Livstecken efter sen abort

Statens medicinsk-etiska råd

Stockholm 2019

Smer rapport 2019:1

Smer rapport 2019:1. Livstecken efter sen abort

Rapporten finns att ladda ned gratis på www.smer.se eller kan köpas
från Norstedts Juridiks kundservice.

Norstedts Juridiks kundservice
106 47 Stockholm
Ordertel: 08-598 191 90

E-post: kundservice@nj.se
Webbplats: www.nj.se/offentligapublikationer

Statens medicinsk-etiska råd (S 1985:A)
103 33 Stockholm
Tel: 08-405 10 00

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2019

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB

ISBN 978-91-38-24910-9
ISSN 1101-0398

Förord

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har beslutat att ta fram denna rapport efter att det i dialog med Socialstyrelsen och berörda professionsföreningar framkommit ett behov av en fördjupad etisk analys kring frågan om foster som visar livstecken efter sen abort. Syftet med rapporten är att analysera de etiska problem som aktualiseras vid abort nära gränsen för livsduglighet där fostret visar livstecken efter framfödandet, samt att utifrån denna analys ge förslag till professioner och beslutsfattare.

En arbetsgrupp bestående av rådsmedlemmarna Ingemar Engström (ordförande), Sven-Olov Edvinsson, Åsa Gyberg-Karlsson, Ann Johansson, Anna Singer och Barbro Westerholm har arbetat med rapporten. Sekreterare har varit Michael Lövtrup.

Inom ramen för projektet har Smer träffat företrädare för Socialstyrelsen, Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor, Svenska barnmorskeförbundet (SBF), Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Svenska neonatalföreningen (SNF). SBF, SFOG och SNF har också bistått med faktaunderlag till projektet.

Inom ramen för projektet har rådet även anordnat ett seminarium under Almedalsveckan 2018.

Beslut om denna rapport har fattats av rådsledamöterna Kjell Asplund (ordförande), Finn Bengtsson, Sven-Olov Edvinsson, Magnus Harjapää, Åsa Gyberg-Karlsson, Anna-Lena Sörensson, Chatrine Pålsson Ahlgren och Barbro Westerholm. Ledamoten Åsa Gyberg-Karlsson har bifogat en röstförklaring i ett särskilt yttrande. I beredningen av rapporten har även Ingemar Engström, Ann Johansson, Göran Hermerén, Bengt Rönngren, Nils-Eric Sahlin, Mikael Sandlund, Anna Singer, Marie Steen och Elisabet Wennlund medverkat, samt-liga sakkunniga i Smer. Den sakkunnige Mikael Sandlund har bifogat ett särskilt yttrande.

Stockholm i februari 2019

Kjell Asplund

Innehåll

Skrivsätt och definitioner **9**

Sammanfattning **11**

1 Inledning **23**

1.1 Bakgrund 23

1.2 Rapportens disposition 24

2 Problembeskrivning och etiska utgångspunkter **25**

2.1 Målkonflikt i abortlagen har skärpts av den medicinsk-tekniska utvecklingen 25

2.2 En ovanlig men etiskt komplicerad situation 26

2.3 Etiska utgångspunkter 26

2.3.1 Aborter nära gränsen för sen abort kan vara etiskt motiverade 26

2.3.2 Alla födda har människovärde 27

2.3.3 Att rädda ett foster till liv efter sen en abort är inte etiskt okomplicerat 28

3 Faktabakgrund **29**

3.1 Abortlagen och dess tillämpning 29

3.1.1 Abortlagen (1974:595) 29

3.1.2 Tidsgränser 30

3.1.3 Rättsliga rådet 30

3.1.4 Synnerliga skäl 31

3.2 Sena aborter ... 33
3.2.1 Omfattning ... 33
3.2.2 Fördelning mellan typ av skäl ... 34
3.2.3 Abortmetoder ... 35
3.2.4 Feticid ... 36
3.2.5 Foster som visar livstecken efter sen abort ... 37
3.2.6 Oklarheter kring när en abort anses utförd ... 39

3.3 Fosterdiagnostik och upptäckt av fosterskador ... 40
3.3.1 Fosterdiagnostiska metoder ... 40
3.3.2 Upptäckt av fosterskador med ultraljud ... 41
3.3.3 Datering av graviditeten ... 42
3.3.4 Tidpunkten för ultraljudet i andra trimestern har senarelagts ... 43

3.4 Extremt för tidigt födda barn ... 44
3.4.1 Fler extremt för tidigt födda överlever ... 44
3.4.2 Den medicinska livsduglighetsgränsen ... 45
3.4.3 Livsduglighet på individnivå ... 46
3.4.4 Föräldrars inflytande på beslutet om att avstå behandling ... 47
3.4.5 Sjuklighet och funktionsnedsättning ... 48
3.4.6 Sämre prognos efter sen abort ... 49

