

FOSTERREDUKTION

REDEGØRELSE

DET ETISKE RÅD
2000

FOSTERREDUKTION

REDEGØRELSE

DET ETISKE RÅD
2000

FOSTERREDUKTION
REDEGØRELSE

ISBN: 87-90343-81-6

Udgivet af: Det Etske Råd

Grafisk tilrettelæggelse og
forsideillustration:

Oktan, Peter Waldorph



Trykt på svanemærket papir med vegetabiliske farver.
Trykt af J.H. Schultz Grafisk A/S, som har licens til brug af svanemærket,
er ISO 14001 miljøcertificeret og ISO 9002 kvalitetscertificeret.

Salgspris kr. 40,- hos:

Det Etske Råd

Ravnsborggade 2

2200 København N

Telefon 35 37 58 33

Telefax nr. 35 37 57 55

E-mail: etiskraad@etiskraad.dk

eller via bestillingssiden på
Det Etske Råds hjemmeside:

www.etiskraad.dk

INDHOLD

| | |
|--|----|
| Forord | 5 |
| Resumé af rådets anbefalinger | 7 |
| Indledning | 11 |
| Kunstig befrugtning | 12 |
| Status | 15 |
| 1.0 Flerfoldsgraviditet, flerfoldsfødsel og fosterreduktion . | 15 |
| Antallet af flerfoldsgraviditeter? | 15 |
| Antallet af flerfoldsfødsler | 16 |
| Hormonstimulation, flerfoldsgraviditet og fosterreduktion | 17 |
| Oplægning af befrugtede æg og insemination under særlige omstændigheder | 18 |
| Risici ved flerfoldsgraviditet, flerfoldsfødsel og fosterreduktion | 20 |
| Mangel på præcise og sammenlignelige risikovurderinger | 24 |
| 1.1 Selektiv og ikke-selektiv fosterreduktion | 25 |
| Videns- og informationsgrundlaget for en fosterreduktion? | 26 |
| Antallet af fosterreduktioner fra oktober 1997 til august 1999 | 26 |
| Om forudgående behandling før fosterreduktion | 28 |
| Hvordan foretages en fosterreduktion? | 30 |
| Fosterreduktion – så tidligt som muligt? | 31 |
| 2.0 Rådets drøftelser og anbefalinger | 31 |
| 2.1 Fosterreduktion i forbindelse med kunstig befrugtning | 33 |
| Forebyggelse af uønsket flerfoldsgraviditet | 34 |
| Fosterreduktion, hvor uønsket flerfoldsgraviditet trods | |

| | |
|--|-----------|
| forebyggelse er opstået | 36 |
| Gennemførelse af fosterreduktion ved uønsket flerfoldsgraviditet | 38 |
| Information | 38 |
| Retsgrundlag | 39 |
| 2.2 Fosterreduktion i forbindelse med naturligt opstået flerfoldsgraviditet | 40 |
| 2.3 Rådgivning og støtte | 40 |
| Bilagsmateriale | 41 |
| Bilag 1: Det retlige grundlag for udførelse af fosterreduktion | 41 |
| Litteratur | 47 |

FORORD

Det Etske Råd offentliggør hermed en redegørelse om fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet.

Formålet med redegørelsen, der er udarbejdet efter ønske fra sundhedsministeren, er at sætte fokus på de etiske problemer ved flerfoldsgraviditet og fosterreduktion, der optræder med særlig stor hyppighed som konsekvens af brugen af teknikker til kunstig befrugtning.

Redegørelsen er behandlet på Det Etske Råds plenarmøder efter oplæg fra rådets arbejdsgruppe om kunstig befrugtning. Arbejdsgruppen består af rådsmedlemmerne Ole Hartling, Pelse Helms Kaae, Ragnhild Riis, Sven Asger Sørensen, Ellen Thuesen, Erling Tiedemann og Peter Øhrstrøm (formand for arbejdsgruppen).

Arbejdsgruppen har draget stor fordel af, at sagkyndige ved møder med gruppen har stillet deres ekspertise til rådighed. For denne værdifulde indsat takkes overlæge, dr. med. Jens Bang, Ultralydsklinikken på Rigshospitalet, overlæge, dr. med. Anders Nyboe Andersen, Fertilitetsklinikken på Rigshospitalet, overlæge, lektor, dr. med. Hans Jakob Ingerslev, Fertilitetsklinikken på Skejby Sygehus. Også afdelingslæge Peter Saugmann, Sundhedsstyrelsen, har i en vis udstrækning bidraget med oplysninger. Det skal for god ordens skyld nævnes, at de sagkyndige ikke er ansvarlige for denne redegørelses indhold.

Redegørelsen er på baggrund af drøftelser i arbejdsgruppen og rådet udarbejdet af cand.mag. Claus Holm og endeligt tiltrådt af rådet på mødet i oktober 2000.

Oktober 2000

Erling Tiedemann
Formand

Nina Schultz-Lorentzen
Sekretariatschef

RESUMÉ AF RÅDETS ANBEFALINGER

1. Det Ethiske Råd anser det for etisk uacceptabelt at anvende IVF-behandling på en måde, hvor udsigten til flerfoldsgraviditet er væsentlig øget i forhold til naturlig ustimuleret befrugtning, hvis det på forhånd ligger klart, at svangerskabet - med den ene eller den anden begrundelse – kun ønskes gennemført med et mindre antal fostre end opnået som følge af behandlingen.
2. Som *hovedregel* tillades det ikke at overføre mere end ét befrugtet æg til kvindens livmoder som led i en reagensglasbefrugtning, hvor flerfoldsgraviditet på forhånd betragtes som uønsket af kvinden/parret. En fravigelse fra denne hovedregel højst må indebære, at der lægges to befrugtede æg op i kvindens livmoder. Hvor flerfoldsgraviditet på forhånd betragtes som uønsket af kvinden/parret tillades det ligeledes ikke at foretage befrugtning, hvis kvinden har udviklet så mange modne follikler, at der er væsentlig udsigt til flerfoldsgraviditet. En realisering af disse regler vil formentlig gøre behandlingen kunstig befrugtning mindre effektiv per behandling, og man bør derfor fra samfundets side overveje, om kvinden/parret bør tilbydes flere end de tre behandlinger, der er tradition for at tilbyde i offentligt regi. For at undgå misforståelser skal det præciseres, at oplægning af to æg selv sagt ikke bør afvises, hvor kvinden/parret netop ønsker at få tvillinger.
3. Stillingtagen til, hvor mange befrugtede æg, der skal lægges op i livmoderen, bør ske i et fællesskab mellem kvinden/parret og den behandlende læge, hvor begge parter - hver på sin måde - tager et ansvar for, at de etiske krav respekteres, og at risikoen for en *uønsket* flerfoldsgraviditet søges undgået.
4. Kvinden/parret skal forud for behandlingen *kunstig befrugtning* informeres om, at den nedre grænse for en fosterreduktion som hovedregel ligger ved en reduktion til to fostre, og hvis kvinden/parret ikke kan acceptere muligheden af eventuelt at gennemføre et

tvillingesvangerskab, så bør behandling, hvor risiko for flerfoldsgraviditet må vurderes at være væsentligt øget i forhold til naturlig befrugtning, ikke tilbydes.

5. Fravigelse fra hovedreglen om kun at overføre ét befrugtet æg (og fra reglen om ikke at foretage befrugtning, hvis kvinden har udviklet så mange modne follikler, at der er væsentlig udsigt til flerfoldsgraviditet) bør begrundes med særlige hensyn til den enkelte kvindes eller det konkrete pars forhold. Det skal dog understreges, at der ikke derved må ske en tilsidesættelse af det overordnede hensyn til, at der *ikke* bør søges skabt et svangerskab, som kvinden/parret på forhånd kun ønsker gennemført med et mindre antal børn som resultat end opnået som følge af behandlingen med kunstig befrugtning.
6. I situationer, hvor der – trods tiltag til forebyggelse heraf – opstår en uønsket flerfoldsgraviditet, bør fosterreduktion ved *tvillingegraviditet* kun kunne tillades, hvis der er særlige medicinske indikationer, idet en tvillingegraviditet ikke i sig selv betragtes som begrundelse for en fosterreduktion. En formel fastlæggelse af en sådan grænse for fosterreduktion i loven vil forhindre en uønsket udvikling af den nuværende praksis og anbefales derfor.
7. Hvor kvinden/parret efter opnået *tvillingesvangerskab* ændrer standpunkt og ønsker en fosterreduktion, bør dette ønske ikke imødekommes, medmindre der i situationen er konkrete hensyn til kvindens eller fostrenes helbredstilstand, der kan begrunde en fosterreduktion. Et medlem af rådet er dog af den opfattelse, at såfremt ønske om fosterreduktion fremsættes inden udløbet af 12. svangerskabsuge, bør dette imødekommes, idet en fosterreduktion i sådanne tilfælde er at sammenligne med en abort. Hermed vises efter det pågældende medlems opfattelse respekt for kvindens selvbestemmelsesret.
8. Sundhedsstyrelsen bør forbedre det vidensgrundlag, der ligger til grund for de lægelige beslutninger og for informationen af det kommende forældrepar.

9. Der kan være behov for en afklaring af de retlige forhold vedrørende fosterreduktion (jvf. bilag 1), men rådet har – bortset fra anbefalingen ovenfor i pkt. 6 vedrørende reduktion af tvillingegraviditeter – ikke taget stilling til, om dette skal ske ved ændret lovgivning eller gennem uddybende regler i den nuværende lovgivning.
10. Det sundhedsfaglige personale bør have mulighed for at blive fritaget for at foretage eller medvirke ved fosterreduktioner efter samme regler, som gælder i forbindelse med udførelse af provokeret abort.
11. Det Ethiske Råds medlemmer er enige om, at en tvillingegraviditet i sig selv ikke indebærer en sådan helbredsrisiko for kvinden og fostrene, at den kan udgøre et etisk rationale for en fosterreduktion, medmindre der foreligger særlig medicinsk indikation. For så vidt angår graviditeter med tre eller flere fostre, finder rådet, at fosterreduktion kan være etisk acceptabel under hensyn til en generelt øget og/eller individuelt og konkret vurderet risiko for moderen og for fostrene.
12. I tilknytning til flerfoldsgraviditet foreligger en forpligtelse for det offentlige til at yde rådgivning og støtte – herunder økonomisk støtte.

INDLEDNING

Det Etiske Råd er af Sundhedsministeren blevet bedt om at tage stilling til fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet.

Medicinske teknikker til kunstig befrugtning giver barnløse par mulighed for at få børn – ofte også flere end de ønsker sig. En konsekvens af den kunstige befrugtning er et højere antal flerfoldsgraviditeter og risiko for fosterreduktion. En fosterreduktion indebærer, at antallet af børn, der bliver født, kan blive mindre end det antal fostre, som brugen af kunstig befrugtning skaber.

En fosterreduktion afbryder ét eller flere, men ikke alle, fostres liv i en flerfoldsgraviditet. Fosterreduktion foretages ved, at en ultralydsvejledt nål føres gennem den gravides maveskind ind til livmoderen og videre ind i fosterets brystkasse, hvor nålen placeres tæt på eller i fosterets hjerte. Herefter sprøjtes en høj koncentration af kaliumklorid ind, hvilket får hjertet til at stoppe.

