetslængden som kriterium eller at skærpe vurderingen af sagernes omstændigheder i takt med graviditetslængden af hensyn til fostrets stigende status eller af hensyn til sundhedspersonalet.

Forskningen peger desuden på, at Abortankenævnet tidligere har haft fastsat en uformel abortgrænse ved udgangen af 18. graviditetsuge for aborter på social

indikation. Dette indebar, at der herefter kun var mulighed for tilladelse til abort ved helt særlige sociale omstændigheder. Denne særlige praksis ved social indikation havde ikke klar hjemmel i loven og var heller ikke understøttet i forarbejderne eller i den gældende vejledning. Reglen var dermed uigennemsigtig og uforudsigelig for den gravide. Som forskningen peger på, må en sådan praksis ikke antage karakter af 'skøn under regel', hvor det individuelle skøn i konkrete sager afskæres eller væsentligt begrænses. Afgørelsen om abort skal, som forskningen påpeger, foretages på baggrund af en konkret og individuel vurdering i hver enkelt sag.<sup>67</sup>

Abortankenævnet har da også i sin seneste årsrapport præciseret, at der ikke gælder en uformel abortgrænse for sager på social indikation. Ankenævnet skriver: "På det seneste samrådsmøde i november 2021 blev det drøftet, at der ikke følges en praksis, hvorefter der efter udgangen af 18. graviditetsuge kun ganske undtagelsesvis kan gives tilladelse til abort [på social indikation]. Der skal således i alle sager foretages en konkret vurdering, hvor også gestationsalderen indgår."<sup>68</sup> Der er dog som nævnt ikke hjemmel i loven til at lægge vægt på gestationsalderen (fostrets status) som et selvstændigt kriterium. Det er alene hensynet til den gravides helbred, der skal varetages i relation til graviditetens længde.

Institut for Menneskerettigheder vurderer ikke, at den gravide på baggrund af lovgivningen har mulighed for at forudsige sin retsstilling i forbindelse med abort, idet ikke alle de relevante kriterier og hensyn i sagerne fremgår heraf. Det er derfor instituttets vurdering, at abortsamrådernes praksis, som fremlagt i forskningen, er i strid med hjemmelskravet i menneskeretten og kravet om klarhed, forudsigelighed og gennemsigtighed omkring retsgrundlaget i sager om abort. Såfremt skønnet i forhold til social indikation er sat under regel, udelukker det derudover muligheden for en konkret, individuel vurdering af ansøgerens forhold i den enkelte sag, hvilket er et væsentligt menneskeretligt princip.

### **5.3 MANGLENDE VARETAGELSE AF BARNETS BEDSTE**

Forskningen peger på, at abortsamrådene forsømmer hensynet til barnets bedste i sager om abort blandt gravide mindreårige. FN's Børnekonvention definerer børn som værende fra nul til 18 år. Hensynet til barnets bedste skal ifølge børnekonventionens artikel 3 komme i første række i alle sager vedrørende børn.<sup>69</sup> Dette er også et væsentligt hensyn efter dansk ret. Derudover har børnekomitéen gentagne gange udtalt, at landene skal sikre piger adgang til sikker abort. Den har også tilkendegivet, at det gravide barn har ret til at blive hørt og få sine synspunkter taget i betragtning i forbindelse med en sag om abort.<sup>70</sup>

I praksis anser abortsamrådene ung alder for at være 16 år eller derunder, når de behandler sager om abort på aldersrelateret indikation.<sup>71</sup> Samrådene lægger ikke særsigt vægt på barnets bedste i sager, hvor den gravide er under 18 år og dermed et barn.<sup>72</sup> Dette er efter Institut for Menneskerettigheders vurdering i strid med børnekonventionens artikel 3 og praksis fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol omkring varettagelse af barnets interesser (se side 14-15).

Instituttet finder det desuden unødvendigt, at der efter reglerne om abort skal indhentes samtykke til aborten fra forældremyndighedsindehaveren i sager, hvor den

gravide er under 18 år og ugift. Selv om gravide i alderen 15-18 år er mindreårige, må det antages, at unge kan træffe beslutninger om deres seksuelle og reproduktive sundhed, når de er 15 år eller ældre og dermed over den seksuelle lavalder, ligesom de kan give informeret samtykke til andre former for behandling i sundhedssystemet under rådgivning fra sundhedspersonalet og med inddragelse af forældrene. Der kræves desuden ikke forældresamtykke i forbindelse med vejledning om anvendelse af prævention til mindreårige.<sup>73</sup>

Efter børnekonventionen må graden af inddragelse af barnets synspunkter bero på barnets alder og modenhed (artikel 12). Det er efter instituttets vurdering svært at forestille sig en situation, hvor det vil være i overensstemmelse med barnets bedste at påtvinge det at gennemføre en graviditet imod dets ønsker. Det er dog muligt i dag på baggrund af lovgivningen og abortsamrådenes praksis, at forældremyndighedsindehaveren kan gennemtvinge, at en mindreårig gennemfører en graviditet.<sup>74</sup> I sådanne tilfælde bør der efter instituttets vurdering gives dispensation fra kravet om forældresamtykke, da det er meget indgribende for barnet at gennemføre en uønsket graviditet, uanset om dette er forældrenes ønske. Derimod kan det nok forekomme, at et barn ikke kan gennemskue konsekvenserne af et ønske om at gennemføre graviditeten og kan have behov for særlig støtte og vejledning i beslutningen herom.

