

deling inden for seks måneder. De viser, hvor svær diagnosen intern herniering kan være at stille, og at den kliniske mistanke alene bør føre til diagnostisk operation, idet fund ved CT kan være uspecifikke. Risikoen for progression til tarmnekrose og heraf følgende alvorlig morbiditet og mortalitet bør have i mente.

Det diskuteres fortsat, hvorvidt man for at forebygge interne hernier bør lukke de lommer, hvori de opstår. Der er til vores viden endnu ikke opnået konsensus om dette pga. varierende resultater [4]. Det er derfor uvist, om man bør tilbyde fertile/gravide laparoskopisk suturering af defekterne. Den operative risiko ved et sådant indgreb skal nøje overvejes i forhold til risikoen for opståen af intern herniering under graviditet og mulige komplikationer herved.

Alle gravide, der tidligere har fået foretaget gastrisk bypass-operation, bør tilbydes samtale med en obstetriker tidligt i graviditeten med henblik på infor-

mation om denne mulige komplikation. Da symptomerne på intern herniering kan være ret uspecifikke og let kan mistolkes, bør den gravide have mulighed for at henvende sig direkte til en specialafdeling ved symptomer herpå.

KORRESPONDANCE: *Christina Hjørnet Kamper*, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling Y, Aarhus Universitetshospital, Skejby, Brendstrupgårdsvej 100, 8200 Aarhus N.
E-mail: christina.h.kamper@skejby.rm.dk

ANTAGET: 24. november 2011

FØRST PÅ NETTET: 6. februar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

- Greenstein AJ, O'Rourke RW. Abdominal pain after gastric bypass: suspects and solutions. *Am J Surg* 2011;201:819-27.
- Baker MT, Kothari SN. Successful surgical treatment of a pregnancy-induced Petersen's hernia after laparoscopic gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2005;1:506-8.
- Gagné DJ, DeVoogd K, Rutkoski JD et al. Laparoscopic repair of internal hernia during pregnancy after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2010;6:88-92.
- De la Cruz-Muñoz N, Cabrera JC, Cuesta M et al. Closure of mesenteric defect can lead to decrease in internal hernias after Roux-en-Y gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis* 2011;7:176-80.

Sundhedspersonales holdninger til sene provokerede aborter varierer

Anne Vinggaard Christensen & Birgit H. Petersson

OVERSIGTSARTIKEL

Enhed for Medicinsk Kvinde- og Kønsforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

RESUME

Internationale undersøgelser viser, at sene provokerede aborter skaber en større bekymring hos sundhedspersonale end tidlige aborter. Den største bekymring er risikoen for, at det aborterede foster udviser livstegn efter fødslen. Undersøgelser peger desuden på, at indikationen for abort, religiøs tilknytning og fagligt tilhørsforhold påvirker holdningerne. Antallet af sene provokerede aborter stiger i takt med, at fosterdiagnostikken udvikles, og der er derfor behov for forskning, der kan kaste lys over, hvordan det danske sundhedspersonale forholder sig til sene provokerede aborter.

Definitionerne på henholdsvis aborterede fostre og dødfødte børn har ændret sig i dansk lovgivning [1]. Som konsekvens heraf har det tidspunkt i graviditeten, hvor man udfører sene provokerede aborter, passeret det tidspunkt, hvor et foster betegnes som et barn. Hermed er der opstået et spændingsfelt for sundhedspersonalet, der kan stå i en situation, hvor et foster skal aborteres i en gestationsalder, hvor det

under andre omstændigheder var et barn, der skulle hjælpes.

Retten til legal abort blev indført i Danmark i 1973 og herunder også muligheden for tilladelse til sen provokeret abort efter 12. svangerskabsuge [2]. I 2002 satte WHO anbefalingerne for, hvornår fostre juridisk bør betegnes som dødfødte børn, ned til 22 uger. Dette skete efter en erkendelse af, at den teknologiske udvikling har gjort det muligt at holde liv i stadig yngre og meget små fostre.