En flerfoldsgraviditet er en graviditet med mere end et foster. En graviditet med tvillinger er et eksempel på en flerfoldsgraviditet. En flerfoldsgraviditet kan opstå ved naturlig befrugtning af flere ægceller eller ved en deling af en befrugtet ægcelle, men en flerfoldsgraviditet kan også opstå ved metoder til kunstig befrugtning. Faktisk skyldes flerfoldsgraviditet i væsentlig grad 1) hormonstimulation af kvinden, der efterfølgende har samleje, 2) kunstig befrugtning i form af hormonstimulation kombineret med anbringelse af sæd i kvindens livmoder (insemination), eller 3) at der lægges flere befrugtede æg op i kvindens livmoder, efter at (reagensglas)befrugtningen er sket uden for livmoderen. I Sundhedsstyrelsens vejledning af 30. september 1997 står, at der som hovedregel kun må oplægges to friske eller tre ”nedfrosne/optøede” æg.

Flerfoldsgraviditet kan indebære en forhøjet risiko for, at alle fostre vil gå til, en forhøjet risiko for kvindens helbred og en forhøjet risiko for, at der

er noget galt med et eller flere af fostrene, men der foreligger ikke nærmere oplysninger om størrelsesordenen af forhøjelsen af disse risici.

I fremstillingen af de etiske dilemmaer m.v. har Det Etiske Råd valgt at skelne mellem fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet i forbindelse med kunstig befrugtning og fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet, der er opstået ad naturlig vej. Det Etiske Råds drøftelser i denne redegørelse er særligt fokuseret på flerfoldsgraviditet og fosterreduktion i forbindelse med kunstig befrugtning og anden reproduktionsfremmende behandling.

Det Etiske Råd har drøftet følgende hovedspørgsmål, hvoraf de to første specielt vedrører kunstig befrugtning, mens de tre sidste er relevante såvel for fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet i forbindelse med kunstig befrugtning som for fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet, der er opstået ad naturlig vej:

- 1) Er det etisk acceptabelt at bringe fostre til eksistens med samtidig bevidsthed om, at ét eller flere fostre muligvis skal aborteres, hvis der opnås en flerfoldsgraviditet?
- 2) Hvilke tiltag bør anbefales ud fra etiske begrundelser for at undgå, at flerfoldsgraviditet opstår i forbindelse med kunstig befrugtning?
- 3) Er det etisk acceptabelt at tage livet af ét eller flere fostre for at øge sandsynligheden for, at dét/ de tilbageblevne fostre kan opnå at leve sunde og raske liv?
- 4) Hvilken rolle bør kvindens/parrets selvbestemmelse spille i forhold til en eventuel samfundsmæssig fastsættelse af betingelser for, hvornår fosterreduktion kan komme på tale?
- 5) Hvilke krav bør der stilles til den information, som kvinden/parret modtager med henblik på, at kvinden/parret enten kan samtykke til eller afvise en behandling, der med en vis sandsynlighed kan føre til flerfoldsgraviditet?

Kunstig befrugtning

Kunstig befrugtning er en fællesbetegnelse for forskellige teknikker, hvor befrugtning ikke foregår ved samleje. Hormonstimulation er næsten

altid et led i behandling med kunstig befrugtning, og formålet med hormonstimulation er at få kvindens æg til at udvikle sig og løsne sig.

For eksempel kan kvinden få anbragt sæden i livmoderen med en sprøjte efter at have gennemgået hormonbehandling. Ved hormonstimulation er det normalt, at man bevidst fremkalder ægløsninger for 1-3 ægblæres (folliklers) vedkommende, og sandsynligheden for flerbldsgaviditet er derfor forhøjet i forhold til naturlig befrugtning. Denne form for kunstig befrugtning adskiller sig mindst fra naturlig befrugtning.

Et andet eksempel er reagensglasbefrugtning eller in vitro fertilisation (IVF), der nok er den metode mange opfatter som den egentlige kunstige befrugtning. Også her bliver kvinden hormonstimuleret, og formålet er at modne 8-10 ægblærer (follikler) pr. cyklus. Når ægblærene (folliklerne) er modne, suges de ud ved hjælp af en ultralydsvejledt kanyle, som føres gennem skeden ind til æggestokkene. Selve befrugtningen med mandens sæd sker i et laboratorieglass, og de befrugtede æg føres herefter op i kvindens livmoder.

Et tredje eksempel er, at man hjælper sædcellen ind igennem æggets overflademembran. Hjælpen kan være nødvendig, hvis mandens sæd-kvalitet er meget dårlig. Med en meget tynd pipette suger man en enkelt sædcelle op og sprøjter den ind i ægcellen. Dette kaldes mikroinsemination (ICSI), og foregår bortset fra selve befrugtningen, som reagensglasbefrugtning.

I lov om kunstig befrugtning er behandlingen *kunstig befrugtning* afgrænset som forsøg på at etablere graviditet hos en kvinde på anden måde end ved samleje mellem en kvinde og en mand. Det omfatter al lægelig behandling og diagnostik som bygger på eller kombineres med udtagning af menneskelige æg og/eller instrumentelt assisteret befrugtning med sædceller, men ikke isoleret modning af æg ved hormonstimulation (ovulationsfremmende behandling) eller rekonstruktiv kirurgi for at fremme opnåelse af graviditet (Sundhedstyrelsens vejledning af 30. september 1997).

I denne redegørelse berører Det Etiske Råd også modning af æg ved hormonstimulation uden efterfølgende instrumentelt assisteret befrugtning med sædceller.

Metoder til kunstig befrugtning

- Anbringelse af sæd i livmoderen (insemination): Efter at mandens sæd med en sprøjte er anbragt i livmoderen sker selve befrugtningen samme sted som efter samleje, nemlig i kvindens æggeledere.
- Reagensglasbefrugtning også kaldet in vitro fertilisation – IVF, hvor befrugtningen sker uden for kvindens krop i et laboratorieglass.
- Mikroinsemination eller ICSI (en forkortelse af Intra Cellular Semen Injection) hvor en enkelt sædcelle indføres i ægcellen i et reagensglas.

STATUS

1.0 Flerfoldsgraviditet, flerfoldsfødsel og fosterreduktion

For at kunne belyse emnet på bedst mulig måde har Det Ethiske Råd søgt at få afklaret følgende spørgsmål:

- Hvor ofte konstateres flerfoldsgraviditet ved henholdsvis kunstig befrugtning og normal befrugtning?
- Hvor ofte fører behandling med kunstig befrugtning til flerfoldsfødsel?
- Hvor ofte foretages fosterreduktion i forhold til det samlede antal konstaterede flerfoldsgraviditeter?

Antallet af flerfoldsgraviditeter?

I Sundhedsstyrelsens IVF-statistik er der ingen egentlig opgørelse over sandsynligheden for flerfoldsgraviditet og heller ingen opgørelse over det samlede antal konstaterede flerfoldsgraviditeter i forbindelse med behandlingen *kunstig befrugtning*. Derfor er det ikke muligt at fremlægge nogle bestemte opgørelser og sammenligninger. For eksempel:

- 1) Hvor mange flerfoldsgraviditeter konstateres ved kunstig befrugtning sammenlignet med normal befrugtning? Og hvordan har forholdet mellem de to tal eventuelt ændret sig over tid?
- 2) Hvor meget stiger sandsynligheden for graviditet henholdsvis flerfoldsgraviditet ved at lægge to befrugtede æg i stedet for ét befrugtet æg op i kvindens livmoder, eller tre befrugtede æg op i stedet for to befrugtede æg? Og hvilke forhold har betydning for om sandsynligheden for graviditet stiger?
- 3) Hvor mange flerfoldsgraviditeter efter behandlingen *kunstig befrugtning* konstateres der i forhold til antallet af flerfoldsfødsler? Opmærksomheden henledes på den nødvendige skelnen mellem henholdsvis antal flerfoldsgraviditeter, antal flerfoldsfødsler samt antal børn, der er kommet til verden ved en flerfoldsfødsel.
- 4) Hvor mange spontane aborter af alle fostre konstateres i forbindelse med flerfoldsgraviditeter? Og på hvilket tidspunkt i en flerfoldsgraviditet opstår de spontane aborter typisk?

De fire spørgsmål er der ikke præcise svar på, fordi informationsgrundlaget om flerfoldsgraviditet og fosterreduktion både i dansk og international sammenhæng ikke er særligt udbygget og detaljeret. Langt de fleste undersøgelser er baseret på relativt små opgørelser inden for en relativt kort periode. Det Ethiske Råds redegørelse støtter sig til de små opgørelser og en enkelt større svensk undersøgelse af 4517 graviditeter og 5856 fødsler efter IVF-behandling i perioden fra 1982-1995 (SoS-rapport 1998:7).

Antallet af flerfoldsfødsler

I perioden 1994/95 var der i Danmark 1.756 fødsler efter behandlinger med kunstig befrugtning. Resultatet blev 2.245 børn, af disse var 1.298 enkeltfødte, 854 var tvillinger og 93 var trillinger.

Fødsler i 1994/95 fordelt på antal børn i fødslen

| | Fødsler | % | Børn | % |
|-------------|----------------|----------|-------------|----------|
| Enkeltfødte | 1.298 | 74 | 1.298 | 58 |
| Tvillinger | 427 | 24 | 854 | 38 |
| Trillinger | 31 | 2 | 93 | 4 |
| I alt | 1.756 | 100 | 2.245 | 100 |

Kilde: Sundhedsstyrelsen 1998, side 95-96

Ved behandling med kunstig befrugtning er der en større hyppighed af flerfoldsfødsler end ved normal befrugtning. Tvillingefødsler forekommer cirka 1 ud af 100 gange ved normal befrugtning, mens de forekommer cirka 25 ud af 100 gange efter kunstig befrugtning. Trillingefødsler forekommer cirka 1 ud af 10.000 gange ved normal befrugtning, mens de forekommer cirka 2 ud af 100 gange efter kunstig befrugtning (Sundhedsstyrelsen 1998, side 94-95).

De danske tal stemmer godt overens med den omtalte større svenske undersøgelse af 4.517 fødsler og 5.856 børn født efter behandlingen *kun-*

stig befrugtning i perioden 1982-95. Af de 4.517 fødsler stammede 3.305 (73%) fra enkeltfødsler, 1078 (24%) fra tvillingefødsler, 127 (3%) fra trillingefødsler og 7 (0.2%) fra firlingefødsler (SoS-rapport 1998:7, side 12).

Set i et større internationalt perspektiv havde Danmark sammen med Sverige i 1997 0.4 procent trillingefødsler efter IVF- eller ICSI-behandling, hvilket er den laveste hyppighed af trillingefødsler, hvis man sammenligner med tal fra en række europæiske lande samt USA og Canada under ét. Med hensyn til tvillingefødsler havde Portugal - 16.4 procent i 1997 - den laveste hyppighed efter IVF eller ICSI, mens Grækenland - 35.6 procent i 1997 - havde den højeste hyppighed. Danmark havde i 1997 en hyppighed på 24.2 procent. Og i USA og Canada lå hyppigheden af tvillingefødsler i 1997 på 31.8 procent efter IVF eller ICSI (ESHG data, 2000 European IVF Monitoring, EIM Program).