4 Abortlagens livsduglighetsbegrepp ... 51

4.1 Två betydelser av livsduglighet ... 51

4.2 Livsduglighetsbegreppet i förarbetena ... 52
4.2.1 Livsduglighet är beroende av vårdens möjligheter ... 52
4.2.2 Vid livsduglighet går fostrets skyddsvärde före kvinnans självbestämmande ... 53

4.3 Rättsliga rådets praxis ... 54

4.4 Oklarheter kring tolkningen ... 55

5 Åtgärder som skulle kunna reducera antalet aborter nära Rättsliga rådets gräns ... 57

5.1 Ändrad praxis kring ultraljud ... 57
5.1.1 Tidigare ultraljud i andra trimestern ... 57
5.1.2 Allmänt ultraljud i första trimestern ... 58
5.1.3 Vaginalt ultraljud ... 59

5.2 Minskad tid mellan ultraljud och ansökan om abort ... 59

5.3 Snabbare hantering hos Rättsliga rådet ... 60

5.4 Minskad tid mellan beslut och verkställande av aborten ... 61

5.5 Förbättrad information om möjligheterna att behandla fosterskador ... 61

5.6 Sena aborter av sociala skäl ... 62

6 Ställningstaganden och förslag ... 63

6.1 Ett principiellt ställningstagande behövs ... 63

6.2 Värden och mål ... 64
6.2.1 Människovärdet ... 64
6.2.2 Självbestämmandet ... 66
6.2.3 Omsorgen om välbefinnandet ... 67
6.2.4 Samhällets skyldigheter ... 68

6.3 Rådets ställningstaganden ... 69
6.3.1 Alla levande födda har människovärde och rätt till liv ... 69
6.3.2 Åtgärder behöver vidtas för att undvika att livsdugliga foster föds fram efter sen abort ... 70
6.3.3 Sänkt abortgräns bör undvikas ... 71

6.4 Rådets förslag ... 72
6.4.1 Vidta åtgärder för att minska antalet aborter nära gränsen för sen abort ... 72
6.4.2 Se över livsduglighetsbegreppet i abortlagen ... 75
6.4.3 Utred förutsättningarna för att erbjuda feticid i samband med sen abort ... 77

6.5 Sammanfattning av rådets ställningstaganden och förslag 78

Särskilda yttranden 81

Referenser 83

Bilaga

Regelverk 89

Skrivsätt och definitioner

Graviditetslängd och ålder på foster/barn

I olika dokument som rör abort och neonatalvård (lagstiftning, riktlinjer, vetenskapliga artiklar m.m.) förekommer olika sätt att ange graviditetslängd och ålder på foster/barn. I abortlagen (1974:595) talas om att fri abort är tillåten före ”utgången av den artonde havandeskapsveckan”. Socialstyrelsens rättliga råd betecknar i sin statistik den första veckan efter gränsen för fri abort som ”v 19”. Obstetriker, barnmorskor och neonatologer anger däremot graviditetslängd och ålder på foster/barn i formen X+Y, där X anger antal fullbordade veckor och Y antal fullbordade dagar utöver det.[1] Den första graviditetsveckan utgör med detta skrivsätt dagarna 0+0 – 0+6. Den artonde graviditetsveckan motsvarar 17+0 – 17+6.

Dessa olika skrivsätt kan medföra missförstånd när man talar om exempelvis ”vecka 18”. Detta skulle kunna syfta på såväl den artonde veckan i abortlagens mening (17+0 – 17+6) som veckan mellan 18+0 och 18+6.

För att undvika denna oklarhet används i följande rapport skrivsättet *vecka X+* för att ange graviditetsvecka, vilket avser den vecka som löper mellan dagarna X+0 och X+6.

För tidigt födda barn

WHO definierar *för tidigt födda barn* som barn som föds levande före 37 veckors graviditetslängd, det vill säga senast dag 36+6. Barn som föds mellan 28+0 och 31+6 kallas *mycket för tidigt födda barn* och barn som föds före 28+0 kallas *extremt för tidigt födda barn*.[2]

---

[1] Se även 5 kap. 1 § 1 st. SOSFS 2009:15.
[2] WHO 2018.

Sen abort

Med *sen abort* menas i det följande en abort som utförs efter abortlagens gräns för fri abort, det vill säga dag 18+1 eller senare.