Det er desuden paradoksalt, at det i praksis antages, at børn er modne til at blive forældre i tilfælde af afslag på abort, men ikke er i stand til selv at tage beslutningen om, hvorvidt de ønsker en graviditet og et eventuelt forældreskab i første omgang. Dette understreger, at der er behov for at styrke børns og unges selvbestemmelse i forbindelse med abort og give unge over 15 år mulighed for selv at tage stilling under rådgivning fra sundhedspersonalet.

#### **5.4 BEGRÆNSNINGER PÅ ADGANGEN TIL ABORT VED SEKSUELLE OVERGREB**

På baggrund af levedygtighedskriteriet opererer Abortankenævnet og abortsamrådene som nævnt ovenfor med en abortgrænse ved udgangen af 22. graviditetsuge, for eksempel i sager om seksuelle overgreb på etisk indikation. Hvis graviditeten i sådanne tilfælde opdages efter udgangen af 22. graviditetsuge, eller hvis der ansøges for sent, vil der ikke blive givet tilladelse til abort.

Som statistikken på området viser, søger de fleste gravide om abort så tidligt som muligt i graviditeten. Det er kun i helt særlige tilfælde, at der kan opstå behov for abort sent i graviditeten. Det kunne for eksempel være i forbindelse med sent opdagede graviditeter hos mindreårige og personer med kognitive og psykiske lidelser eller misbrugslidelser med videre eller i forbindelse med traumereaktioner efter seksuelle overgreb. I dag er det som følge af levedygtighedskriteriet ikke muligt at få abort i sådanne tilfælde i Danmark.

Et eksempel fra praksis er en sag, hvor et flygtningebarn med en kognitiv funktionsnedsættelse anmodede om tilladelse til abort af en graviditet, som var et resultat af en voldtægt. Pigen fik afslag på abort, fordi hun var i 24. graviditetsuge,<sup>75</sup> selv om hun var i en særdeles sårbar situation.

Der bør efter Institut for Menneskerettigheders vurdering ikke være begrænsninger på adgangen til abort i sager om seksuelle overgreb. WHO påpeger i sine nye anbefalinger, at sådanne restriktioner typisk vil ramme de mest sårbare gravide hårdest. Derudover vil det i alle tilfælde medføre en alvorlig psykologisk og fysisk belastning at skulle gennemføre en graviditet, som er resultatet af et seksuelt overgreb.<sup>76</sup>

Efter instituttets vurdering bør konsekvenserne for den gravides fysiske og psykiske helbred ved at være gravid og gennemføre en fødsel, når dette er resultatet af et seksuelt overgreb, under alle omstændigheder indgå som et vægtigt element i afgørelser om abort på etisk indikation.

## 6 KONKLUSION

### 6.1 RETTEN TIL SELVBESTEMMELSE OM ABORT BØR STYRKES

Adgang til abort er afgørende for gravides og særligt kvinders ret til sundhed, deres personlige integritet og selvbestemmelse samt deres udfoldelsesmuligheder i samfundet. I Danmark er ligestilling og kvinders rettigheder vigtige værdier. Det er derfor Institut for Menneskerettigheders opfattelse, at de danske regler og abortsamrådernes praksis i højere grad skal afspejle respekten for kvinders reproduktive rettigheder og selvbestemmelse.

Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol anerkender i sin retspraksis, at adgang til abort har stor betydning for kvinders udfoldelse af deres selvbestemmelse. Menneskerettighedsdomstolen har ikke entydigt fastslået, at den gravide har ret til abort, eller hvor grænsen for abort skal ligge. Dette er begrundet i, at der er store kulturelle og sociale forskelle på, hvordan medlemstaterne ser på spørgsmålet om fostrets status, blandt andet på grund af forskellige religiøse og moralske hensyn. Når der er adgang til abort i et medlemsland, må denne adgang ifølge domstolens praksis imidlertid ikke besværliggøres unødigt.

Menneskeretten bygger på principperne om personlig integritet og ligestilling mellem kønnene. Adgangen til abort er afgørende for gravides og særligt kvinders selvbestemmelse. I en dansk kontekst, hvor kvinder anerkendes som selvstændige og beslutningsdygtige individer, og hvor ligestilling er en kerneværdi, bør gravide efter instituttets opfattelse have selvbestemmelse i reproduktive spørgsmål. Graden af selvbestemmelse bør således afspejle kvinders kropslige og etiske integritet som individer, der er i stand til at træffe også moralsk vanskelige valg på baggrund af deres helbredsstatus, livssituation og fostermedicinske oplysninger med videre.