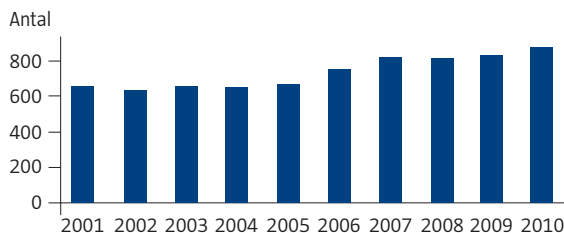
I 2004 ændrede man de danske definitioner på dødfødte børn og aborter. Grænsen for, hvornår et foster blev betegnet som et dødfødt barn, var før på 28 uger, men blev ændret til 22 uger, dels på grund af den teknologiske udvikling, dels for at anerkende forældrenes følelse af at have mistet et barn, også tidligt i graviditeten. Der gives i praksis tilladelse til sene provokerede aborter op til 24. svangerskabsuge, og det kan derfor forekomme, at en sen provokeret abort kategoriseres som et dødfødt barn [1].

Antallet af sene provokerede aborter, der udføres



FIGUR 1

Antal tilladelser til sene provokerede aborter på alle indikationer i Danmark i perioden 2001-2010.



i Danmark, stiger (Figur 1) hovedsageligt på grund af udbredelsen af de fosterdiagnostiske tilbud, der trådte i kraft med Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer i 2004 [3]. Som følge heraf opdages der flere føtale misdannelser, og flere gravide kvinder vælger at søge om tilladelse til en sen provokeret abort. Størstedelen af tilladelserne til sene provokerede aborter gives således på baggrund af misdannelser hos fostret. I 2010 udgjorde denne indikation 59,6% af alle tilladelser [4], hvilket var en væsentlig højere andel end tidligere. Til sammenligning blev 42,7% af tilladelserne i 2001 givet på baggrund af føtale misdannelser [5].

En række faggrupper indgår i arbejdet med sene provokerede aborter. Fælles for dem alle er, at det i kraft af deres profession kræves af dem, at de skal redde liv og yde omsorg. Dette krav kan opleves som modstridende med udførelsen af en sen provokeret abort, hvor målet er at forhindre, at et alvorligt sygt barn bliver født. Netop derfor er det vigtigt at undersøge sundhedspersonalets holdninger hertil. Formålet med denne artikel er derfor at skabe overblik over den viden, der findes på området.

MATERIALE OG METODER

Materialet er hentet fra databaserne PubMed, Psych-Info, REX, bibliotek.dk og Google samt ved gennemgang af fundne studiers referencelister. Der er søgt på begreberne *late termination of pregnancy*, *late induced abortion* og *feticide* kombineret med *health care professionals* og *attitudes*. Der er ligeledes søgt på *physicians*, *nurses*, *midwives*, *obstetricians*, *gynaecologists* og *students* kombineret med *late termination of pregnancy* og *late induced abortion*. Søgnin-gen resulterede i 15 studier, der danner baggrund for denne artikel.

De inkluderede studier er geografisk afgrænsede til Europa og USA. På grund af WHO's retningslinjer om kategorisering af fostre og dødfødte børn er studierne tidsmæssigt begrænsede til perioden efter 2002.

RESULTATER

Sene provokerede aborter synes at være forbundet med større bekymringer hos sundhedspersonalet end tidlige provokerede aborter. I et studie af svenske gynækologers erfaringer med aborter fandt *Hammarstedt et al*, at bekymringerne især var relateret til de sene provokerede aborter hos 108 ud af 228 adspurgte gynækologer [6]. I en kvalitativ undersøgelse af syv engelske sygeplejerskers erfaringer rapporterede *Nicholson et al* ligeledes, at sygeplejerskerne fandt det svært at acceptere og støtte en gravid kvindes valg af sen provokeret abort, og at det gjorde det sværere for personalet, når det aborterede foster lignede et lille barn [7]. Hos *Garel et al*, hvor 87 jordemødres oplevelser med aborter, der var udført pga. føtale misdannelser, blev undersøgt, rapporterede 59% af de adspurgte ligeledes om følelsesmæssige problemer, når de havde ansvaret for udførelsen af en abort [8].

Hos *Lindström et al* gav hver anden ud af 216 jordemødre udtryk for, at de oplevede bekymringer vedrørende udførelsen af de sene provokerede aborter [9]. I et andet studie af *Lindström et al* udtrykte en gruppe på 15 jordemødre og sygeplejersker, at det var svært, at gestationsalderen ved udførelsen af en sen provokeret abort kunne ligge meget tæt på – og i nogle tilfælde overskride – den gestationsalder, hvor man forsøger at redde de fostre, der fødes for tidligt [10].