Trimester

De cirka 40 veckor som en normal graviditet varar brukar delas upp i tre *trimestrar* (av lat. *tri*-,”tre”, och *mensis*, ”månad”). Med *första trimestern* avses tiden från den första graviditetsveckan (0+) till och med vecka 12+ eller 13+. Den *andra trimestern* innefattar tiden till och med vecka 27+. Den *tredje trimestern* börjar med vecka 28+ och sträcker sig fram till barnets födelse.

Sammanfattning

I augusti 2017 rapporterade Sveriges Television om en barnläkare vid ett svenskt sjukhus som hade försökt rädda ett foster till liv som fötts efter en sen abort. Fostret hade visat tydliga livstecken efter aborten och barnmorskan hade kallat på läkaren. I en intervju förklarade läkaren att eftersom den tjugoandra graviditetsveckan hade passerats var det enligt henne juridiskt sett fråga om ett barn och när hon träffar ett akut sjukt barn vill hon hjälpa det.

Händelsen fick mycket uppmärksamhet i media och ledde till en debatt där läkarens agerande fick både kritik och stöd. Det ledde också till att Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Svenska barnmorskeförbundet (SBF) bad Socialstyrelsen om ett möte för att diskutera hur abortvården i Sverige kan utformas för kvinnans bästa inom ramen för gällande lagar. Vid detta möte, som ägde rum i september 2017, deltog även företrädare för Svensk neonatalförening (SNF), Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor samt Statens medicinsk-etiska råd (Smer). Vid mötet fanns en enighet om att de etiska aspekterna behövde lyftas och att det vore önskvärt om Smer kunde bidra till det. Vid sitt sammanträde den 27 oktober 2017 beslutade Smer att inleda ett projekt med syfte att ta fram en etisk analys av frågan om foster som visar livstecken efter sen abort.

Etiska utgångspunkter för Smers analys

Aborter nära gränsen för sen abort kan vara etiskt motiverade

Denna rapport handlar inte om aborträtten. Smer har och har länge haft uppfattningen att ett foster har rätt till skydd under sin utveckling, men att fostrets skyddsvärde måste vägas mot kvinnans självbestämmande. I början av graviditeten överväger kvinnans rätt till

självbestämmande varför fri abort ska vara tillåten. I takt med att fostret utvecklas ökar dess skyddsvärde och intressekonflikten med kvinnans självbestämmande blir mer uttalad. Att abortlagen sätter en gräns för den fria aborträtten vid utgången av den artonde graviditetsveckan (dag 18+0) är ett uttryck för detta synsätt. Smer delar dock lagstiftarens uppfattning att även efter den artonde graviditetsveckan kan det föreligga omständigheter som gör att en abort bör kunna beviljas. Exempel på sådana omständigheter kan vara att fostret sent diagnostiserats med en allvarlig fosterskada, att kvinnan har en allvarlig sjukdom eller att hon befinner sig i en mycket utsatt social situation. Att det kan finna etiska skäl som talar för att kunna få en abort beviljad nära den nuvarande gränsen för sen abort är en utgångspunkt i denna rapport.

Alla födda har människovärde

Enligt den så kallade människovärdesprincipen har varje människa ett antal inneboende och oförytterliga rättigheter som härrör ur hennes egenvärde som människa – hennes människovärde – och som ska respekteras oberoende av hennes egenskaper eller ställning samhället. Den mest fundamentala av dessa rättigheter är rätten till liv. Inom hälso- och sjukvården betyder rätten till liv att livsuppehållande behandling ska ges om det ligger i individens intresse.

Det är enligt Smer svårt att ur ett etiskt perspektiv se att den tidpunkt när man omfattas av människovärdet kan vara någon senare tidpunkt än födelsen. Detta medför att det ur människovärdessynpunkt inte finns någon skillnad mellan ett foster som visar livstecken efter en sen abort och ett extremt för tidigt fött barn; båda är barn och har människovärde och omfattas därmed av grundläggande rättigheter som rätten till liv.

Att rädda ett foster till liv efter sen en abort är inte etiskt okomplicerat

Att rädda ett foster till liv som föds fram efter en sen abort och bedöms vara livsdugligt är etiskt mer komplicerat än att rädda ett extremt för tidigt fött barn. Om Socialstyrelsens rättsliga råd, som lämnar tillstånd för sena aborter, har bedömt att det finns synnerliga

skäl för en sen abort och beviljat den har kvinnan ett berättigat intresse att få åtgärden utförd på det sätt hon avsett. Oavsett bakgrund innebär extremt för tidig födsel hög risk för sjuklighet och funktionsnedsättningar. Beroende på de särskilda omständigheter som råder vid en sen abort skulle risken för funktionsnedsättningar troligtvis vara ännu högre för ett foster som räddas till liv efter en sen abort. Ett foster som räddas till liv efter en sen abort skulle vidare kunna sakna förälder/föräldrar som önskar och har förmåga att ta hand om det. Det skulle kunna bli svårt att ge barnet en trygg familjesituation.