Hormonstimulation, flerfoldsgraviditet og fosterreduktion

Det forhold, at der kan konstateres flere flerfoldsgraviditeter og flerfoldsfødsler ved brug af teknikker til kunstig befrugtning end ved naturlig befrugtning skyldes især, at hormonstimulation af kvinden kan være svær at styre. Det kan for eksempel betyde, at man får befrugtet flere æg end kvinden/parret ønsker, fordi hormonstimulation har fremkaldt ægløsning af mere end én ægblære (follikel).

Ifølge journalist Abelone Glahn er "hver 55. fødsel i Danmark en tvillingefødsel. Til sammenligning resulterede kun hver 70. fødsel i tvillinger, før de nye befrugtningsteknikker begyndte at slå igennem i midten af firserne" (Glahn 2000 side 6). Et andet eksempel direkte relateret til brugen af hormonstimulation stammer fra en amerikansk undersøgelse, hvor det er skønnet, at forekomsten af trillingegraviditet lå mellem cirka 1:8000 og 1:10000 før hormonstimulation blev indført. Efter indførelsen af hormonstimulation er skønnet, at forekomsten af trillingegraviditeter ligger mellem cirka 1:1000 og 1:2000 (Ormont & Shapiro 1995, side 524).

I Danmark er der - som nævnt - ingen tal for det samlede antal konstaterede flerfoldsgraviditeter og dermed heller ingen tal for konstaterede flerfoldsgraviditeter før og efter indførelsen af hormonstimulation. Der eksisterer imidlertid tal for, hvor mange fosterreduktioner, der er relateret til

forudgående brug af hormonstimulation. I perioden fra oktober 1997 til august 1999 er cirka halvdelen, 18 ud af 35 fosterreduktioner, foretaget hos den gruppe af kvinder, der har modtaget hormonstimulation alene eller hormonstimulation med efterfølgende insemination, jvf. side 22.

Behandling med kunstig befrugtning uden brug af hormonstimulation er imidlertid næppe et reelt alternativ, der kan bidrage til både at reducere antallet af flerfoldsgraviditeter og fosterreduktioner.

Succesraten ved behandling uden brug af hormonstimulation må anses som for dårlig. I Ingerslev m.fl.'s (2000b) egen undersøgelse var den kliniske succesrate på 3.5 procent, hvilket ikke er et acceptabelt resultat til klinisk rutinebrug.

Ifølge Ingerslev m.fl. (2000a, side 3) kan en mildere hormonstimulation derimod være et alternativ til dagens standardbehandling, der kan bidrage til at sænke antallet af flerfoldsgraviditeter og fosterreduktioner. Den mildere hormonbehandling kan give fordele som lavere omkostninger til medicin, mindre påvirkning af kvindens krop, hvilket betyder, at færre kvinder bliver syge af bivirkninger og færre flerfoldsgraviditeter; men ulempen kan blive, at kvinderne skal gennem flere behandlinger på grund af en lavere effektivitet per påbegyndt behandlingscyklus. Det øgede antal behandlinger betyder en ekstra psykisk og fysisk belastning af kvinden.

Oplægning af befrugtede æg og insemination under særlige omstændigheder

Sandsynligheden for fødsel ved IVF-behandling stiger i takt med det antal befrugtede æg, der lægges op. Men sandsynligheden for fødsel varierer ikke alene med antallet af æg, der lægges op i kvindens livmoder. Kvindens alder, mandens og kvindens fertilitet, kvaliteten af det eller de befrugtede æg og eventuelle medicinske indikationer for abort har også indflydelse på sandsynligheden for fødsel. Det kan for eksempel betyde, at en 42-årig kvinde pga. lav fertilitet godt kan have lav sandsynlighed for at blive gravid og føde et barn, selv om hun får lagt fire æg op. Sandsynligheden for fødsel for de kvinder, der får lagt ét æg op er af Sundheds-

styrelsen opgjort til 13,1%, mens fødselssandsynligheden for de kvinder, der får lagt to æg op, er 25,4 %. For den gruppe af kvinder, der får lagt 3 æg op, er sandsynligheden for fødsel opgjort til 25,8%. Den sidstnævnte gruppe af kvinder har lavere fertilitet end de to førstnævnte grupper.

Ifølge svenske undersøgelser kan den støt stigende andel af tvillingefødte i perioden fra 1977 til 1995 i runde tal forklares ud fra tre forhold: En tredjedel forklares af en stigning i mødrenes alder, en tredjedel forklares af IVF-behandling og formentlig kan en tredjedel forklares med hormonstimulation uden efterfølgende reagensglasbefrugtning (SoS-rapport 1998:7, side 14).

Når man lægger tre befrugtede æg op i kvindens livmoder er der alt andet lige større sandsynlighed for trillingegraviditet, og dermed større risiko ved graviditet og fødsel, men Sundhedsstyrelsen giver ingen præcise informationer om, hvor meget sandsynligheden for graviditet stiger med antallet af befrugtede æg, der lægges op i kvindens livmoder.

Det oplyses fra lægefaglig side, at der i forbindelse med insemination i praksis i Danmark benyttes tre fremgangsmåder for at undgå flerfoldsgraviditet, når en kvinde har udviklet tre eller flere ægblærer (follikler): 1) kunstig befrugtning med insemination indstilles, og det frarådes parterne at have ubeskyttet samleje i 14 dage, 2) antallet af ægblærer (follikler) reduceres ved at tømme et antal af dem, til der er to (hovedregel) eller tre tilbage, og der insemineres og 3) alle folliklerne tømmes for æg, og der lægges ét (hovedregel) eller to æg op efter IVF.

Sundhedsstyrelsen har i vejledning om kunstig befrugtning af 30. september 1997 gjort rede for, hvilke særlige forholdsregler lægen skal tage for at minimere risikoen for flerfoldsgraviditet. I vejledningen er hovedreglen, at der kun må oplægges to friske æg eller tre "nedfrosne/op-tøede" æg (Vejledningens pkt. 27).

I perioden 1994/95 fik kvinder i offentligt regi gennemsnitligt overført 2.1 embryoner. I privat regi fik kvinderne gennemsnitligt overført 2.6 embryoner (Sundhedsstyrelsen 1998, side 23).

Undersøgelser af årsagerne til denne forskel mellem offentlige og private klinikkers overførsel af embryoner eksisterer ikke. Men ifølge sagkyndige er forklaringen på forskellen mellem offentligt – og privat regi *for det første*, at der formentlig er tale om behandling af kvinder i forskellige aldersgrupper. I den offentlige sektor er stort set etableret en fælles praksis for adgangen til IVF-behandling, der indebærer, at behandling afsluttes, såfremt kvinden fylder 40 år. I den private sektor kan kvinder over 40 år få behandling med kunstig befrugtning, men sandsynligheden for graviditet og fødsel falder som konsekvens af kvindens alder. Det vil sige, at konsekvensen af, at der i gennemsnit lægges flere befrugtede æg op i privat regi end offentligt regi ikke nødvendigvis er, at der i privat regi skabes flere flerfoldsgraviditeter, flerfoldsfødsler og fosterreduktioner. *For det andet* kan man ifølge sagkyndige til dels forklare forskellen med forskellige holdninger til hvor mange embryoner, man vil overføre. Disse holdningsforskelle eksisterer formentlig både mellem offentlige og private klinikker og indbyrdes mellem private klinikker.

Risici ved flerfoldsgraviditet, flerfoldsfødsel og fosterreduktion

Ved flerfoldsgraviditet og flerfoldsfødsel er der en række forhøjede risici for både den gravide kvinde og de kommende børn.

Forhøjede risici for den gravide kvinde: De samme komplikationer, der kan følge en graviditet med ét foster, optræder hyppigere ved graviditet med mere end ét foster. Det drejer sig for eksempel om, at kvinden kan få kraftige opkastninger, forhøjet blodtryk og en øget mængde fostervand.

Forhøjede risici for de kommende børn: Ved en flerfoldsgraviditet er en øget risiko for en for tidlig fødsel, det vil sige fødsel før 37. fulde svangerskabsuge. Det indebærer en risiko for, at ét eller flere af børnene dør i forbindelse med fødslen eller kommer til at lide af et handicap som konsekvens heraf. Jo flere fostre jo højere er risikoen for tidlig fødsel med lav fødselsvægt til følge, hvilket samtidig indebærer højere risiko for sygdomme og handicaps samt højere risiko for, at barnet eller børnene ikke overlever.

Andele af for tidligt fødte børn og børn med lav fødselsvægt

- I perioden 1994/95 fordelte andelene af for tidligt fødte børn efter in vitro behandling sig på følgende måde: 93,5 procent af trillinger blev født før 37. fulde svangerskabsuge. 41,2 procent af tvillinger blev født før 37. fulde svangerskabsuge. 7,3 procent af enkeltfødte blev født før 37. fulde svangerskabsuge. I alt lå andelen af for tidligt fødte blandt børn født efter in vitro behandling i 1994/95 på 23.8 procent. Det adskiller sig væsentligt fra andelen af for tidligt fødte blandt alle fødte i 1995, der udgjorde cirka 5.9 procent (jvf. Sundhedsstyrelsen 1998, side 45).
- I perioden 1994/95 fordelte andelene af fødte børn med hhv. lav og ekstrem lav fødselsvægt efter in vitro behandling sig på følgende måde: Blandt trillingerne havde 87.1 procent en lav fødselsvægt – under 2500 gram – og 9.7 procent havde en ekstrem lav fødselsvægt – under 1000 gram. Blandt tvillingerne havde 40.8 procent en lav fødselsvægt og 2.9 procent en ekstrem lav fødselsvægt. Blandt enkeltfødte havde 7.0 procent en lav fødselsvægt og 0.9 procent havde en ekstrem lav fødselsvægt. Der var ingen markante forskelle mellem andelene af børn med lav fødselsvægt, når man for eksempel sammenligner børn født efter in vitro behandling med alle fødte børn (jvf. Sundhedsstyrelsen 1998, side 44).

Det svenske teknologinævn for medicinsk teknologivurdering (Statens beredning för medicinsk utvärdering, forkortet SBU) konkluderer på baggrund af gennemgang af internationale undersøgelser, at der er en klar øgning af antallet af børn med lav fødselsvægt og for tidligt fødte børn efter graviditet relateret til behandling med kunstig befrugtning. Desuden er en større andel børn små af deres alder ("small for date"). *Hovedårsagen* er den store andel af flerfoldsfødsler, som altså beror på

lægerne rutinemæssige praksis med at lægge mere end ét befrugtet æg op i kvindens livmoder. SBU's konklusion er altså, at størstedelen af øgningen af for tidligt fødte børn og børn med lav fødselsvægt er forårsaget af den store andel flerfoldsfødsler – cirka 40 procent af de fødte børn. Deraf følger en øget risiko for sygdom og død samt et øget behov for neonatal sygehusbehandling (SBU 2000, side 36).