I Danmark er abort tilgængeligt uden særlig indikation frem til udgangen af 12. graviditetsuge. Derefter er der adgang til abort, frem til fostret er levedygtigt, i de tilfælde, hvor særlige betingelser er opfyldt, og et abortsamråd giver tilladelse hertil. Hvis der er en alvorlig fare for den gravides liv eller helbred, kan der ligeledes foretages abort senere i graviditeten ud fra en lægefaglig vurdering. I dag gives der i de fleste tilfælde tilladelse til abort frem til udgangen af henholdsvis 18. graviditetsuge på social indikation og 22. graviditetsuge på fostermedicinsk indikation. Dette afspejler, at det ufødte foster ikke efter dansk ret tillægges status som et menneske med selvstændige rettigheder på dette tidspunkt i graviditeten, ligesom det af danske myndigheder og sundhedsautoriteter opfattes som fuldt forsvarligt at foretage abort frem til disse tidspunkter i graviditeten.

For den gravide, som befinder sig i for eksempel 15. eller 16. graviditetsuge og beslutter sig for at få en abort, forekommer det indgribende, at et samråd bestående af to læger og en socialrådgiver eller jurist skal være enige med hende i, at hendes beslutning er velbegrundet. Ud fra et menneskeretligt perspektiv forekommer det at være et problematisk indgreb i privatlivet og den personlige integritet, at



gravide formelt fratages deres selvbestemmelse i forhold til abort på et tidspunkt i graviditeten, hvor det må opfattes som ukontroversielt i en dansk kontekst, og hvor der i de fleste tilfælde reelt gives tilladelse til abort.

Idet Danmark er et af de lande, hvor kvinder og mænd er mest ligestillede, bør der stilles høje krav til de reproduktive rettigheder, herunder adgangen til abort. Lovgivningen bør således afspejle, at vi vægter kvinders ret til selvbestemmelse højt i Danmark. Jo mere vægt der lægges på kvinders ret til selvbestemmelse og ligestilling, desto højere krav kan der stilles til beskyttelsen af kvinders reproduktive rettigheder.

De danske abortregler er i store træk ikke ændret i 50 år. Det ses blandt andet ved, at grænsen for den frie abort ligger ved udgangen af 12. graviditetsuge, fordi der tidligere var en forøget risiko for den gravide ved at få foretaget en abort senere i graviditeten. I dag foretages også senere aborter under forsvarlige og sikre procedurer ud fra et sundhedsfagligt perspektiv. Den danske abortlovgivning er dermed baseret på forældede sundhedsfaglige betragtninger omkring risikoen for den gravide i forbindelse med senere aborter. Om end lovgivningen var progressiv, da den blev indført i 1973, er den ikke fulgt med udviklingen, hverken set ud fra et menneskeretligt, et ligestillingsorienteret eller et sundhedsfagligt perspektiv.

Det er Institut for Menneskerettigheders vurdering, at der er brug for et eftersyn af de danske abortregler set i lyset af den nutidige og særligt den danske forståelse af kvinders selvbestemmelse over deres egen krop samt deres udfoldelsesmuligheder i samfundet. Kvinders rettigheder, særligt de reproduktive rettigheder, er under stadig udvikling, og lovgivningen skal naturligvis følge med samfundsudviklingen. Det er instituttets opfattelse, at danske gravide er fuldt ud i stand til selv at varetage deres reproduktive sundhed under rådgivning fra kompetent sundhedspersonale.

## **6.2 REGLERNE OM ABORT SKAL VÆRE FORUDSIGELIGE OG GENNEMSIGTIGE**

Når lande giver adgang til abort, skal det efter Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols praksis ske på en måde, som lever op til retsstatslige principper om klarhed, forudsigelighed og gennemsigtighed i lovgivningen og forvaltningen heraf. Den retlige regulering og proces skal derudover i henhold til proportionalitetsprincippet stå mål med det formål, som man søger at opnå.

Det er efter Institut for Menneskerettigheders vurdering et menneskeretligt problem, at der er uklarhed om de hensyn, som varetages i abortsamrådenes praksis, idet disse hensyn ikke fremgår af lovgivningen. Hvor lovgivningen på området henviser til den gravides helbred som det primære hensyn i sager om abort samt levedygtighedskriteriet, synes abortsamrådenes praksis i højere grad at basere sig på dels betragtninger om fostrets forudsatte stigende status i løbet af graviditeten og dels en rangering af de forskellige indikationer, hvor medicinsk indikation betragtes som mere tungtvejende end for eksempel social indikation. Dette sker, selv om der ikke er klare holdepunkter for en sådan rangering i lovgivningen.