Faktabakgrund

Sen abort får beviljas fram till livsduglighet

Enligt abortlagen (1974:595) får abort utföras efter önskemål från kvinnan fram till utgången av den artonde havandeskapsveckan (fri abort). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort är den senaste dagen för fri abort dag 18+0.

Abort efter utgången av artonde havandeskapsveckan (sen abort) får endast utföras om Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet) lämnar tillstånd för åtgärden. Tillstånd för sen abort får enligt abortlagen endast lämnas om det finns synnerliga skäl. Tillstånd får inte lämnas om det finns anledning att anta att fostret är livsdugligt. Sedan lång tid tillämpar Rättsliga rådet en gräns för sen abort vid dag 22+0 och ger i enlighet med det tillstånd fram till och med dag 21+6. Undantaget är foster som är så allvarligt skadade att de aldrig kommer att kunna leva utanför livmodern samt situationer där graviditeten medför allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa.

Antalet sena aborter ökar

Antalet ansökningar till Rättsliga rådet om sen abort visar en ökande trend och har de senaste åren legat mellan 550 och 600 per år. Ett tjugotal av dessa ansökningar gäller dag 22+0 och senare medan de övriga gäller perioden 18+1 till 21+6. Den sista veckan före Rättsliga rådets gräns vid 22+0 inkommer uppskattningsvis 130–140 ansökningar per år om sen abort.

Rättsliga rådet skiljer i sin statistik mellan fyra typer av skäl för sen abort: fosterskada, sociala skäl, psykisk sjukdom hos kvinnan samt kroppslig sjukdom hos kvinnan. Ökningen av antalet sena aborter förklaras av att ansökningarna om abort på grund av fosterskada ökar. Dessa utgör numera cirka två tredjedelar av alla ansökningar.

Ökningen av antalet ansökningar om sen abort på grund av fosterskada förklaras av två samverkande faktorer. Tekniska framsteg och ökad kunskap har gjort att möjligheterna att upptäcka fosterskador med ultraljud blivit allt bättre. Samtidigt har den ultraljudsundersökning som alla gravida kvinnor i Sverige erbjuds i andra trimestern, som förr utfördes i vecka 17+ eller 18+, senarelagts och utförs numera som regel i vecka 19+. Ju senare undersökningen görs desto fler skador kan upptäckas. Den sammantagna effekten av dessa två faktorer är att allt fler fosterskador upptäcks.

Den medicinska livduglighetsgränsen förflyttas nedåt

Av förarbetena till abortlagen framgår att livsduglighet i abortlagens mening är beroende av hälso- och sjukvårdens möjligheter att rädda extremt för tidigt födda barn till liv. När abortlagen infördes 1975 bedömdes livsduglighet inträda mellan den tjugofjärde och den tjugoåttonde veckan. Sedan dess har neonatalvårdens metoder utvecklats så att allt fler extremt för tidigt födda barn överlever. I dag bedömer vårdprofessionerna att gränsen för livsduglighet går vid dag 22+0. Det är den tidpunkt då man enligt nationella riktlinjer bör överväga att ge förebyggande behandling vid hotande förtidsbörd och vid för tidig födsel överväga att initiera hjärt-lungräddning för barnet.

Att livsduglighetsgränsen bedöms gå vid 22+0 innebär inte att alla så tidigt födda klarar sig. Fyra av tio barn som föds i vecka 22+ är dödfödda. Av de barn som föds levande i vecka 22+ överlever vart tredje sin ettårsdag, en fördubbling jämfört med för tio år sedan. Det förekommer också i enstaka fall att barn födda i vecka 21+ har överlevt. Ett skäl till att det inte går att dra en tydlig gräns för livsduglighet är den osäkerhet som finns i dateringen av graviditet med ultraljud, som gör att ett barn kan vara både mer och mindre moget än förväntat utifrån dateringen.

Av de extremt för tidigt födda barn som överlever drabbas många av funktionsnedsättning eller sjuklighet. Bland barn födda i vecka 22+

har cirka hälften måttlig eller svår neurologisk funktionsnedsättning i sexårsåldern.

Problembeskrivning

Målkonflikt i abortlagen har skärpts av den medicinsk-tekniska utvecklingen

Utvecklingen inom neonatalvården har lett till en allt tydligare konflikt mellan ambitionen att ge kvinnor möjlighet till sen abort där det finns starka skäl för det, och abortlagens bestämmelse om att inga livsdugliga foster får aborteras. Denna konflikt har ytterligare skärpts av utvecklingen inom ultraljudsdiagnostiken, som lett till att allt fler fosterskador upptäcks.