- 1) Ved flerfoldsgraviditet er der en øget risiko for misdannelser hos de kommende børn. Ud af de 2.245 børn født efter behandling med kunstig befrugtning i 1994/95 var 107 født med misdannelser (4,8 procent). I perioden 1994/95 var der 107 børn (102 levendefødte og 5 børn dødfødte) født efter in vitro befrugtning med misdannelser.

Misdannelser efter kunstig befrugtning og antal børn i fødslen, 1994/95

- Ud af de 107 børn født med misdannelser var 49 børn, 45,8 procent, tvillinge- eller trillingefødte
- Ud af de 107 børn født med misdannelser var fem dødfødte, fire af disse var tvillinge- eller trillingefødte og ét barn enkeltfødt

Ifølge SBU kan en del af det faktisk øgede antal af misdannelser blandt børn født efter IVF-behandling bero på faktorer hos forældrene, for eksempel kromosomafvigelser. Endvidere peger SBU på, at det er uklart, om IVF-teknikken i sig selv yderligere øger risikoen for misdannelser, men slår samtidig fast, at risici for det kommende barn bliver reduceret, hvis man reducerer antallet af flerfoldsfødsler, og at dette kan ske ved alene at lægge ét befrugtet æg op i kvindens livmoder efter reagensglasbefrugtning (SBU, 2000, side 56-57).

- 2) Ved trillingefødsler er der en tendens til en øget risiko for, at ét barn eller flere børn er dødfødt, eller at ét barn eller flere børn dør inden for det første leveår.

Sundhedsstyrelsens IVF-statistik angiver antal døde (dødfødthed eller død inden for det første leveår) pr. 1000 fødte efter antal børn i fødslen. Der er *ikke* en forhøjet dødshyppighed ved tvillingefødsler efter kunstig befrugtning sammenlignet med dødshyppigheden for alle fødte. Sundhedsstyrelsens opgørelse over dødshyppigheden ved trillingefødsler viser en tilnærmelsesvis gennemgående *tendens* til en forhøjet dødshyppighed for trillingefødte efter kunstig befrugtning sammenlignet med dødshyppigheden for alle fødte. Dog kun "tilnærmelsesvist" fordi 10.8 IVF-børn ud af 1000 trillingefødte efter IVF-behandling var dødfødte sammenlignet med 17.1 børn ud af 1000 trillingefødte, når alle trillingefødte tages i betragtning. Altså er der med hensyn til dødfødte ingen tendens til forhøjet dødshyppighed for trillingefødte efter kunstig befrugtning. Tendensen slår imidlertid igennem, hvis man ser på dødshyppigheder – døde pr. 1000 fødte – for trillingefødte inden for det første leveår:

- 1) Inden for de første 7 dage (perinatal mortalitet) vil i gennemsnit 53.8 IVF-børn pr. 1000 fødte dø sammenlignet med 34.2 børn pr. 1000 fødte, når alle trillingefødte tages i betragtning.
- 2) Inden for perioden 1-28 dage efter fødslen (neonatal mortalitet) vil i gennemsnit 43.5 IVF-børn pr. 1000 fødte dø sammenlignet med 26.1 børn pr. 1000 fødte, når alle trillingefødte børn tages i betragtning.
- 3) Inden for en periode fra dag 29 til 1 år efter fødslen (postneonatal mortalitet) vil i gennemsnit 10.9 trillingefødte IVF-børn dø sammenlignet med 8.7 børn pr. 1000 fødte, når alle trillingefødte børn tages i betragtning.

De nævnte tal er udtryk for det antal børn som ville dø, *hvis* der for eksempel var tale om 1000 trillingefødte om året. Det er imidlertid langt fra tilfældet. Faktisk er der tale om ganske få fødte efter behandling med kunstig befrugtning som dør - hvorfor alene små ændringer i dette faktiske antal kan få store effekter på gennemsnitsantallet af døde pr. 1000 fødte.

Den svenske socialstyrelse konstaterede på baggrund af undersøgelse af 4517 graviditeter og 5868 fødsler efter IVF-behandling i perioden 1982-1995, at dødeligheden før fødslen, under fødslen og første uge

efter fødslen var lav, dog noget forhøjet for enkeltfødsler, men ikke for flerfoldsfødsler i sammenligningen med det totale antal fødsler. Men på grund af den høje andel flerfoldsfødsler var den sammenlagte dødelighed for IVF-børn tre gange højere end den tilsvarende for alle fødte. Den svenske socialstyrelse sammenfatter, at antallet af for tidligt fødte og undervægtige børn ville blive reduceret betragteligt, hvis antallet af flerfoldsfødsler blev formindsket, og at det desuden ville medføre, at dødeligheden blandt disse børn og hyppigheden af misdannelser ville blive mindre (SoS-rapport 1998:7, side 7).

Mangel på præcise og sammenlignelige risikovurderinger

Ifølge Sundhedsstyrelsen giver flerfoldsgraviditet med tre fostre eller flere en øget risiko for tidlig fødsel, for væksthæmning for et eller flere fostre (fordi moderkagens funktion er nedsat), og for at kvinden spontant aborterer alle fostre (Sundhedsstyrelsen udtalelse af 30. august 1999). Men hvor meget den helbredsmæssige risiko for moderen eller for de kommende børn ved en trillingegraviditet er øget i forhold til en tvillingegraviditet belyses ikke med større præcision.

Der er ikke præcise tal for, hvor høj helbredsrisikoen for moderen og de øvrige kommende børn er ved fosterreduktion i forhold til helbredsrisikoen ved at lade graviditeten fortsætte. Ligesom der heller ikke eksisterer præcise tal for hvor meget risikoen for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og fødselskomplikationer bliver reduceret ved at foretage den konkrete fosterreduktion i forhold til ikke at foretage den.

Ud fra almindeligt kendskab til de publicerede arbejder om risikoreduktion ved tre til to fostre er det en sagkyndig vurdering, at varigheden af svangerskabet øges med cirka 3 uger, at fødselsvægten øges med 500 gram, og at dødeligheden reduceres for fostrene og de kommende børn.

Det Etske Råd finder det meget beklageligt, at disse forhold er så dårligt belyst, idet det alt for let betyder, at den rådgivning, som et par modtager, kan komme til at bygge mere på den rådgivendes egne holdninger end på faktisk viden.

1.1 Selektiv og ikke-selektiv fosterreduktion

Hvis det påvises, at et foster i en flerfoldsgraviditet har et handicap eller en sygdom eller forhøjet risiko herfor, kan kvinden/parret tilbydes at fravælge, at bortselekttere, dette foster ved en fosterreduktion. Men en fosterreduktion kan også være *ikke-selektiv*; dermed menes, at der ikke behøver at være en indikation for, at et bestemt foster har et handicap eller sygdom. Indikationen kan være en antagelse om, at en *generel* forhøjet risiko for handicap eller sygdom for *alle* fostre er så høj, at det kan begrunde, at antallet af fostre reduceres.

Tilbud til kvinden/parret om fosterreduktion under hensyn til en generelt forhøjet risiko kunne bygge på følgende:

- 1) Hensynet til at bevare graviditeten i det hele taget. Der findes ikke danske undersøgelsesresultater, som viser hvor meget den konkrete fosterreduktion øger kvindens chance for at bevare graviditeten. Dog eksisterer ifølge journalist Abalone Glahn en amerikansk undersøgelse der siger, at risikoen for det samlede svangerskab reduceres med 19 procent, hvis man reducerer fra trillinger til tvillinger, mens der dog stadig er en vis risiko for at tvillingerne dør. I de tilfælde, hvor man reducerer fra trillinger til tvillinger, mister kvinden – ligesom ved almindelige tvillingegraviditeter – i seks procent af graviditeterne, alle børnene. Risikoen for at miste alle børnene, hvis man gennemfører et svangerskab som tæller mere end tre, er dog endnu højere. Abalone Glahn nævner dog også, at der på verdensplan ikke er enighed om, hvorvidt en reduktion mindsker risikoen ved et trillingsvangerskab (Glahn 2000).
- 2) Hensynet til kvindens helbred. Der eksisterer ikke danske undersøgelsesresultater, der angiver sandsynligheden for de forskellige risici for kvindens helbred.
- 3) Hensyn til psykosociale forhold eller økonomiske vilkår, det vil sige forhold, der ikke direkte drejer sig om moderens eller fostrenes fysiske helbred. Der eksisterer ikke danske undersøgelsesresultater af de psykosociale og økonomiske overvejelser kvinden/parret gør sig ved en flerfoldsgraviditet og en eventuel fosterreduktion. Men for eksempel har en amerikansk undersøgelse vist, at kvinder/par over

40 år er mere tilbøjelige til at ønske reduktion til ét foster. Ønsket om ét barn begrundes med krav til forældreskabet, økonomiske forhold og parrets evne til at være forældre i en alder af 60 til 70 år (Am J Obstet Gynecol 1997;177:875-8.).

Samtidig er det almindeligt kendt, at allerede det fysiske/psykiske og sociale pres på tvillingefamilier kan være stort. Om familier med handicappede børn vides det, at risikoen for familiesammenbrud er øget. Det samme formodes at gøre sig gældende i trillingefamilier, hvor risikoen for børn født med handicap tilmed er øget.

Videns- og informationsgrundlaget for en fosterreduktion?

Ved fosterreduktion er der risiko for kvindens helbred, risici for at skade andre fostre, og risiko for at abortere alle fostre som konsekvens af indgrebet.

I dansk sammenhæng foreligger *ikke* særligt omfattende eller præcise oplysninger, om hvor ofte disse komplikationer opstår, eller hvor stor risikoen for en spontan abort er ved flerfoldsgraviditet. Det vil sige, at informationsgrundlaget for kvindens/parrets overvejelser om at fortsætte graviditeten med de risici, der knytter sig hertil eller at få foretaget en fosterreduktion med de risici, der knytter sig til denne, bliver meget generelt.

Præcis information om risici, herunder sammenligning af risici, kan have en anden betydning end den information om risici, der blot siger, at der "en fare for", men ikke hvor stor eller lille denne fare præcist er, og i sammenligning med hvad.

Antallet af fosterreduktioner fra oktober 1997 til august 1999

Der er ingen nationale danske data om antallet af fosterreduktioner i perioden før den systematiske og obligatoriske registrering, der indførtes i 1997.

Fosterreduktion efter oktober 1997 skal indberettes til Sundhedsstyrelsen. I hvilket omfang det faktisk sker, vides ikke med sikkerhed, men det har i fagpressen været antydnet, at indberetningen ikke altid huskes (Glahn 2000, side 6). Ifølge Sundhedsstyrelsen er der fra oktober 1997 til august

Antal fosterreduktion og tidspunktet for reduktionen fra oktober 1997 til aug. 1999

| Svangerskabsuge | Antal reduktioner |
|--------------------|-------------------|
| Til og med 12. uge | 29 |
| 13. uge | 2 |
| 16.-20. uge | 4 |

Kilde: Sundhedsstyrelsen 1999

1999 indberettet 35 fosterreduktioner. Heraf blev 29 foretaget i 9-12. svangerskabsuge, 2 i 13. svangerskabsuge, og 4 i 16.-20. svangerskabsuge.