Derudover er der et alvorligt problem med manglende forudsigelighed og gennemsigtighed i sagerne om abort ved abortsamrådene. Særligt i de sager, der er

begrundet i den gravides sociale forhold (social indikation), er der undertiden forskel på vægtningen af kriterierne i afgørelserne i de fem regionale abortsamråd. Herved lever de danske abortsamråd ikke op til lighedsgrundsætningen, der påkræver, at borgerne i det væsentlige behandles lige inden for de enkelte sagsområder, hvilket også er et væsentligt menneskeretligt princip.

Det er derfor instituttets vurdering, at praksis ved abortsamrådene og Abortankenævnet ikke i alle aspekter lever op til de generelle principper fastslået i retspraksis fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol om, at reglerne om abort skal være tilstrækkeligt klare, forudsigelige og gennemsigtige og håndhæves ved en effektiv procedure. En tilsidesættelse af disse principper kan i konkrete sager udgøre et brud på retten til respekt for privatlivet, herunder retten til personlig integritet og selvbestemmelse, og i grove tilfælde forbuddet mod umenneskelig og nedværdigende behandling.

### **6.3 UNGE GRAVIDES RETTIGHEDER SKAL STYRKES**

Der stilles i dag fortsat krav i lovgivningen om, at børn og unge under 18 år, som bliver gravide og ønsker abort, skal have samtykke fra deres forældre eller værge til aborten, medmindre de er gift. På andre områder kan unge over 15 år selv give informeret samtykke til sundhedsbehandling, dog under information og inddragelse af forældremyndighedsindehaveren.

Den seksuelle lavalder er tillige 15 år, og unge anses dermed for at være i stand til at varetage deres seksuelle og reproduktive sundhed i denne henseende, uanset om de er gift eller ej.

Set i lyset af dette forekommer det unødvendigt indgribende, at unge mellem 15 og 18 år skal have samtykke fra deres forældre eller værge for at få abort. Det er udtryk for et utidssvarende syn på unges integritet og ret til selvbestemmelse over deres egen krop. Det er efter instituttets opfattelse væsentligt, at børn og unge sikres en højere grad af selvbestemmelse i forbindelse med abort.

### **6.4 MENNESKERETLIGE HENSYN SKAL VARETAGES I ABORTLOVGIVNINGEN OG ABORTSAMRÅDENES PRAKSIS**

Menneskeretlige hensyn, herunder retten til respekt for privatlivet og den personlige integritet, barnets tarv og hensynet til ofre for seksuelle overgreb, indgår ikke i tilstrækkeligt omfang i abortsamrådenes praksis.

Idet det sundhedsfaglige hensyn omkring en forøget helbredsmæssig risiko for den gravide i takt med graviditetens længde i dag er mindre relevant, er andre hensyn såsom hensynet til fostrets status med tiden blevet afgørende i sager om senere aborter. Disse hensyn afvejes efter Institut for Menneskerettigheders vurdering ikke i tilstrækkelig grad over for andre relevante menneskeretlige hensyn og rettigheder. Uagtet at landene har en bred skønsmargin på området, skal relevante menneskeretlige hensyn indgå i afvejningen i de konkrete sager om abort med passende vægt under proportionalitetsprincippet.

Hvor hensynet til det ufødte foster undertiden tillægges stor vægt i sagerne, er der mindre opmærksomhed på for eksempel behovet for at varetage barnets tarv i sager, hvor den gravide er et barn, samt hensynet til ofre for seksuelle overgreb, som er særligt sårbare i forbindelse med graviditet og abort. Dette kan efter instituttets vurdering i konkrete sager give anledning til krænkelse af menneskeretten, idet disse hensyn er udtryk for væsentlige menneskeretlige værdier.

## **6.5 BEHOV FOR EN REVISION AF REGLERNE**

Selv om abortområdet er komplekst, særligt spørgsmålet om fostrets status, er der efter instituttets vurdering behov for at undersøge mulighederne for en regulering, der i højere grad varetager grundlæggende menneskerettigheder og ligestillingshensyn. Der er behov for at tilpasse reglerne med henblik på at skabe klarhed om kriterierne for abort samt sikre en forudsigelig og effektiv procedure i forbindelse hermed. Derudover er der behov for et stærkere fokus på gravides personlige integritet og selvbestemmelse, ligesom menneskerettighederne for mindreårige gravide og andre sårbare grupper samt ofre for seksuelle overgreb skal styrkes.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler derfor, at Sundhedsministeriet tager initiativ til at revidere abortreglerne, herunder at:

- Sundhedsministeriet og Folketinget hæver grænsen for fri abort med henblik på at styrke kvinders selvbestemmelse og retssikkerhed i adgangen til abort.
- Sundhedsministeriet og Folketinget ophæver kravet om, at forældre skal give samtykke til abort for unge mellem 15 og 18 år.
- Sundhedsministeriet og Folketinget sikrer en udvidet adgang til abort senere i graviditeten, når den gravide er mindreårig eller har en kognitiv funktionsnedsættelse, samt når graviditeten er en følge af et seksuelt overgreb.