Att livsdugliga foster föds efter sen abort kan inte uteslutas

Det finns inga säkra uppgifter om hur vanligt det är att ett foster visar livstecken efter sen abort, men andelen är troligen mycket liten. En brittisk studie fann att vart tjugonde foster som aborterades på grund av fosterskada i vecka 21+ visade livstecken.

Endast en mindre del av de barn som föds levande efter en för tidig födsel i vecka 22+ är livsdugliga. Foster som visar livstecken efter en sen abort har generellt sett sämre medicinska förutsättningar än barn som föds levande efter en spontan förlossning. Det beror på att många av dem har en mer eller mindre allvarlig fosterskada, men också på att själva abortprocessen kan innebära en skaderisk och på att åtgärder som ökar överlevnadschanserna inte vidtagits. Sannolikheten för att ett livsdugligt foster skulle födas fram efter en abort som inleds senast dag 21+6 måste alltså bedömas som mycket låg. Mot bakgrund av att den medicinska livsduglighetsgränsen i dag går vid 22+0 förefaller det likväl inte helt uteslutet att det med dagens praxis, där sen abort beviljas och inleds till och med dag 21+6, i enstaka fall skulle kunna födas fram ett foster efter en sen abort som är livsdugligt. En bidragande faktor är den osäkerhet som finns i dateringen av graviditetslängd.

Skulle ett livsdugligt foster födas fram aktualiseras ett antal etiska problem där grundläggande mål och värden kan komma i konflikt

med varandra. Trots den ringa förekomsten finns därför ett behov av ett principiellt ställningstagande till frågan om foster som visar livstecken efter sen abort.

Smers ställningstaganden

Alla levande födda har människovärde och rätt till liv

För Smer är det obestridligt att alla levande födda individer, oavsett bakgrund, omfattas av människovärdesprincipen och har samma grundläggande rättigheter, inklusive rätt till liv. Att säga att vissa födda individer inte skulle ha människovärde strider mot principens grundtanke att alla omfattas oavsett ställning, funktion eller egenskaper. Ur ett människovärdesperspektiv är ett foster som visar livstecken efter en sen abort ett barn och måste jämställas med andra barn när det gäller de grundläggande rättigheterna. Det innebär att rätten till liv omfattar även ett sådant barn.

De allra flesta foster som visar livstecken efter en sen abort är sannolikt inte livsdugliga. Ett etiskt förhållningssätt innebär i en sådan situation att det döende fostret ska tas om hand på ett värdigt sätt, men medför inte något krav på livsuppehållande behandling. Om det framfödda fostret visar tecken på att kunna vara livsdugligt blir situationen en annan. I det läget har det rätt till en sakkunnig medicinsk bedömning av huruvida livsuppehållande behandling bör sättas in. Beslutet om att avstå eller inleda livsuppehållande behandling ska utgå från vad som ligger i barnets intresse. Att i beslutet väga in kvinnans självbestämmande eller vilka konsekvenser beslutet skulle få för omgivningen skulle strida mot människovärdesprincipen och barnets rätt till liv.

Den genomgång av rättsläget som Smer gjort i samband med denna rapport visar att den som andas eller visar livstecken efter födelsen är ett barn som har rätt till adekvat vård. Vad som är adekvat vård avgörs med beaktande av barnets livsduglighet och nyttan av vården. Någon möjlighet att beakta det faktum att barnet fötts efter en abort finns inte i det läget.

Åtgärder behöver vidtas för att undvika att livsdugliga foster föds fram efter sen abort

När Rättsliga rådet bedömt att det finns synnerliga skäl för en sen abort och beviljat den har kvinnan ett berättigat intresse att få åtgärden utförd som avsett, ett intresse som i en situation då ett foster räddas till liv efter en sen abort inte kan tillgodoses. Kvinnans självbestämmande när det gäller att uppnå syftet med aborten kommer därmed att begränsas. Det är också mycket sannolikt att en sådan situation skulle få negativa konsekvenser för kvinnans välbefinnande. För barnets del skulle det innebära att det skulle löpa risk att drabbas av betydande funktionsnedsättning och sjuklighet som en direkt följd av en åtgärd som samhället har beviljat och utfört. Det finns vidare risk att det skulle bli svårt att ge barnet en trygg familjesituation.