I 19 ud af de 29 udførte fosterreduktioner til og med 12. uge henviser Sundhedsstyrelsen til, at der ved flerfoldsgraviditet med tre fostre eller flere er en øget risiko for tidlig fødsel, for væksthæmning for et eller flere fostre (fordi moderkagens funktion er nedsat), og for at kvinden spontant aborterer alle fostre. 10 ud af disse 29 fosterreduktioner til og med 12. uge har andre væsentlige medicinske begrundelser, for eksempel væksthæmning af et foster (fordi moderkagens funktion er nedsat), mistanke om misdannelse hos et foster eller sikkert påvist abnormitet, samt helbredsmæssige forhold hos kvinden. Ved de to udførte fosterreduktioner i 13. uge foreligger ingen begrundelse. I tre af de fire tilfælde, hvor fosterreduktion er udført i 16.-20. svangerskabsuge, drejede det sig om meget svær misdannelse hos det foster reduktionen angik (1 manglende kranieudvikling, 1 udposning af hjernen, 1 anden svær misdannelse), og i det fjerde tilfælde risiko for transfusionssyndrom mv. (Sundhedsstyrelsens udtalelse af 30. august 1999).

I skemaet nedenfor er vist en oversigt over reduktionsgraden - og den konkrete medicinske begrundelse for fosterreduktion er nævnt, hvor en sådan foreligger.

| Reduktionsgraden: Fra ... til ... | Antal tilfælde | Konkret indikation for fosterreduktion? |
|--|---------------------------|---|
| Fra 4 til 2 fostre | 1 | Uoplyst |
| Fra 3 til 2 fostre | 23 | Uoplyst |
| Fra 3 til 1 foster | 6 | I 5 af disse tilfælde var der tale om to fostre med fælles moderkage. |
| Fra 2 til 1 foster | 4 | Manglende kranieudvikling eller udposning af hjerne i 2 tilfælde. Misdannelse af uoplyst karakter i 1 tilfælde Væksthæmning 1 |
| Uoplyst | 1 uoplyst | Uoplyst |
| I alt | 35 | - |

Om forudgående behandling før fosterreduktion

Brugen af teknikker til kunstig befrugtning fører med større hyppighed til flerfoldsgraviditet – og det fører formentlig ligeledes med større hyppighed til fosterreduktion. Ifølge Sundhedsstyrelsen kan de 35 fosterreduktioner siden oktober 1997 opstilles som følger i nedenstående skema (side 29):

Skemaet viser, at i 4 tilfælde var fosterreduktion knyttet til en "hjemmelavet" flerfoldsgraviditet (ingen reproduktionsfremmende behandling), i 11 tilfælde var fosterreduktion knyttet til kvinder, der var blevet behandlet med reagensglasbefrugtning, i 19 tilfælde var fosterreduktion knyttet til kvinder, der var blevet behandlet med hormonstimulation og/eller anbringelse af sæd i livmoderen (insemination), og ved én

fosterreduktion foreligger der ikke oplysninger om eventuel forudgående behandling. Det vil sige, at flertallet af reduktioner, 19 ud af 35, knytter sig til hormonstimulation eller insemination.

| Antal fosterreduktioner | Behandling med teknikker til kunstig befrugtning? |
|--------------------------------------|--|
| 4 | Ingen reproduktionsfremmende behandling |
| 6 | Hormonstimulation alene |
| 1 | Insemination alene |
| 12 | Hormonstimulation med efterfølgende insemination |
| 9 | Reagensglasbefrugtning |
| 1 | Reagensglasbefrugtning kombineret med sædcelleinjektion (ICSI) |
| 1 | Reagensglasbefrugtning med ægdonation |
| 1 | Uoplyst |
| I alt 35 | - |
| <i>Kilde: Sundhedsstyrelsen 1999</i> | |

Ved at orientere sig i internationale videnskabelige tidsskrifter om lægers forhold til reduktionsgraden ved fosterreduktion, får man følgende indtryk:

- 1) At der blandt læger er enighed om rimeligheden i at tilbyde fosterreduktion, hvis der er fire eller flere fostre i graviditeten, da både overlevelsesrate og fødselstidspunkt bliver markant forbedret. Nogle studier peger desuden på, at fordelene ved at reducere trillingegraviditeter til tvillingegraviditeter overstiger risikoen ved fosterreduktion i sig selv (Fetal Diagn Ther 1998;13:264, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 75 (1997) 188).
- 2) Flertallet af undersøgelser peger på, at det på grund af fare for at miste alle fostre ved indgrebet er uhensigtsmæssigt at reducere

længere end ned til to fostre (European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 75 (1997) 189). Ifølge en større amerikansk undersøgelse (multicenterundersøgelse) aborterer 7.5 procent af de kvinder, som har modtaget fosterreduktion, alle fostre. Dette tal er baseret på, at 30 ud af 403 fosterreduktioner i den omtalte undersøgelse aborterede alle fostre før 24. svangerskabsuge. Ifølge samme undersøgelse lå antallet af meget tidligt fødte børn – børn født mellem 25. og 32. svangerskabsuge – på 13.7 procent efter at fosterreduktion var foretaget (Am J Obstet gynecol vol 181, number 4, 1999, Evans et al.).

- 3) Ifølge eksperter i Danmark foretager man ved indikation på baggrund af fertilitetsbehandling ikke reduktion fra 2 til 1 foster, men eventuelt fra 3 til 2 eller fra 4 til 2 fostre. Dog foretager man ifølge de sagkyndige på grundlag af særlig medicinsk indikation - kromosomsygdomme, metaboliske sygdomme og strukturelle misdannelser - reduktion til 1 foster.

Hvordan foretages en fosterreduktion?

En fosterreduktion foretages ved, at en ultralydsvejledt nål føres gennem den gravides maveskind ind til livmoderen og videre ind i fosterets brystkasse, hvor nålen placeres tæt på eller i fosterets hjerte. Herefter sprøjtes kaliumklorid ind, hvilket får hjertet til at stoppe. Lægen sikrer sig, at nålen føres ind det rigtige sted ved at benytte en ultralydsundersøgelse, det vil sige et billede af fostrene, som hjælperedskab. Der er eksempler på, at fosterreduktion ikke lykkes i første omgang, hvorfor den må gentages, indtil den ønskede reduktion er opnået. Ifølge journalist Abelone Glahn sker det yderst sjældent, at fosteret overlever indsprøjtningen af kaliumklorid. Men for at kunne finde det samme foster igen sprøjter nogle læger en lille smule luft ind i den pågældende fostersæk, der da vil fremstå en smule mere grå på scanningsbilledet. Der er ikke udarbejdet statistik over, hvor tit disse indgreb gentages, men en læge, der har foretaget fosterreduktion siden 1988, oplyser, at det for den pågældende er sket to gange (Glahn 2000, side 6) ^[1].

[1] 35 er det seneste af Sundhedsstyrelsen endeligt opgjorte antal, i forhold til hvilket der efterfølgende kan være sket ændringer, jfr. Abelone Glahns artikel.

Risici ved indgrebet skal afvejes over for risici ved at fortsætte graviditeten, hvilket stiller kvinden/parret i en vanskelig situation, når der skal tages stilling til, om en fosterreduktion skal foretages. Kvindens/parrets situation vanskeliggøres yderligere af, at der ikke foreligger præcise risikoopgørelser, der for eksempel kan gøre det muligt at sammenligne risikoen for "totalabort" som konsekvens af indgrebet med risikoen for "totalabort" ved at fortsætte graviditeten.

Der foreligger ingen danske undersøgelser og i det hele taget kun ganske få internationale undersøgelser af, hvordan kvinder oplever fosterreduktion. En amerikansk undersøgelse af 91 kvinders tilbageblik på fosterreduktion har vist, at flertallet af kvinderne oplevede følelsesmæssig smerte, stress og angst under indgrebet, og at flertallet havde oplevet en periode med sorg efter fosterreduktion (Am J Obstet Gynecol April 1996, side 1270).

Fosterreduktion – så tidligt som muligt?

Man kan formentlig ofte møde synspunktet: Jo tidligere – det vil sige helst i første tredjedel af svangerskabet - en fosterreduktion bliver foretaget, jo bedre resultat, da absorberingen af de eller det udvalgte foster bliver mere fuldstændig, og da der er mindre risiko for veer og tidlig fødsel.

Det er teknisk set lettere at foretage reduktion tidligt i svangerskabet. Man kan for eksempel lettere ramme den 'rigtige' tvilling, fordi fostrene lettere ses adskilt. Heroverfor står imidlertid, at fostre ofte absorberes spontant, det vil sige, at et antal fostre forsvinder af sig selv. For eksempel har man vurderet, at konstateringen af en tvillingegraviditet er dobbelt så høj som den reelle forekomst af tvillinger ved fødslen (Ormont & Shapiro 1995, side 524).

Ifølge sagkyndige tilstræber man at reducere inden udgangen af 12. graviditetsuge, som er grænsen for fri abort. I de tilfælde, hvor det ved hjælp af fosterdiagnostiske undersøgelser senere i graviditeten viser sig at være noget galt med ét eller flere af fostrene, så foretages reduktion kun, hvis der gives tilladelse hertil af det amtslige abortsamråd.

2.0 Rådets drøftelser og anbefalinger

Det Ethiske Råd har i sine overvejelser og ved udarbejdelsen af sine anbefalinger lagt den forudsætning til grund, at fosterreduktion ikke er omfattet af abortlovgivningens ordlyd, men anses for at være dækket af lægelovens § 6 vedrørende lægens omhu og samvittighedsfuldhed, information og samtykke mv. (jvf. Bilag 1). Da fosterreduktion har visse lighedstræk med abort, skal det nævnes, at fremstillingen af spørgsmål og dilemmaer knyttet til fosterreduktion ikke nødvendigvis er en afspejling af, hvilken holdning det enkelte medlem af rådet har til abort og abortlignende indgreb. Ydermere skal det nævnes, at Det Ethiske Råd senere vil offentliggøre en samlet redegørelse, hvor der mere principielt vil blive taget stilling til de etiske spørgsmål og dilemmaer, der knytter sig til behandling med kunstig befrugtning som sådan.

I fremstillingen af de etiske dilemmaer mv. har Det Ethiske Råd valgt at skelne mellem fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet i forbindelse med kunstig befrugtning og fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet, der er opstået ad naturlig vej. På grund af de specielle og delvis nye dilemmaer, som kunstig befrugtning i denne sammenhæng stiller samfundet overfor, er Det Ethiske Råds drøftelser af spørgsmålene imidlertid i særlig grad fokuseret på flerfoldsgraviditeter og fosterreduktioner i forbindelse med kunstig befrugtning og anden reproduktionsfremmende behandling.

Det Ethiske Råd har drøftet følgende hovedspørgsmål, hvoraf de to første specielt vedrører kunstig befrugtning, mens de tre sidste er relevante såvel for fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet i forbindelse med kunstig befrugtning som for fosterreduktion ved flerfoldsgraviditet, der er opstået ad naturlig vej:

- 1) Er det etisk acceptabelt at bringe fostre til eksistens med samtidig bevidsthed om, at ét eller flere fostre muligvis skal aborteres, hvis der opnås en flerfoldsgraviditet?
- 2) Hvilke tiltag bør ud fra etiske begrundelser anbefales for at undgå, at flerfoldsgraviditeter opstår i forbindelse med kunstig befrugtning?
- 3) Er det etisk acceptabelt at tage livet fra ét eller flere fostre for at øge sandsynligheden for, at det/de tilbageblevne fostre kan opnå at leve sunde og raske liv?