Uanset om lovgivningen om abort ændres, anbefaler Institut for Menneskerettigheder, at Abortankenævnet sikrer overholdelse af menneskeretlige principper i sin egen og i abortsamrådenes praksis, herunder at:

- Abortsamrådene og Abortankenævnet ændrer deres praksis, så hensynet til fostrets status ikke tillægges gradvis større vægt i takt med graviditetens længde i forbindelse med afgørelser om abort.
- Abortsamrådene og Abortankenævnet sikrer, at hensynet til det gravide barns bedste varetages som det primære hensyn i alle sager, der vedrører mindreårige gravide.
- Abortsamrådene og Abortankenævnet sikrer, at hensynet til ofre for seksuelle overgreb og krænkelse fremadrettet inddrages med betydelig vægt i sager om abort, samt at der tages særligt hensyn til sårbare gravide med kognitive eller andre funktionsnedsættelser i sager om abort.

## SLUTNOTER

- 1 "Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort (TiGrAb) – Årsrapport 2021/22 1. juli 2021-30. juni 2022" Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) (2022). Tilgængelig her: [https://www.sundhed.dk/content/cms/67/4667\\_tigrab-aarsrapport-2021\\_22\\_offentlig.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/67/4667_tigrab-aarsrapport-2021_22_offentlig.pdf).
- 2 Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) udgiver årsrapporter på omfanget af antal aborter i Danmark i det, RKKP kalder Dansk Kvalitetsdatabase for Tidlig Graviditet og Abort (TiGrAb). Her findes data om antal aborter fordelt på 1. og 2. trimester, spontan og provokeret. Tallene opgøres dog fra 1. juli til 30. juni året efter. Abortankenævnet opgør i sin årsberetning antallet af afgørelser om abort i de regionale samråd. Deres tal opgøres modsat RKKP i hele år, hvorfor tallene ikke kan sammenlignes.
- 3 "Årsberetning 2021 Abortankenævnet" Styrelsen for Patientklager (2022). Tilgængelig her: <https://stpk.dk/media/dgnbpoiu/abortanken%C3%A6vnets-%C3%A5rsberetning-2021.pdf>.
- 4 *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, no. 19-1392, 597 U.S. (2022). Se af dansk omtale for eksempel Rasmussen, "USA's Højesteret afskaffer den forfatningssikrede ret til fri abort – hvad nu?", POV International, 25. juni 2022. Tilgængelig her: <https://pov.international/usa-s-hoejesteret-afskaffer-den-forfatningssikrede-ret-til-fri-abort-hvad-nu/>.
- 5 Se for eksempel Nissen, "Polske kvinder strejker i protest mod abortstramninger", DR nyheder, 29. oktober 2020. Tilgængelig her: <https://www.dr.dk/nyheder/udland/polske-kvinder-strejker-i-protest-mod-abortstramninger>.
- 6 Se for eksempel Andersen og Styrihave, "Færøerne har en af Europas strammeste abortlovgivninger. Nu vil socialministeren tage den op til diskussion", DR nyheder, 17. juni 2022. Tilgængelig her: <https://www.dr.dk/nyheder/udland/faeroerne-har-en-af-europas-strammeste-abortlovgivninger-nu-vil-socialministeren>.
- 7 Se regeringens hjemmeside (<https://www.government.nl/topics/abortion>).
- 8 Vedrørende Polen, se dom fra forfatningsdomstolen af 22. oktober 2022, sagsnr. K 1/20. Tilgængelig her på polsk: <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2021/175>. Abort er kun tilladt i Polen, når den gravides liv og helbred er i fare, eller når graviditeten skyldes et strafbart forhold (voldtægt med videre).
- 9 Det gælder for eksempel Andorra, Malta, Lichtenstein, Monaco og Færøerne ([15381\\_CRR\\_Europe\\_October\\_2022.pdf](https://www.reproductiverights.org/15381_CRR_Europe_October_2022.pdf) ([reproductiverights.org](https://www.reproductiverights.org))).
- 10 Center for Reproductive Rights, *European Abortion Laws: A Comparative Overview*, 2022. Tilgængelig her: [https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/10/15381\\_CRR\\_Europe\\_October\\_2022.pdf](https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2022/10/15381_CRR_Europe_October_2022.pdf).
- 11 AP, "Finland's parliament approves reform to strict abortion laws", euronews, opdateret 26. oktober 2022. Tilgængelig her: <https://www.euronews.com/2022/10/26/finlands-parliament-approves-reform-to-strict-abortion-laws>.
- 12 Se den norske regerings hjemmeside (<https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/abortutvalget/id2920246/>).
- 13 Se Norsk Helsenet (<https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/abort>), den svenske abortlov ([https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595\\_sfs-1974-595](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595)) og den islandske lovændring (<https://www.althingi.is/altext/149/s/0521.html>).