De intressen som måste stå tillbaka i en situation när ett foster som fötts fram efter en sen abort räddas till liv är enligt Smers bedömning mycket starka. Samhällets och hälso- och sjukvårdens målsättning måste enligt Smer därför vara att inga livsdugliga foster ska födas fram efter sen abort. Den bild Smer har fått är att det med dagens praxis inte helt går att utesluta att detta i enstaka fall skulle kunna ske. Smer bedömer därför att åtgärder för att undvika att livsdugliga foster föds fram efter sen abort behöver vidtas.

Sänkt gräns för sen abort bör undvikas

Redan i dag är möjligheterna till sen abort i Sverige mer begränsade än i många andra länder, där man tillåter abort för allvarliga fosterskador långt upp i graviditeten, i vissa fall helt utan bortre tidsgräns. Smer bedömer att det även framledes kommer att finnas fall där abort är angeläget men där aborten av olika skäl inte kan utföras före vecka 21+, och i enstaka fall inte före slutet av denna vecka. Smer anser därför att så långt det är möjligt bör andra åtgärder än sänkt abortgräns prioriteras för att undvika att livsdugliga foster föds fram efter sen abort.

Smers förslag

Vidta åtgärder för att minska antalet aborter nära gränsen för sen abort

Smer föreslår att åtgärder vidtas för att minska antalet sena aborter nära gränsen för sen abort (dag 22+0). Åtgärder som bör övervägas är att:

Se över erbjudandet om obstetriskt ultraljud till gravida kvinnor

Enligt SFOG skulle det med rätt utbildning och kompetens vara möjligt att sänka tidpunkten för ultraljudet i andra trimestern till graviditetsvecka 18+ med en rimlig avvägning mellan att å ena sidan uppnå en hög detektionsgrad av allvarliga missbildningar, och att å andra sidan medge tid för information, betänketid, och – för de kvinnor som önskar – utförande av sen abort. En annan förändring som skulle kunna leda till tidigare upptäckt av många fosterskador vore enligt SFOG att erbjuda alla gravida kvinnor ett ultraljud i första trimestern, vilket i dag runt hälften av kvinnorna genomgår inom ramen för KUB-testet.

Erbjuda alla gravida kvinnor undersökning med NIPT

Smer föreslår att möjligheten övervägs att erbjuda samtliga gravida kvinnor fosterdiagnostik med NIPT (non-invasive prenatal testing) för att kunna upptäcka trisomi 13, 18 och 21 i ett tidigare skede och med högre träffsäkerhet.

Se över rutiner och organisation för sena aborter

Det har i Smers diskussioner med professionsföreträdare framförts att sena aborter i dag kanske inte alltid inleds omedelbart efter beviljandet utan kan dröja någon eller några dagar. Smer menar att sena aborter är att betrakta som akut sjukvård som ska verkställas skyndsamt. Förutom riktlinjer på nationell nivå bör det finnas rutiner och uppföljningar för att säkerställa att en sen abort som beviljats utförs utan fördröjning. Smer menar vidare att det kan finnas skäl att se

över hur vården vid sena aborter bör vara organiserad för att säkerställa en god och säker vård.

Säkra kvaliteten i informationen till kvinnan vid upptäckt av fosterskada

En gravid kvinna som fått besked att fostret har en fosterskada ska utan dröjsmål erbjudas sakkunnig information om skadans art, allvarlighetsgrad och de behandlingsmöjligheter som finns, så att hon kan fatta ett välinformerat beslut om huruvida hon vill avbryta graviditeten eller inte.

Utarbeta ett nationellt kunskapsstöd för sena aborter

För att stödja vårdgivare och professioner i arbetet med att säkerställa att sena aborter verkställs skyndsamt och att kvinnan erbjuds en god och säker vård föreslår Smer att det tas fram ett nationellt kunskapsstöd för sena aborter.

Se över Rättsliga rådets hantering av ansökningar om sen abort

Smer menar att det kan finnas skäl att se över om Rättsliga rådets hantering av ansökningar om sen abort skulle kunna ske snabbare och därmed bidra till färre sena aborter nära Rättsliga rådets gräns vid 22+0.

Se över livsduglighetsbegreppet i abortlagen

Nuvarande abortlag tillkom i en tid där möjligheterna att rädda extremt för tidigt födda barn var mer begränsade än i dag. Så sent som för 20 år sedan trodde lagstiftaren att utvecklingen snart skulle nå gränsen för det möjliga och att vecka 23+ utgjorde en fysiologisk gräns under vilken det inte är möjligt att rädda för tidigt födda. Sedan dess har utvecklingen gått framåt och den medicinska livsduglighetsgränsen bedöms i dag gå vid 22+0. Även om utvecklingen eventuellt går långsammare i dag verkar inget tyda på att någon definitiv gräns skulle vara nådd. Samtidigt talas allt mer på allvar om möjligheten att

konstruera ”artificiella livmödrar” som radikalt skulle kunna ändra förutsättningarna för att ta hand om för extremt tidigt födda barn. Den konflikt vi redan ser i dag mellan ambitionen att ge kvinnor möjlighet till sen abort där det finns starka skäl för det, och abortlagens bestämmelse om att inga livsdugliga foster får aborteras, riskerar med andra ord att bli än mer uttalad framöver.