- 4) Hvilken rolle bør kvindens/parrets selvbestemmelse spille i forhold til en eventuel samfundsmæssig fastsættelse af betingelser for, hvornår en fosterreduktion kan komme på tale?
- 5) Hvilke krav bør stilles til den information, som kvinden/parret modtager med henblik på, at kvinden/parret enten kan samtykke til eller afvise en behandling, der med en vis sandsynlighed kan føre til en flerfoldsgraviditet?

2.1 Fosterreduktion i forbindelse med kunstig befrugtning

Som det fremgår af statusredegørelsen, kan det med den i øjeblikket kendte teknologi med sikkerhed forudses, at flerfoldsgraviditet vil opstå i godt 25 procent af de tilfælde, hvor behandlingen *kunstig befrugtning* i øvrigt lykkes. Hvis det på forhånd ligger klart, at en flerfoldsfødsel ikke ønskes gennemført – eller i hvert fald ikke ønskes gennemført med det fulde antal børn, rejser det spørgsmål sig, om det er etisk acceptabelt at bringe fostre til eksistens med samtidig bevidsthed om, at ét eller flere fostre muligvis skal aborteres, hvis der opnås en flerfoldsgraviditet.

Det Etiske Råd anser det for etisk uacceptabelt at anvende kunstig befrugtning på en måde, hvor udsigten til flerfoldsgraviditet er væsentlig øget i forhold til naturlig ustimuleret befrugtning, hvis det på forhånd ligger klart, at svangerskabet - med den ene eller den anden begrundelse – kun ønskes gennemført med et mindre antal fostre end opnået som følge af behandlingen.

At bringe fostre til eksistens med samtidig bevidsthed om, at ét eller flere fostre muligvis skal aborteres, hvis der opnås en flerfoldsgraviditet, er udtryk for en vidtgående tingsliggørelse af menneskeliv som *noget*, der kan vælges fra. Princippet om det lige menneskeværd betyder, at det etisk set er meget problematisk at udvælge et eller flere fostre, som skal reduceres bort. De etiske vurderinger, som ofte fremføres omkring provokeret abort af fostre, der under andre omstændigheder er kommet til eksistens, og som tit sammenfattes i begrebet *nødløsning*, ses ikke at kunne overføres på fosterreduktion efter kunstig befrugtning. Nødløsnings-argumentet knyttes som regel til situationer, hvor kvinden er i en meget vanskelig situation ved overhovedet

at være blevet gravid. Det er ikke situationen ved en graviditet, der er opstået ved kunstig befrugtning. Begrebet nødløsning kan derfor vanskeligt anvendes om fosterreduktion efter kunstig befrugtning, da kvinden/parret på et informeret grundlag på forhånd har ønsket en behandling, der indebærer en høj grad af sandsynlighed for flerfoldsgraviditet.

Der ses altså ikke at være noget, der etisk set kan begrunde en kunstig befrugtning, der på forhånd forudsætter, at der i et eller andet omfang skal foretages fosterreduktioner.

Rådet har derfor i forlængelse heraf drøftet, hvorledes det kan undgås, at uønskede flerfoldsgraviditeter opstår i forbindelse med kunstig befrugtning, og hvordan man bør forholde sig til et ønske om fosterreduktion, hvis situationen alligevel er opstået.

Forebyggelse af uønsket flerfoldsgraviditet

Som det fremgår af statusafsnittet vokser – indtil en vis grænse – såvel succesraten som udsigten til flerfoldsgraviditet blandt andet med antallet af befrugtede æg, der opsættes i livmoderen. Uønsket flerfoldsgraviditet vil derfor vidtgående kunne forebygges ved at begrænse antallet af opsatte befrugtede æg, jvf. tilsvarende overvejelser herom i Sverige (se side 16). En sådan begrænsning vil imidlertid også kunne reducere behandlingens succesrate.

Sundhedsstyrelsen har i sin vejledning om kunstig befrugtning af 30. september 1997 gjort rede for, hvilke særlige forholdsregler en læge skal tage for at minimere risikoen for flerfoldsgraviditet.

Forholdsreglerne er både rettet mod hormonstimulation og/eller det antal æg, der lægges op i kvindens livmoder efter befrugtning i et laboratorieglass.

I Sundhedsstyrelsens vejledning, *Hormonbehandling af kvinder, pkt. 18*, fastslås det overordnet, at hormonbehandling skal tilrettelægges med henblik på i muligt omfang at minimere risiko for overstimulation og/eller flerfold svangerskab. Ligeså er det i Sundhedsstyrelsens vejled-

ning, *Ægoplægning hos en kvinde, pkt. 27*, fastsat, at lægen som hovedregel kun må oplægge "2 friske eller 3 nedfrosne/optøede æg".

Med baggrund i den anførte forudsætning om, at det er etisk uacceptabelt at bringe fostre til eksistens med samtidig bevidsthed om, at ét eller flere fostre muligvis skal aborteres, **anbefaler Det Etiske Råd**, at det som *hovedregel* ikke tillades at overføre mere end ét befrugtet æg til kvindens livmoder som led i en reagensglasbefrugtning, hvor flerfoldsgraviditet på forhånd betragtes som uønsket af kvinden/parret. Og **Det Etiske Råd anbefaler**, at en fravigelse fra denne hovedregel højst må indebære, at der lægges to befrugtede æg op i kvindens livmoder. Ligeledes **anbefaler Det Etiske Råd**, at det, hvor flerfoldsgraviditet på forhånd betragtes som uønsket af kvinden/parret, ikke tillades at foretage insemination, hvis kvinden har udviklet så mange modne follikler, at der er væsentlig udsigt til flerfoldsgraviditet. Det Etiske Råd er opmærksom på, at en realisering af disse hovedregler formentlig vil gøre behandlingen *kunstig befrugtning* mindre effektiv per behandling, og det er **rådets opfattelse**, at man derfor fra samfundets side bør overveje, om kvinden/parret bør tilbydes flere end de tre behandlinger, der er tradition for at tilbyde i offentligt regi. For at undgå misforståelser skal det præciseres, at oplægning af to æg selvsagt ikke bør afvises, hvor kvinden/parret netop ønsker at få tvillinger.

Stillingtagen til, hvor mange befrugtede æg, der skal lægges op i livmoderen, bør efter rådets opfattelse ske i et fællesskab mellem kvinden/parret og den behandlende læge, hvor begge parter - hver på sin måde - tager et ansvar for, at de etiske krav respekteres, og at risikoen for en uønsket flerfoldsgraviditet søges undgået. Det Etiske Råd påpeger, at kvindens/parrets selvbestemmelse i sammenhæng med behandlingen *kunstig befrugtning* følger princippet om det informerede samtykke, men ikke omfatter ret til ene og selvstændigt at bestemme, hvor mange æg der skal søges befrugtet i kvindens livmoder, eller hvor mange befrugtede æg der skal lægges op i livmoderen i forhold til det antal børn, som kvinden/parret ønsker sig som resultat af svangerskabet.

I overensstemmelse med Lov om patienters retsstilling anbefaler Det Etiske Råd, at kvinden/parret forud for behandlingen *kunstig befrugtning* skal informeres om, at den nedre grænse for en fosterreduktion som hovedregel ligger ved en reduktion til to fostre, og hvis kvinden/par-

ret ikke kan acceptere muligheden af eventuelt at gennemføre et tvillingsvangerskab, så bør behandling, hvor risiko for flerfoldsgraviditet må vurderes at være væsentligt øget i forhold til naturlig befrugtning, ikke tilbydes. Denne anbefaling præciserer de krav til information om sandsynlighed for flerfoldsgraviditet, som er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om kunstig befrugtning og anden reproduktionsfremmende behandling af 30. september 1997, jvf. særligt pkt. 15. Rådet lægger i den forbindelse til grund, at en tvillingegraviditet normalt ikke indebærer en sådan risiko for kvinden og fostrene, at den kan udgøre et etisk rationale for en fosterreduktion.

Det Etiske Råd er opmærksom på, at sandsynligheden for en flerfoldsgraviditet ikke alene afhænger af, om der lægges ét, to eller tre æg op i kvindens livmoder, men også afhænger af hvilken kvinde der er tale om, idet både kvindens alder og kvaliteten af kvindens æg for eksempel gør sig gældende. **Det Etiske Råd anbefaler** derfor, at en fravigelse fra hovedreglen om kun at overføre ét befrugtet æg og fra hovedreglen om ikke at foretage befrugtning, hvis kvinden har haft ægløsning for mere end én ægblæres (follikels) vedkommende, bør begrundes med særlige hensyn til den enkelte kvindes eller det konkrete pars forhold. Det skal dog understreges, at der ikke derved må ske en tilsidesættelse af det overordnede hensyn til, at der ikke bør søges skabt et svangerskab, som kvinden/parret på forhånd kun ønsker gennemført med et mindre antal børn som resultat end opnået som følge af behandlingen med kunstig befrugtning.

Det Etiske Råd er opmærksom på, at en konsekvens af kun at opsætte ét befrugtet æg kan være flere behandlinger med kunstig befrugtning eller længere behandlingstid, hvilket kan blive medicinsk, økonomisk og psykologisk belastende for kvinden/parret, som dog på den anden side derved kan opnå at undgå den belastning og den risiko for at miste alle fostre, der er knyttet til en fosterreduktion.

Fosterreduktion, hvor uønsket flerfoldsgraviditet trods forebyggelse er opstået

Den gravide kvinde og fosteret eller fostrene bør betragtes som værdige til samfundets beskyttelse. Selv om dette synspunkt er udgangspunktet,

kan kvinden/parret mene, at der er forhold, som kan begrunde en fosterreduktion eller en selektiv abort. Disse forhold kan være:

- 1) at kvindens helbred bringes i fare ved den pågældende flerfoldsgraviditet,
- 2) at graviditeten som sådan er i fare, og at reduktionens hovedformål er, at graviditeten opretholdes med et mindre antal fostre,
- 3) at kvinden/parret ønsker at skåne det kommende barn eller flere kommende børn for fremtidige lidelser,
- 4) at kvinden/parret vurderer, at deres sociale og familiemæssige situation ikke vil kunne bære det antal kommende børn – herunder måske et eller flere handicappede - som graviditeten kan resultere i.

Man kan imidlertid mene, at kvindens/parrets selvbestemmelse ved en eventuel fosterreduktion bør være stramt defineret og afgrænset, og at det bedst sker ved at opstille en række præcise betingelser, der skal være opfyldt for, at kvinden/parret kan modtage tilbudet om en fosterreduktion ved en flerfoldsgraviditet i forbindelse med kunstig befrugtning.