- 14 Se den engelske abortlov (<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/contents>).
- 15 "Sex & Samfund vil tage opgør med forældet abortgrænse i Danmark", Sex & Samfund, 8. januar 2023. Tilgængelig her: <https://sexogsamfund.dk/om-os/nyheder/sex-samfund-vil-tage-opgoer-med-foraeldet-abortgraense-danmark>.
- 16 "Fødselslæger vil rykke grænsen for abort", Kristeligt Dagblad, 15. januar 2023. Tilgængelig her: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/foedselslaeger-vil-rykke-graensen-abort-0>.
- 17 "Abortloven skal revideres", Jordemoderforeningen, 24. februar 2023. Tilgængelig her: <https://jordemoderforeningen.dk/2023/02/24/abortloven-skal-revideres/>.
- 18 "Kvinderådet: Abortlov skal moderniseres", Kvinderådet, 13. januar 2023. Tilgængelig her: <https://kvinderaadet.dk/kvinderaadet-abortlov-skal-moderniseres/>.
- 19 Redder, "'Alle muligheder' er i spil, når Det Ethiske Råd åbner følsom debat: Er abortgrænsen på 12 uger den rigtige?", Jyllandsposten, 12. december 2022. Tilgængelig her: <https://jyllands-posten.dk/politik/ECE14675855/alle-muligheder-er-i-spil-naar-det-etiske-raad-aabner-foelsom-debat-er-abortgraensen-paa-12-uger-den-rigtige/>.
- 20 Institut for Menneskerettigheder er opmærksom på, at nogle transpersoner og nonbinære personer også kan blive gravide, men vi anvender betegnelsen 'kvinder' om gravide i nogle afsnit af rapporten, da størstedelen af de gravide er ciskønnede kvinder, der fik tildelt kvindeligt køn ved fødslen, og da adgangen til abort i menneskeretten fortrinsvis er knyttet til kvinders rettigheder. De reproduktive rettigheder vedrører dog alle gravide, hvor betegnelsen 'den gravide' fortrinsvis benyttes i rapporten.
- 21 Se hertil Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols faktaark om reproduktive rettigheder. Tilgængeligt her: [https://echr.coe.int/Documents/FS\\_Reproductive\\_ENG.pdf](https://echr.coe.int/Documents/FS_Reproductive_ENG.pdf). Se også Lebret, The European Court of Human Rights and the Framing of Reproductive Rights (2020) 18 Droits Fondamentaux; Lebret og Herrman, Reframing Reproductive Rights on a Transnational Scene (2020) 2 European Human Rights Law Review 153; Hermann, "The Right to Avoid Procreation and the Regulation of Pregnancy: A European Perspective" i Orentlicher og Hervey (red.), The Oxford Handbook of Comparative Health Law (2020) 1032.
- 22 WHO, "Abortion care guideline", 2022. Tilgængelig her: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
- 23 WHO begrundes sine anbefalinger med, at abort ud fra et sundhedsfagligt perspektiv er et ufarligt indgreb igennem hele graviditeten, når det udføres i overensstemmelse med WHO's retningslinjer af kompetent sundhedspersonale. Det er omvendt farligt at forhindre adgangen til abort, da dette medfører flere farlige aborter og dermed en højere dødelighed blandt piger og kvinder. WHO påpeger, at kvinder ikke skal begrunde deres ret til en nødvendig sundhedsydelse. Derudover peges der på, at restriktioner og forbud medfører senere aborter end en liberal lovgivning på området. WHO gør opmærksom på, at den rettlige regulering af abort ingen indflydelse har på kvinders tilskyndelse til at opsøge abort, hvorimod det har stor betydning for kvinders adgang til sikker abort.
- 24 Se hertil "International Conference on Population and Development (ICPD), Program of Action", UN Doc. A/CONF.171/13 1994, kapitel 7.A.; DIHR og OHCHR, "Reproductive Rights Are Human Rights: A Handbook for National Human Rights Institutions", 2014, side 19. Se også for eksempel UN Women, "Statement:

- Reproductive rights are women's rights and human rights", 2022. Tilgængelig her: <https://www.unwomen.org/en/news-stories/statement/2022/06/statement-reproductive-rights-are-womens-rights-and-human-rights>; OHCHR, "Sexual and reproductive health and rights". Tilgængelig her: <https://www.ohchr.org/en/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights>. For et overblik over de mest centrale reproduktive rettigheder i relation til abort, se WHO, "Abortion care guideline", 2022, side 7 og frem. Tilgængelig her: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.
- 25 General Recommendation 24 (1999) on women and health, § 11.
  - 26 Se hertil UN Office of the High Commissioner, "Information series on sexual and reproductive health and rights: Abortion", opdateret 2020. Tilgængelig her: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_Abortion\\_WEB.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf).
  - 27 General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), § 34.
  - 28 Se hertil Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 22, §§ 28, 45; Human Rights Committee, General Comment 36, § 8. Se også UN Office of the High Commissioner, "Information series on sexual and reproductive health and rights: Abortion", opdateret 2020. Tilgængelig her: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_Abortion\\_WEB.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf).
  - 29 General Recommendation 35 (2017) on gender-based violence against women, updating general recommendation 19, § 18. Se også "Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment", A/HRC/31/57, § 44.
  - 30 COE, Commissioner for Human Rights, "Women's sexual and reproductive health and rights in Europe", december 2017. Tilgængelig her: <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-europe-issue-pape/168076dead>.
  - 31 Se for eksempel *A, B og C mod Irland* 25579/05 (EMD, 16. december 2010), § 214; *P. og S. mod Polen* 57375/08 (EMD, 30. oktober 2012), § 96.
  - 32 *Brüggemann og Scheuten mod Tyskland* 6959/75, kommissionsrapport af 12. juli 1977, Decisions and Reports 10, side 100. De første sager blev behandlet af kommissionen, som i dag er erstattet af domstolen.
  - 33 Domstolen betegnede i denne og andre sager den gravide som 'mor' (engelsk: 'mother'). I denne gennemgang anvendes 'gravid' for at undgå en implicit stillingtagen til fostrets og kvindens status. Tilsvarende anvendes begreberne 'foster' og 'ufødte' frem for 'det ufødte barn'.
  - 34 *X mod Storbritannien* 8416/79, kommissionsbeslutning af 13. maj 1980, Decisions and Reports 19, side 244. Se også *H. mod Norge* 17004/90, kommissionsbeslutning af 19. maj 1992, Decisions and Reports 73, side 155, og *Boso mod Italien* 50490/99, ECHR 2002-VII.
  - 35 Engelsk: 'everyone', fransk: 'toute personne'.
  - 36 En sådan anvendelse var tilfældet i sagen *Reeve mod Storbritannien* (1994), hvor en kvinde, der var født med et handicap, klagede under artikel 6.1 over manglende adgang til at anlægge en erstatning mod sundhedsmyndighederne for deres uagtsomhed ved ikke inden fødslen at have identificeret hendes medfødte handicap, hvilket ville have gjort det muligt for hendes forældre at træffe beslutning om abort. Klagen blev dog afvist, blandt andet henset til medlemslandenes skønsmargin. Se *Reeve mod Storbritannien* 24844/94, kommissionsbeslutning af 30. november 1994, Decisions and Reports 79-A, side 146.



- 37 *Vo mod Frankrig* 53924/00 (EMD, 8. juli 2004). Se også *Evans mod Storbritannien* 6339/05 (EMD, 10. april 2007), hvor domstolen fastslog, at (nedfrosne) embryoer ikke var omfattet af retten til liv i artikel 2 (§ 56). I denne sag udtalte domstolen endvidere, at retten til respekt for privatlivet i artikel 8 indebar en ret til respekt for beslutningen om til- og fravalg af forældreskab (§ 71). Sagen omhandlede dog ikke abort, men klagers ekskærestes afvisning af benyttelse af fælles befrugtede embryoer, som klageren, der var infertil som følge af et kræftforløb, ønskede at benytte som hendes eneste mulighed for at opnå genetisk forældreskab. Klager fik ikke medhold, blandt andet af hensyn til, at det ville være særdeles indgribende over for ekskæresten at påtvinge ham et forældreskab, som han ikke ønskede (§ 80).
- 38 *Tysiack mod Polen* 5410/03 (EMD, 20. marts 2007).
- 39 *A, B og C mod Irland* 25579/05 (EMD, 16. december 2010).
- 40 Act 31 of Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018.
- 41 *P. og S. mod Polen* 57375/08 (EMD, 30. oktober 2012).
- 42 *R.R. mod Polen* 27617/04 (EMD, 26. maj 2011).
- 43 Se hertil sundhedslovens § 92 og § 100.
- 44 Se hertil sundhedslovens § 94, stk. 1.
- 45 Se hertil sundhedslovens § 94, stk. 2.
- 46 Se hertil sundhedslovens § 94.
- 47 Se hertil sundhedslovens § 93.
- 48 FT 1999/00 L 76. Se også Vejledning nr. 9623 af 31. august 2005 om kriterier for levende- og dødfødsel mv. (til landets sygehuse, landets læger og jordemødre, embedslægeinstitutionerne mv.).
- 49 Se dog Abortankenævnets årsberetning 2019, side 26, hvor der angives uge 22 + 6 (udgangen af 23. graviditetsuge). I de øvrige årsberetninger angives 22. graviditetsuge (frem til uge 21 + 6). Årsberetningerne er tilgængelige her: <https://stpk.dk/borgere/naevn/abortankenaevnet/>.
- 50 Se hertil sundhedslovens § 99.
- 51 Se hertil Betænkning nr. 522 om adgang til svangerskabsafbrydelse (1969).
- 52 I betænkningen bemærkedes det blandt andet, at der kunne forekomme tilfælde, hvor "slige unge Piger er saa forfærdede ved Tanken om, at Forældrene skulle faa Kendskab til Forholdene, at de kan tænkes at foretrække Udveje som Selvmord eller Kvaksalverhjælp fremfor at underrette Forældrene." Det klare udgangspunkt var dog, at forældrene skulle inddrages ud fra den betragtning, at "Forældrene ikke kan frakendes et Krav paa at træffe den afgørende Bestemmelse med Hensyn til, hvorledes der skal forholdes med deres Døtre i slige Tilfælde" (se side 91).
- 53 Lov om foranstaltninger i anledning af svangerskab m.m. af 18. maj 1937 § 2, nr. 5. Se Rigsdagstidende for 1936-37; Folket. Tid. Sp. 872, 1186, 6217, 6309; Landst. Tid. Sp. 1837, 2565, 2567, 3045, Till. C. Sp. 1781, 2109.
- 54 Se hertil sundhedslovens § 17.
- 55 Se hertil sundhedslovens § 97.
- 56 Ibid.
- 57 Se hertil cirkulære nr. 23 af 3. april 2006 om behandling af sager om svangerskabsafbrydelse og fosterreduktion §§ 16-17.
- 58 Se hertil sundhedslovens § 102.
- 59 "Årsberetning 2021 Abortankenævnet" Styrelsen for Patientklager (2022). Tilgængelig via: <https://stpk.dk/media/dgnbpoiu/abortanken%C3%A6vnets-%C3%A5rsberetning-2021.pdf>.
- 60 Ibid.