Sundhedspersonalet oplevede dog ikke kun bekymringer i forbindelse med de sene aborter. Således indikeres det i nogle studier, at arbejdet med sene provokerede aborter kunne være en positiv oplevelse for sundhedspersonalet. Hos *Garel et al* rapporterede 53% af de undersøgte jordemødre om positive følelser i forbindelse med arbejdet med provokerede aborter, idet de følte, at de hjalp den gravide kvinde/parret ved at yde omsorg i abortforløbet [8]. Dette er ligeledes fundet af *Lindström et al*, hvor gynækologerne gav udtryk for, at kvinder, der gennemgik en provokeret abort, var en meget taknemmelig patientgruppe [10].



FAKTABOKS

Der udføres i Danmark hvert år ca. 16.000 provokerede aborter. I 2010 udgjorde de sene provokerede aborter, dvs. provokerede aborter udført efter 12. svangerskabsuge, 877. Til sammenligning blev der i 2001 givet tilladelse til 558 sene provokerede aborter.

At få en sen provokeret abort kræver tilladelse fra abortsamarådene eller omstødelse fra Abortankenævnet. Ifølge sundhedsloven kan en kvinde få tilladelse til en provokeret abort efter 12. svangerskabsuge på grund af helbredsmæssig indikation, etisk indikation, social indikation eller misdannelsesindikation.

Indikationen for abort er afgørende

Et generelt fund på tværs af undersøgelserne var, at indikationen for abort var afgørende for personalets accept af en sen provokeret abort. Det tyder på, at misdannelser, der er meget alvorlige eller uforenelige med liv, er en for sundhedspersonalet acceptabel indikation for sen provokeret abort [11, 12].

Statham et al undersøger i 15 interview, hvordan læger og jordemødre traf beslutninger om tilladelse til sene provokerede aborter. De fandt, at der blandt læger var individuelle forskelle på, hvilke føtale misdannelser der medførte, at de ikke personligt ønskede at deltage i en sen provokeret abort. Desuden mente flere, at når det er muligt at diagnosticere en misdannelse som f.eks. Downs syndrom, bør det også være muligt på den baggrund at få tilladelse til sen provokeret abort. Kriterierne for tilladelse til sen provokeret abort bygger på konsensus mellem kolleger og diskussioner med andre specialister frem for på en specifik protokol. Lægerne ønsker derfor heller ikke en positivliste, da en sådan ikke muliggør hensynstagen til variation i diagnoser og individuelle skøn [13].

I Frankrig findes der heller ikke en protokol for, hvordan en beslutning om tilladelse til sen provokeret abort skal træffes. Ifølge *Garel et al* bliver moralske konflikter og følelsesmæssig stress derfor ofte rapporteret i forbindelse med beslutninger om tilladelse, særligt af jordemødrene [14].

Sen provokeret abort på social indikation er genstand for uenighed på tværs af lande og faggrupper, og i nogle lande er det slet ikke lovligt [12] (Tabel 1). *Garel et al* fandt i den forbindelse, at forståelse for de gravide kvinders sociale omstændigheder er afgørende for accept af abort på social in-

dikation. Jordemødre, der har erfaring med udførelse af sene provokerede aborter på netop denne indikation, udviser således også en større accept heraf, end jordemødre uden erfaring gør [8].

Undertrykkelse af egne følelser og holdninger

Man har i flere studier fundet, at især jordemødre ofte vælger at undertrykke den konflikt og ambivalens, de oplever i forbindelse med en sen provokeret abort. Af *Cignaccos* og *Parstedt & Wikstrøms* kvalitative undersøgelser fremgår det, at oplevelsen af ambivalens og modstridende følelser i forbindelse med arbejdet med sene provokerede aborter for nogle jordemødre medfører tvivl om deres professionelle identitet. Disse følelser undertrykkes, og i stedet fokuserer jordemødrene på at drage omsorg for og støtte den gravide kvinde i hendes valg [16, 17].

I undersøgelsen af *Garel et al* giver jordemødrene ligeledes udtryk for, at deres personlige holdninger til en sen provokeret abort ikke må påvirke deres behandling af den gravide kvinde, idet deres opgave er at støtte hende i hendes beslutning [8].

Religiøs tilknytning og holdning til sene provokerede aborter

I *Habiba et al's* studie med obstetrikere fra otte forskellige europæiske lande fandt de, at når der rapporteredes om, at religion ikke var vigtig, mindskedes sandsynligheden for, at man støttede en mere restriktiv abortlovgivning [11]. I en engelsk undersøgelse af religions betydning for praktiserende lægers holdninger til provokerede aborter fandt man ligeledes, at religiøs tilknytning var associeret med en lavere accept af forskellige indikationer for abort, især i forhold til social indikation og teenagegraviditeter [18].