Baggrunden for denne holdning er den opfattelse, at individets selvbestemmelsesret på den ene side bør defineres ved, at det offentlige ikke uden videre blander sig i individets privatliv, men at individets selvbestemmelsesret på den anden side *ikke* indebærer, at vedkommende har krav på selv at afgøre, hvilke behandlingsmuligheder det offentlige skal tilbyde, eller en læge skal udføre.

I forhold til spørgsmålet om flerfoldsgraviditeter og fosterreduktioner er det, ud fra denne opfattelse af individets selvbestemmelsesret, ikke en krænkelse af kvindens/parrets selvbestemmelsesret, hvis de før behandlingen for eksempel bliver informeret om en øvre grænse for, hvor mange befrugtede æg, der maksimalt må lægges op i kvindens livmoder, og under hvilke betingelser en fosterreduktion er tilladt, - herunder, at en fosterreduktion ikke er tilladt ved en tvillingegraviditet opnået efter kunstig befrugtning. Kvinden/parret ville på forhånd kunne blive fyldestgørende informeret om disse betingelser, og på dette grundlag kunne kvinden/parret vælge behandlingsmuligheden fra eller give samtykke

hertil. En sådan procedure ville være på linie med princippet om det informerede samtykke til behandling, som det er beskrevet i lov om patienters retsstilling.

Gennemførelse af fosterreduktion ved uønsket flerfoldsgraviditet

I praksis er det klart, at der ville kunne opstå situationer, hvor der – trods tiltag til forebyggelse heraf – opstår en uønsket flerfoldsgraviditet. Over for en sådan situation **anbefaler Det Etiske Råd**, at fosterreduktion ved *tvillingegraviditet* kun bør kunne tillades, hvis der er særlige medicinske indikationer. Det vil sige, at en tvillingegraviditet ikke i sig selv er en begrundelse for en fosterreduktion. Efter hvad de sagkyndige har oplyst, er denne anbefaling i overensstemmelse med gældende praksis, som bør fastholdes. En formel fastlæggelse af en sådan grænse for fosterreduktion i loven vil imidlertid forhindre en uønsket udvikling af den nuværende praksis og anbefales derfor.

Det Etiske Råd er opmærksom på, at der kan opstå tilfælde, hvor kvinden/parret efter opnået *tvillingesvangerskab* ændrer standpunkt og ønsker en fosterreduktion, det vil sige, at kvinden/parret ønsker svangerskabet gennemført med et mindre antal børn end kvinden/parret ønskede før behandlingen blev sat i gang. **Det Etiske Råds opfattelse** er, at kvindens/parrets ønske ikke bør imødekommes, medmindre der i situationen er konkrete hensyn til kvindens eller fostrenes helbredstilstand, der kan begrunde en fosterreduktion. Et medlem af rådet (Sv. Asger Sørensen) er dog af den opfattelse, at såfremt ønske om fosterreduktion fremsættes inden udløbet af 12. svangerskabsuge, bør dette imødekommes, idet en fosterreduktion i sådanne tilfælde er at sammenligne med en abort. Hermed vises efter det pågældende medlems opfattelse respekt for kvindens selvbestemmelsesret.

Information

Det Etiske Råd anbefaler, at Sundhedsstyrelsen under alle omstændigheder forbedrer det vidensgrundlag, der ligger til grund for de lægelige beslutninger og for informationen af det kommende forældrepar. En mere præcis information om de mulige risici ved en flerfoldsgraviditet og en fosterreduktion vil være til gavn for læger såvel som de kommende

forældre. En forbedret information kunne for eksempel give de kommende forældre mulighed for at sammenligne risici ved flerfoldsgraviditeten med risici ved fosterreduktionen. Et forbedret vidensgrundlag kunne for eksempel betrygge lægerne i, at deres information kom til at hvile mindre på egne holdninger og mere på faktisk viden. **Det Etske Råds opfattelse** er, at Sundhedsstyrelsen bør være garant for, at en ekstraordinær indsats gøres for at tilvejebringe et bedre informationsgrundlag om flerfoldsgraviditeter og fosterreduktioner, og en garant for, at det bliver benyttet til gavn for både læger, kommende forældre og børn.

Information om mulige risici ved gennemførelse af en flerfoldsgraviditet bør indeholde oplysninger om størrelsesordenen af de øgede risici, det vil sige oplysninger om; 1) den øgede risiko for en for tidlig fødsel; 2) den øgede risiko for misdannelser af ét eller flere af de kommende børn; 3) den øgede risiko for at ét eller flere børn vil være dødfødt eller dø inden for det første leveår samt 4) oplysninger om den øgede risiko for moderens helbred. Men lige så vigtigt er det, at kvinden/parret bliver informeret om de risici, der knytter sig til en eventuel fosterreduktion; det vil for eksempel sige, at det kommende forældrepar bør informeres om risikoen for tab af hele graviditeten som konsekvens af fosterreduktionen. Kvinden/parret vil dermed få et grundlag for at sammenligne risici ved at gennemføre flerfoldsgraviditeten med risici ved at få foretaget en fosterreduktion.

Retsgrundlag

Uanset, at Det Etske Råd rent praktisk har lagt den forudsætning til grund, at fosterreduktioner ikke er omfattet af abortlovgivningens ordlyd, men anses for at være dækket af lægelovens § 6, er det **Det Etske Råds opfattelse**, at der kan være behov for en afklaring af de retlige forhold vedrørende fosterreduktion (jvf. bilag 1), men rådet har – bortset fra anbefalingen vedrørende reduktion af tvillingegraviditeter – ikke taget stilling til, om dette skal ske ved ændret lovgivning eller gennem uddybende regler i den nuværende lovgivning.

Det Etske Råd anbefaler, at det sundhedsfaglige personale bør have mulighed for at blive fritaget for at foretage eller medvirke ved fosterre-

duktioner efter samme regler, som gælder i forbindelse med udførelse af provokeret abort.

2.2 Fosterreduktion i forbindelse med naturligt opstået flerfoldsgraviditet

Mens den grundtanke, at det er etisk uacceptabelt at anvende kunstig befrugtning på en måde, hvor udsigten til flerfoldsgraviditet er væsentlig øget i forhold til naturlig ustimuleret befrugtning, hvis det på forhånd ligger klart, at svangerskabet kun ønskes gennemført med et mindre antal fostre end opnået som følge af behandlingen, har umiddelbar relevans i forbindelse med kunstig befrugtning, hvor en andel af flerfoldsgraviditeter på omkring 25 procent er forudselig, kan det samme ikke nødvendigvis hævdes omkring naturligt opstået flerfoldsgraviditet.

Det Etiske Råds medlemmer er enige om, at en tvillingegraviditet i sig selv ikke indebærer en sådan helbredsrisiko for kvinden og fostrene, at den kan udgøre et etisk rationale for en fosterreduktion, medmindre der foreligger særlig medicinsk indikation. For så vidt angår graviditeter med tre eller flere fostre, finder rådet, at fosterreduktion kan være etisk acceptabel under hensyn til en generelt øget og/eller individuelt og konkret vurderet risiko for moderen og for fostrene.

2.3 Rådgivning og støtte

Det Etiske Råds opfattelse er, at der i tilknytning til en flerfoldsgraviditet, som er opstået enten naturligt eller i forbindelse med IVF-behandling, foreligger en forpligtelse for det offentlige til at yde rådgivning og støtte – herunder eventuelt økonomisk støtte - der betyder, at kvindens/parrets livssituation som konsekvens af flerfoldsfødslen nok bliver anderledes, men ikke nødvendigvis vanskeligere, end hvis kvinden/parret for eksempel havde fået ét barn i stedet for to børn. Det offentlige bør altså sørge for, at kvinder/par, der står over for en flerfoldsfødsel, har udsigt til, at deres sociale vilkår vil være så gode, at disse vilkår ikke i sig selv udøver et pres i retning af at benytte sig af abortlovgivningens mulighed for at abortere alle fostrene.

BILAGSMATERIALE

Bilag 1: Det retlige grundlag for udførelse af fosterreduktion

Spørgsmålet om det retlige grundlag for fosterreduktion har været drøftet i Sundhedsministeriet og Justitsministeriet inden for de senere år.

1. Sundhedsministeriets Rapport 1992

En arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsministeren drøftede i 1992 spørgsmålet om det retlige grundlag for udførelse af fosterreduktion^[2]. Man havde på daværende tidspunkt kendskab til 4 tilfælde i Danmark, hvor man ved fir-foldigt svangerskab havde foretaget fosterreduktion på medicinsk indikation^[3]. Kvinderne fremsatte ønske om svangerskabsafbrydelse i henhold til lov om svangerskabsafbrydelse mv., men efter konkret samtykke således, at der udførtes det mindre omfattende indgreb i form af reduktion af antallet af fostre^[4]. Det fremgår af rapporten, at der ikke i noget tilfælde er oplysninger om, at man har accepteret at foretage fosterreduktion alene fordi kvinden ikke ville have alle børnene.

Sundhedsministeriets arbejdsgruppe konkluderer uden nærmere begrundelse, at det vil være ønskeligt, at der ved en tilføjelse til lov om svangerskabsafbrydelse skabes klar lovhjemmel til på medicinsk indikation at foretage fosterreduktion efter flerfoldgraviditet ved in-vitro-befrugtning^[5].

2. Justitsministeriets udtalelse 1993

I september 1993 udarbejder Justitsministeriets lovfdeling efter anmodning fra Sundhedsministeriet i notatsform en udtalelse om

[2] "Behandling af ufrivillig barnløshed. En rapport afgivet af en arbejdsgruppe nedsat af sundhedsministeren", Sundhedsministeriet december 1992 (Rapport 1992). Arbejdsgruppens opgave var at undersøge behovet for regulering af behandling af ufrivillig barnløshed med inddragelse af såvel sundhedsfaglige, juridiske og etiske aspekter.

[3] Efter det oplyste er fosterreduktion foretaget af hensyn til muligheden for at gennemføre svangerskabet med et eller flere fostre og af hensyn til moderens helbred, idet fir-foldigt svangerskab indebærer en meget kraftig belastning af moderens kredsløb og hjertekraft.

[4] Rapport 1992, s. 48.

[5] Rapport 1992, s. 62.

fosterreduktion^[6]. Udførelse af fosterreduktion antages for ikke at være omfattet af reglerne i lov om svangerskabsafbrydelse, fordi udførelse af fosterreduktion ikke er omfattet af lovens ordlyd og fordi udførelse af fosterreduktion formentlig generelt ikke er omfattet af en analogi af lov om svangerskabsafbrydelse. Justitsministeriet peger dog på, at det næppe kan udelukkes, at en domstol i en given konkret sag efter omstændighederne vil lægge til grund, at en læges udførelse af fosterreduktion skal bedømmes efter reglerne i lov om svangerskabsafbrydelse.

Med hensyn til om en læge kan pålægges straf for at udføre fosterreduktion på medicinsk indikation er det Justitsministeriets opfattelse, at en læge ikke kan straffes efter straffebestemmelserne i lov om svangerskabsafbrydelse, lægeloven og straffeloven.

Justitsministeriet udtaler på den baggrund afslutningsvist, at hvis man ønsker at forbyde fosterreduktion, så kræver dette lovgivning. Ønsker man at fastsætte ændrede betingelser for at foretage fosterreduktion, kræver dette ligeledes lovgivning. Det vil ifølge Justitsministeriet være nærliggende at indsætte sådanne regler i lov om svangerskabsafbrydelse.