- 61 Ibid.
- 62 Se hertil Petersen og Hermann, "Barriers to abortion in the autonomy-based Danish legal model", *European Journal of Health Law* (2021), DOI: <https://doi.org/10.1163/15718093-bja10054>; "Abortsamrådenes hemmelige liv: Praksisanalyse af en Black Box forvaltning", *Ugeskrift for Retsvæsen* (2021), UfR 2021 B 190; Petersen, "Accessing Late-Term Abortion Following Sexual Assault: Looking Inside the Danish Legal Black Box", *Nordic Journal of Human Rights* (2022), DOI: <https://doi.org/10.1080/18918131.2022.2094131>. Undersøgelsen er baseret på 663 samrådsprotokoller på afgørelser om senabort fra perioden 2015-2020.
- 63 Petersen og Hermann, "Abortsamrådenes hemmelige liv: Praksisanalyse af en Black Box forvaltning", *Ugeskrift for Retsvæsen* (2021), UfR 2021 B 190, side 194, 196-197 og 201.
- 64 Ibid., side 191.
- 65 Ibid., side 194-195.
- 66 Ibid., side 194.
- 67 Ibid., side 195-197.
- 68 "Årsberetning 2021 Abortankenævnet" Styrelsen for Patientklager (2022), side 26. Tilgængelig via: <https://stpk.dk/media/dgnbpoiu/abortanken%C3%A6vnets-%C3%A5rsberetning-2021.pdf>.
- 69 Ibid., side 14.
- 70 Se Concluding observations on the second periodic report of the Federated States of Micronesia, CRC/C/FSM/CO/2, para 55(b); Concluding observations on the combined second to fifth periodic reports of the Cook Islands, CRC/C/COK/CO/2-5, para 43(a).
- 71 Petersen og Hermann, "Abortsamrådenes hemmelige liv: Praksisanalyse af en Black Box forvaltning", *Ugeskrift for Retsvæsen* (2021), UfR 2021 B 190, side 195-196.
- 72 Petersen, "Accessing Late-Term Abortion Following Sexual Assault: Looking Inside the Danish Legal Black Box", *Nordic Journal of Human Rights* (2022), side 14.
- 73 Sundhedslovens § 62.
- 74 Hartlev, M. et al. (2017): Sundhed og jura – sundhedsretlige perspektiver på sundhedsvæsen, sundhedspersoner og patientrettigheder, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- 75 Petersen, "Accessing Late-Term Abortion Following Sexual Assault: Looking Inside the Danish Legal Black Box", *Nordic Journal of Human Rights* (2022), side 12-13.
- 76 Se herom UN Committee against Torture, Concluding observations: Nicaragua, CAT/C/NIC/CO/1, para 16; Zureick, "(En)gendering Suffering: Denial of Abortion as a Form of Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment" (2015) 38(1) *Fordham International Law Journal* 99; WHO, Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence (2023).