Hos *Garel et al* angav 25% af de undersøgte jordemødre moralske konflikter i forbindelse med arbejdet med provokerede aborter på baggrund af personlige, kulturelle eller religiøse holdninger. På trods af dette erklærede 84% af dem samtidig, at de ikke på grund af egne moralske, religiøse eller filosofiske overvejelser kunne finde på at modsætte sig at yde omsorg for en kvinde, der gennemgik en provokeret abort [8].

Bekymring om livstegn efter aborten

Risikoen for, at fostret udviser livstegn efter en sen provokeret abort, bekymrer hyppigst de sundhedsprofessionelle [8, 13, 14, 17, 19, 20]. Derfor sørger man i flere lande for, at fostret er dødt, inden aborten sættes i gang ved at sprøjte kalium ind i fostrets hjerte. Man fortier ikke, at der her er tale om et fosterdrab, fordi der er taget en beslutning om, at graviditeten skal ende med en abort. Ifølge *Habiba*



TABEL 1

Abortlovgivningen i udvalgte europæiske lande.

Sverige: Fri abort op til 18. uge. Aborter i andet trimester i graviditeten kræver tilladelse fra Socialstyrelsen

Frankrig: Fri abort op til 12. uge, hvis graviditeten vurderes at volde kvinden lidelse. Efter 12. uge kan der gives tilladelse til abort på grund af risiko for kvindens liv eller fysiske helbred samt risiko for føtale misdannelser. Før tilladelse til abort efter 12. uge skal to læger og en psykolog eller en socialrådgiver gennemgå anmodningen om abort

England: Abort kan foretages op til 24. uge på grund af sociale, socialmedicinske eller socioøkonomiske forhold. Der er ingen øvre tidsgrænse for aborter udført på grund af risiko for alvorligt handicap hos fostret eller ved risiko for alvorlig skade på kvindens liv. I alle tilfælde kræves der samtykke fra to læger, for at aborten kan udføres

Polen: Provokeret abort er kun tilladt op til 12. uge, hvis graviditeten er et resultat af voldtægt. I andet trimester kan der gives tilladelse til provokeret abort, hvis kvindens liv er i fare eller ved alvorlig misdannelse af fostret

Irland: Abort er kun tilladt på grund af risiko for kvindens liv (dette inkluderer også risiko for selvmord) [15]

et al er dette en normal procedure i Frankrig, Luxemburg og England [11].

I Frankrig tilbydes der fosterdrab, når fostret er ældre end 22-24 uger. *Dommergues et al* har fundet, at ifølge de franske sundhedsprofessionelle udføres fosterdrab bl.a. for at undgå yderligere følelsesmæssig belastning af forældrene og personalet på fødegangen og for at undgå smerte hos fostret. Langt størstedelen af de sundhedsprofessionelle fandt fosterdrab moralsk acceptabelt. Et fåtal fandt det kun moralsk acceptabelt på udvalgte indikationer. Halvdelen af de adspurgte mente desuden, at proceduren var gavnlige for patienterne og forbedrede deres egen professionelle praksis. Desuden blev det påvist, at sundhedspersonale, der havde erfaring med udførelse af fosterdrab, generelt var mere positive over for udførelsen heraf end dem, der ikke havde erfaring hermed [19].

I England udføres fosterdrab ligeledes efter 22. svangerskabsuge. *Graham et al* har undersøgt, hvilken rolle fosterdrab i udførelsen af sene provokerede aborter spillede blandt engelske sundhedsprofessionelle. De anså fosterdrab for at være en legitim klinisk procedure, og praktiseringen heraf blev beskrevet som svær, men nødvendig. Især jordemødre rapporterede om, at det var en svær situation, idet de var vant til, at deres rolle var at sikre, at fostret er i live. Som hos *Dommergues et al* fandt man, at erfaring med udførelse af fosterdrab medførte, at proceduren oplevedes som mindre dramatisk [20].

Også i studiet af *Statham et al* fandt engelske læger fosterdrab vigtigt, da det kan være meget problematisk for personalet at håndtere, hvis fostret viser livstegn efter fødslen. Samtidig rapporteredes det dog, at diskussionen om levendefødte fostre og udførelse af fosterdrab blandt personalet generelt var præget af grå områder og usikkerhed [13].