Justitsministeriet udtaler afslutningsvist, at fosterreduktion under alle omstændigheder er et indgreb af en sådan karakter og med en sådan lighed med svangerskabsafbrydelse, at det vil være rigtigst at lovregulere området. Den uklarhed om indgrebets forhold til gældende lovgivning, som fremgår af ovenstående, taler, ifølge Justitsministeriet, for lovregulering af området.

3. Sundhedsstyrelsens vejledning 1997

Sundhedsstyrelsen udtaler sig i 1997 om det retlige grundlag for udførelse af fosterreduktion i de vejledende retningslinier om kunstig befrugtning til lægerne^[7]. Sundhedsstyrelsen forholder sig ikke nærmere til Justitsministeriets udtalelser om retsstillingen ved udførelse af foster-

[6] "Notat om fosterreduktion", Justitsministeriet Lovafdelingen, september 1993 (Udtalelse 1993).

[7] Jfr. Sundhedsstyrelsens vejledning af 30. september 1997 om kunstig befrugtning og anden reproduktionsfremmende behandling pkt. 24 (Vejledning 1997).

reduktion, men udtaler blot, at fosterreduktion^[8] ikke kan anses for omfattet af ordlyden i lov om svangerskabsafbrydelse og at udførelse af fosterreduktion følgelig må vurderes efter lægelovens ansvarsbestemmelser særligt § 6 om lægens omhu og samvittighedsfuldhed, information og samtykke mv.

Formålet med Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier er at give læger en rettesnor for, hvordan de kan opfylde kravet i lægelovens § 6 om omhu og samvittighedsfuldhed, når de står i en situation, hvor udførelse af fosterreduktion er på tale.

Hovedbetingelsen for at en læge udfører fosterreduktion med omhu og samvittighedsfuldhed er, ifølge Sundhedsstyrelsen, at fosterreduktion udføres på en sygehusafdeling^[9].

Sundhedsstyrelsen udtaler endvidere^[10], at i de tilfælde, hvor der er etableret flerfoldsvangerskab, og hvor der består en nærliggende risiko for kvindens gennemførelse af det samlede svangerskab – og dermed alle fostrenes liv – eller efter omstændighederne risiko for kvindens helbred ved gennemførelse af flerfoldsvangerskab, må lægen efter indgående drøftelse med parret søge denne risiko afværget i det omfang, dette er muligt. Det grundlæggende er her, at det foretagne indgreb skal afværge (mindske) en risiko for alle fostrene, eller for kvinden.

Bestemmelsen må formentlig læses således, at sundhedsmyndighederne udtaler sig om den situation, hvor fosterreduktion udføres, fordi der er risiko for alle fostres liv, samt om den situation, hvor fosterreduktion udføres, fordi der er risiko for moderens helbred.

Derimod udtaler sundhedsmyndighederne sig ikke om den situation, hvor fosterreduktion udføres, fordi der er risiko for, at der vil blive født et barn med en alvorlig sygdom (selektiv abort).

[8] Sundhedsstyrelsen anvender betegnelsen "svangerskabsreduktion" og ikke "fosterreduktion".

[9] Vejledning 1997 pkt. 24.

[10] Jfr. Sundhedsstyrelsens vejledning af 30. september 1997 om kunstig befrugtning og anden reproduktionsfremmende behandling pkt. 23.

Det skal i øvrigt bemærkes, at Sundhedsministeren i 1999 har haft lejlighed til at udtale sig om sin opfattelse af retsgrundlaget for udførelse af fosterreduktion. På spørgsmålet om Sundhedsministeren finder det hensigtsmæssigt, at retningslinierne for fosterreduktion fremgår af en vejledning fra Sundhedsstyrelsen^[11], udtaler Sundhedsministeren, at det er hensigtsmæssigt, at de eventuelle retningslinier, der kan gives generelt om fosterreduktion findes i en vejledning, idet det er en form, hvor man i højere grad end i anden regelfastsættelse, har mulighed for at komme med detaljerede faglige udmeldinger. Det er Sundhedsministerens opfattelse, at Vejledning 1997 medvirker til, at lægerne har en beskrivelse af en sundhedsfaglig forsvarlig praksis på et område, hvor der er tale om komplicerede og modstridende hensyn^[12].

Sundhedsministeren finder altså i modsætning til Justitsministeren ud fra det for Det Ethiske Råd oplyste grundlag, at udførelse af fosterreduktion fortsat kan foretages med hjemmel i lægelovens § 6 suppleret med uddybende regler i vejledningsform, og at der ikke er behov for lovregulering på området. Justitsministeriet udtaler sig formentlig alene om udførelse af fosterreduktion på medicinsk indikation og finder, at der er behov for lovregulering på området, f.eks. ved at der indsættes regler herom i lov om svangerskabsafbrydelse.

4. Information og samtykke

Af Lov om patienters retsstilling fremgår det overordnede princip for information og samtykke i forbindelse med lægelig behandling, nemlig at en behandling ikke må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke^[13]. Det er den enkelte kvinde eller det enkelte par, der på et informeret grundlag skal træffe afgørelse om udførelse af fosterreduktion.

I forbindelse med de vejledende retningslinier til læger om kunstig befrugtning har sundhedsmyndighederne udtalt sig nærmere om ind-

[11] Spørgsmål nr. S 2935 fra Jann Sjørnsen (KrF) stillet den 23. august 1999.

[12] I besvarelse af Spm. nr. S 3029 stillet af Henriette Kjær (KF) den 31. august 1999 om Sundhedsministeren påtænker at regulere området ved fosterreduktioner, således at der indføres regler for praksis i forbindelse med fosterreduktion henviser Sundhedsministeren til sin besvarelse af Spm. S 2935.

[13] Lov nr. 482 af 1. juli 1998 om patienters retsstilling.

holdet i den information, en læge bør give i forbindelse med fosterreduktion^[14].

Af vejledningen fremgår, at information i forbindelse med behandling med kunstig befrugtning skal omfatte mulige komplikationer og risici ved behandlingen, herunder bl.a. risiko for flerfoldgraviditet^[15]. Information om risiko for flerfoldgraviditet og mulige komplikationer forbundet hermed skal altid gives, hvor denne risiko er øget som følge af behandlingen. Såfremt en kvinde på forhånd tilkendegiver, at hun ikke kan acceptere muligheden af eventuelt at gennemføre tvillingsvangerskab, bør behandling, hvor risiko herfor må vurderes at være væsentligt øget i forhold til naturlig ustimuleret konception, ikke tilbydes^[16].

I forbindelse med foretagelse af ægoplægning hos en kvinde skal lægen informere kvinden om sammenhængen mellem antal oplagte æg og sandsynlighed for flerfoldsgraviditet og eventuelle komplikationer forbundet hermed, inden antallet af æg, der skal lægges op, aftales af lægen og den behandlede kvinde^[17].

I det tilfælde, hvor flerfoldgraviditet er etableret, kan en læge foretage fosterreduktion efter indgående drøftelse med parret og på baggrund af informeret samtykke fra kvinden eller parret, når der består en nærliggende risiko for kvindens gennemførelse af det samlede svangerskab – og dermed alle fostrenes liv – eller efter omstændighederne risiko for kvindens helbred ved gennemførelse af flerfoldsvangerskab.

5. Opsamling

Gennemgangen ovenfor viser, at det retlige grundlag for at udføre fosterreduktion er uklart. Udførelse af fosterreduktion er ikke omfattet af lov om svangerskabsafbrydelse, og fosterreduktion sker således på grundlag af et informeret samtykke og under iagttagelse af lægelovens krav om, at

[14] Vejledning 1997.

[15] Vejledning 1997 pkt. 13.

[16] Vejledning 1997 pkt. 15.

[17] Vejledning 1997 pkt. 29.

læger skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres gerning. Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinier uddyber nærmere, hvordan læger kan opfylde kravet om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, når de udfører fosterreduktion, men vejledningen ses ikke at indeholde retningslinier for udførelse af selektiv abort. I praksis anvendes grænserne for foretagelse af provokeret abort. Justitsministeriet finder, at der er behov for at få lovreguleret dette felt, hvorimod Sundhedsministeriet giver udtryk for, at en vejledning er mest hensigtsmæssig.

LITTERATUR

Am J Obstet Gynecol April 1996

Am J Obstet Gynecol vol 181, number 4, 1999

Barn födda efter konstgjord befruktning (IVF), SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, februar 2000.

Bioetik, redaktion Karsten Klint Jensen og Svend Andersen, Rosinante 1999.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 75 (1997)

European Society for Human Reproduction and Embryology data, 2000 European IVF Monitoring, EIM program.

Fetal Diagn Ther 1998;13

Förlossningar og barn födda efter provrörsbefruktningar 1982-1995, SoS-rapport 1998:7, Socialstyrelsen 1998.

Glahn, Abelone (2000): "Fosterreduktion", Sygeplejersken 29/2000

Ingerslev m.fl. (2000a): "Medicinsk teknologivurdering af lavstimulations IVF sammenlignet med standard IVF, Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus.

Ingerslev m.fl. (2000b), "Friendly IVF? A randomised study comparing IVF in the unstimulated cycle and following clomiphene cictrate", Fertility Clinic, Skejby Sygehus, 2000.

In vitro befrugtning. Behandlinger og resultatet heraf for private og offentlige fertilitetsklinikker i Danmark i 1994 og 1995, Sundhedsstatistikken 1998:3, Sundhedsstyrelsen 1998.

Lov om kunstig befrugtning i forbindelse med lægelig behandling, diagnostik og forskning m.v., Lov nr. 460 af 10. juni 1997.

Neurologiska funktionshinder hos barn födda efter provrörsbefrugtning 1982-1995, SoS-rapport 2000:4, Socialstyrelsen 2000.

Ormont, M.A. & Shapiro, P.A. (1995): "Multifetal Pregnancy Reduction. A Review of an Evolving Technology and Its Psychosocial Implications", i Psychosomatics, Volume 36, Number 6, November-December 1995.

Vejledning om kunstig befrugtning og anden reproduktionsfremmende behandling, Sundhedsstyrelsens vejledning af 30. september 1997.

Det Etske Råd er et uafhængigt råd, der blev nedsat i 1987 for at rådgive sundhedsministeren og Folketinget om de etiske forhold blandt andet i forbindelse med ny biomedicinsk forskning.

Ligeledes skal Det Etske Råd støtte og fremme den folkelige debat om disse forhold.

Rådet består af 17 medlemmer, som er udpeget af sundhedsministeren og Folketingets udvalg vedrørende Det Etske Råd.

Blandt de emner, som Det Etske Råd for tiden behandler, kan nævnes etiske spørgsmål i forbindelse med kunstig befrugtning og kloning.

Det Etske Råd giver støtte til afholdelse af debatskabende arrangementer om etik.

DET ETISKE RÅD

Ravnsborggade 2-4

2200 København N

Telefon: 35 37 58 33

Telefax: 35 37 57 55

E-mail: etiskraad@etiskraad.dk

Hjemmeside: www.etiskraad.dk