Smers bedömning är att det även i framtiden kommer att uppstå situationer då en abort i andra halvan av andra trimestern framstår som angelägen. Med nuvarande lagstiftning för sen abort kan vi förvänta oss en utveckling där utrymmet för sen abort, som redan i dag är mer begränsat än i många andra länder, successivt minskar. Detta vore enligt Smer en olycklig utveckling. Mot den bakgrunden menar Smer att det kan finnas skäl för regeringen att överväga möjligheten att utreda livsduglighetsbegreppet i abortlagen och om det finns skäl att införa en fast veckogräns för sen abort på samma sätt som i många andra länders abortlagstiftning.

Utred förutsättningarna för att erbjuda feticid i samband med sen abort

Ett foster som föds fram efter en sen abort och är livsdugligt har rätt till den vård som ligger i dess intresse. Om en fast veckogräns införs och den medicinska livsduglighetsgränsen fortsätter att förskjutas nedåt skulle en följd på sikt kunna bli att denna situation inträffar oftare. I en sådan situation uppnås inte syftet med aborten.

För att säkerställa att ett levande foster inte föds fram vid sen abort används i många länder så kallad feticid, som innebär att man injicerar ett läkemedel till fostret innan aborten inleds som medför att fostrets hjärta stannar.

Smer anser att det finns flera argument som talar för att erbjuda feticid i samband med aborter vid gränsen för medicinsk livsduglighet. Det viktigaste är att kvinnans syfte med aborten kan säkerställas och att en situation där kvinnans självbestämmande ställs mot människovärdet undviks. Feticid innebär också att kvinnan/föräldrarna/vårdpersonalen besparas det möjliga obehag det kan innebära att det framfödda fostret visar livstecken.

Före ett eventuellt ställningstagande till att införa metoden bedömer Smer att förutsättningarna behöver utredas närmare vad gäller

exempelvis effektivitet, säkerhet, kompetenskrav samt organisatoriska förutsättningar. Smer föreslår därför att regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att utreda de närmare förutsättningarna för att kunna erbjuda feticid i samband med sen abort.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

I augusti 2017 rapporterade Sveriges Television om en barnläkare vid ett svenskt sjukhus som hade försökt rädda ett foster till liv som fötts efter en sen abort. Fostret hade visat tydliga livstecken efter aborten och barnmorskan hade kallat på läkaren. I en intervju förklarade läkaren att eftersom den tjugoandra graviditetsveckan hade passerats var det enligt henne juridiskt sett fråga om ett barn och när hon träffar ett akut sjukt barn vill hon hjälpa det.[1] Snart stod det dock klart att barnet inte skulle överleva och insatserna avbröts.

Händelsen fick mycket uppmärksamhet i media och ledde till en debatt där läkarens agerande fick både kritik och stöd. Det ledde också till att Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) och Svenska barnmorskeförbundet (SBF) bad Socialstyrelsen om ett möte för att diskutera hur abortvården i Sverige kan utformas för kvinnans bästa inom ramen för gällande lagar. Vid detta möte, som ägde rum i september 2017, deltog även företrädare för Svenska neonatalföreningen (SNF), Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor (Rättsliga rådet) samt Statens medicinsk-etiska råd (Smer).

Vid mötet enades man bland annat om att se över möjligheten att tidigarelägga det ultraljud som alla gravida kvinnor erbjuds i graviditetsvecka 18–20, och därmed kunna tidigarelägga en del aborter som sker på grund av fosterskada, vilka i dag ofta sker nära abortgränsen. Man enades om att berörda professionsföreningar gemensamt borde utveckla ett konsensusdokument för vård och behandling vid sena aborter. Man var också överens om att de etiska aspekterna behövde lyftas och att det vore önskvärt om Smer kunde bidra till det.[2]

---

[1] Yllner 2017a.
[2] Socialstyrelsen 2017a.