Ifølge *Habiba et al* udførtes der aktiv dødshjælp på aborterede fostre, der udviste livstegn, i Holland og Frankrig [11]. *Garel et al* fandt, at praksis i Frankrig i en sådan situation var at give fostret en sprøjte, så det døde. Dette er dog i strid med fransk lovgivning [14]. Denne procedure støttes ikke i andre undersøgte lande. Oftest får et aborteret foster, der viser livstegn, udelukkende omsorg fra en sygeplejerske eller lignende, til det dør. Det er ikke nærmere specificeret, hvad denne omsorg indebærer [11].

Forskelle mellem faggrupper

I *Hammarstedt et al*s undersøgelse af en række jordemødre og gynækologers holdninger til legal abort fandt de, at gynækologer generelt havde mere liberale holdninger til spørgsmålet end jordemødre. Således mente signifikant flere gynækologer end jorde-



Antallet af sene provokerede aborter stiger i Danmark og internationale undersøgelser viser, at sundhedspersonales holdninger til udførelsen heraf varierer.

mødre, at legal abort skulle være mulig efter det tidspunkt, hvor kvinden mærker liv [21].

Lindström et al fandt ligeledes, at sygeplejersker og jordemødre havde sværere ved at håndtere sene provokerede aborter, end gynækologer havde. De forklarede dette med, at jordemødre og sygeplejersker tilbringer mere tid end gynækologen med den aborterende under et abortforløb og derfor i højere grad oplever hendes smerter og eventuelle sorg i forbindelse med aborten [10].

I modsætning til dette fandt *Garel et al*, at jordemødre var mere moderate i deres holdninger til provokerede aborter, end læger var. Jordemødre var således mere tilbøjelige end læger til at give udtryk for, at de ikke ønskede at dømme andres beslutninger og ikke selv vidste, hvad de ville vælge, hvis de stod i samme situation [14].

DISKUSSION

Der findes i skrivende stund ingen danske undersøgelser af sundhedspersonales holdninger til sene provokerede aborter. Gennemgangen af den eksisterende viden lægger op til videre undersøgelse af flere interessante emner. Følgende tre problemstillinger kunne være yderst relevante at undersøge i en dansk kontekst:

For det første ser der ud til blandt de sundhedsprofessionelle at være størst accept af sene provokerede aborter, der er udført på misdannelsesindikation. Sene provokerede aborter på social indikation er årsag til mere usikkerhed og ambivalens og er nogle steder slet ikke tilladt [11, 12]. I undersøgelser af dette område beskæftiger man sig enten med sene provokerede aborter generelt eller specifikt med misdannelsesindikationen. Der findes ingen studier, der

udelukkende omhandler sundhedspersonalets op-levelser af sen provokeret abort på social indikation. Sådanne undersøgelser ville kunne bidrage til en forståelse af de bekymringer, sundhedspersonalet oplever i relation til denne indikation.

For det andet fremgår det ovenfor, at injektion af kalium i fostrets hjerte i forbindelse med en sen provokeret abort er udbredt i en række europæiske lande. I Danmark benyttes denne metode kun ved fosterreduktion [22], og der har været modstand mod også at benytte den i forbindelse med sene provokerede aborter [23]. Da risikoen for, at aborterede fostre udviser livstegn efter fødslen, er den største bekymring blandt sundhedspersonalet, kan man undre sig over, at denne metode ikke er mere udbredt i Danmark.

For det tredje lægges der i studiet af *Statham et al* op til, at fostre i dag tillægges en højere etisk status end tidligere. En række læger peger således på, at holdningerne til sene provokerede aborter blandt sundhedsprofessionelle generelt er blevet mere restriktive siden indførelsen af fri abort. Flere giver udtryk for, at kvinder i dag ikke nødvendigvis får tilladelse til abort på grund af forhold, der ellers ville have givet dem tilladelse før i tiden, f.eks. i forbindelse med Downs syndrom [13]. Man kan argumentere for, at en lignende tendens gør sig gældende herhjemme, da der er sket en ændring i håndteringen af aborterede fostre. I nogle år har man f.eks. på Herlev Hospital haft en ordning, hvor alle aborterede fostre, som kvinden/parret ikke selv har valgt at holde begravelse for, kremeres og ned sættes i en anonym fællesgrav [24]. Flere medlemmer af Det Etske Råd taler for, at en lignende ordning skal gøres gældende for alle danske hospitaler, idet de er tilhængere af, at alt abortvæv, også fra tidlige aborter, skal nedgraves [25]. Det kan således tyde på, at der er sket en ændring i opfattelsen af fostrets etiske status, og en bekymring i denne forbindelse er, at dette kunne medføre en nedprioritering af kvinders ret til abort.

Undersøgelser af ovenstående problemstillinger vil kunne bidrage med viden, der kan være med til at sikre de bedst mulige vilkår for både sundhedspersonale og de gravide kvinder, der gennemgår en sen provokeret abort. Set i lyset af, at vi oplever en stigning i antallet af sene provokerede aborter, og flere og flere sundhedsprofessionelle derfor vil komme til at varetage sådanne forløb, er dansk forskning på dette område en nødvendighed.

KORRESPONDANCE: Anne Vinggaard Christensen, Enhed for Medicinsk Kvinde- og Kønnsforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Øster Farimagsgade 5, 1014 København K. E-mail: anne.christensen@sund.ku.dk

ANTAGET: 24. november 2011

FØRST PÅ NETTET: 23. januar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

- Herrmann JR. Retsbeskyttelsen af fostre og befrugtede æg. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag, 2008.
- Petersson B, Knudsen LB, Helveg-Larsen K. Abort i 25 år. København: L&R Fakta, 1998.
- Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for fosterdiagnostik – prænatal information, risikovurdering, rådgivning og diagnostik. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
- Sundhedsstyrelsen. Årsberetning 2010 – Ankenævnet i sager om svangerskabsafbrydelse, fosterreduktion og sterilisation. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Civilretsdirektoratet. Årsberetning 2001 – Ankenævnet i sager om svangerskabsafbrydelse og sterilisation. København: Civilretsdirektoratet, 2002.
- Hammarstedt M, Lalos A, Wulff M. A population-based study of Swedish gynecologists' experiences of working in abortion care. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:229-35.
- Nicholson J, Slade P, Fletcher J. Termination of pregnancy services: experiences of gynaecological nurses. *J Adv Nurs* 2010;66:2245-56.
- Garel M, Etienne E, Blondel B et al. French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenat Diagn* 2007;27:622-8.
- Lindström M, Jacobsson L, Wulff M et al. Midwives' experiences of encountering women seeking an abortion. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007;28:231-7.
- Lindström M, Wulff M, Dahlgren L et al. Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scand J Caring Sci* 2011;25:542-8.
- Habiba M, Da FM, Taylor DJ et al. Late termination of pregnancy: a comparison of obstetricians' experience in eight European countries. *BJOG* 2009;116:1340-9.
- Marek MJ. Nurses' attitudes toward pregnancy termination in the labor and delivery setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:472-9.
- Statham H, Solomou W, Green J. Late termination of pregnancy: law, policy and decision making in four English fetal medicine units. *BJOG* 2006;113:1402-11.
- Garel M, Gosme-Seguret S, Kaminski M et al. Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenat Diagn* 2002;22:811-7.
- Lovgivning i Europa. www.abortnet.dk (22. aug 2011).
- Cignacco E. Between professional duty and ethical confusion: midwives and selective termination of pregnancy. *Nurs Ethics* 2002;9:179-91.
- Parstedt L, Wikström C. Barnmorskans oplevelser av ett etiskt dilemma vid en sen abort. Borås: Högskolan i Borås, 2009.
- Abdel-Aziz E, Arch BN, Al-Taher H. The influence of religious beliefs on general practitioners' attitudes towards termination of pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:557-61.
- Dommergues M, Cahen F, Garel M et al. Feticide during second- and third-trimester termination of pregnancy: opinions of health care professionals. *Fetal Diagn Ther* 2003;18:91-7.
- Graham RH, Mason K, Rankin J et al. The role of feticide in the context of late termination of pregnancy: a qualitative study of health professionals' and parents' views. *Prenat Diagn* 2009;29:875-81.
- Hammarstedt M, Jacobsson L, Wulff M et al. Views of midwives and gynecologists on legal abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:58-64.
- Det Etske Råd. Fosterreduktion – redegørelse. København: Det Etske Råd, 2000.
- Agger C, Korsgaard K. Modstand mod at lade forældre vælge abortsprøjte. www.etik.dk (24. august 2011).
- Thorup ML. Man begraver da aborter. *Information*, 16. februar 2007.
- Det Etske Råd. Udtalelse, 29. marts 2011. Udtalelse om behovet for fælles retningslinjer for sygehusene og lægernes rutiner for håndtering af aborterede fostre og inddragelse af forældrene. København: Det Etske Råd, 2011.