Smer är ett rådgivande organ till riksdag och regering i medicinsk-etiska frågor. I rådets uppdrag ingår att stimulera samhällsdebatten, vara ett organ för informations- och åsiktsutbyte samt sprida kunskap om de medicinsk-etiska frågorna. Enligt sina direktiv ska rådet särskilt uppmärksamma frågor som rör människors lika värde och integritet. Beslut om vilka frågor som ska prioriteras utgår från ett antal kriterier som rådet ställt upp. Några av dessa kriterier är att det inte finns någon annan aktör som gör (eller har gjort) analysen, att det inte finns en etisk samsyn, att patienter riskerar att komma till skada och att frågan rör ett område där den medicinsk-tekniska utvecklingen sker snabbt.

Frågan om foster som visar livstecken efter sen abort har av Smer bedömts uppfylla samtliga rådets prioriteringskriterier. Vid sitt sammanträde den 27 oktober 2017 beslutade Smer att inleda ett projekt med syfte att ta fram en etisk analys av denna frågeställning.

1.2 Rapportens disposition

Rapporten inleds med en beskrivning av de etiska problem som aktualiseras om ett foster visar livstecken efter en sen abort samt de etiska utgångspunkterna för Smers behandling av frågan. För att ge en bakgrund till rådets ställningstaganden ges därefter en faktabakgrund kring sena aborter, fosterdiagnostik och vården av extremt för tidigt födda barn. I det påföljande kapitlet ges en närmare beskrivning av abortlagens livsduglighetsbegrepp. I kapitel 5 redovisas olika förslag till åtgärder som enligt representanter för berörda vårdprofessioner skulle kunna minska antalet aborter nära den nuvarande gränsen för sen abort. Kapitel 6 inleds med en beskrivning av de värden och mål som riskerar att komma i konflikt i en situation när ett foster visar livstecken efter en abort, varpå rådets ställningstaganden och förslag redovisas. Som bilaga presenteras en utredning av rättsläget.

2 Problembeskrivning och etiska utgångspunkter

2.1 Målkonflikt i abortlagen har skärpts av den medicinsk-tekniska utvecklingen

För att få en abort i Sverige efter dag 18+0 krävs tillstånd från Socialstyrelsens rättsliga råd (Rättsliga rådet). Ett sådant tillstånd får enligt abortlagen lämnas om det föreligger synnerliga skäl. Tillstånd får inte lämnas om fostret kan antas vara livsdugligt.

Det som avgör ett fosters livsduglighet i abortlagens mening är enligt förarbetena till abortlagen hälso- och sjukvårdens möjligheter att rädda extremt för tidigt födda barn till liv. Detta innebär att det utrymme som ges i abortlagen för sen abort minskar i takt med utvecklingen inom neonatalvården. När abortlagen infördes 1975 bedömdes livsduglighet inträda mellan den tjugofjärde och den tjugoåttonde veckan.[1] Sedan dess har neonatalvårdens metoder utvecklats så att allt fler extremt för tidigt födda barn överlever. I dag bedömer vårdprofessionerna att gränsen för livsduglighet går vid dag 22+0. Det innebär att det i dag inte finns någon marginal mellan den medicinska livsduglighetsgränsen och den gräns för sen abort (dag 22+0) som sedan lång tid tillämpas av Rättsliga rådet.

Samtidigt som den medicinska livsduglighetsgränsen förskjutits nedåt finns en trend att antalet ansökningar om sen abort ökar. Skälet till detta är framför allt tekniska framsteg och ändrade rutiner inom ultraljudsdiagnostiken som gör att fler fosterskador upptäcks i ett sent skede av graviditeten. Utvecklingen inom ultraljudsdiagnostiken respektive neonatalvården har lett till en allt tydligare konflikt mellan ambitionen att ge kvinnor möjlighet till sen abort där det

[1] Prop. 1974:70 s. 67.

finns starka skäl för det, och abortlagens bestämmelse om att inga livsdugliga foster får aborteras.

2.2 En ovanlig men etiskt komplicerad situation

Varje år inkommer mellan 550 och 600 ansökningar om sen abort, varav de flesta (cirka 95 procent) beviljas. Av dessa gäller uppskattningsvis 130–140 ansökningar sista veckan före Rättsliga rådets gräns vid dag 22+0. Samtliga beviljade aborter utförs sannolikt inte, varför antalet utförda aborter sista veckan kan antas vara något lägre. Det finns inga säkra uppgifter om hur vanligt det är bland dessa aborter att det framfödda fostret visar livstecken, men andelen är troligen mycket liten (se avsnitt 3.2.5). Av de foster som visar livstecken är sannolikt de flesta inte livsdugliga.

Att ett sent aborterat foster visar livstecken är således en ovanlig situation. När den inträffar aktualiseras emellertid ett antal etiska problem där grundläggande mål och värden kan komma i konflikt med varandra. Trots den ringa förekomsten av denna situation krävs det enligt Smer en noggrann etisk analys som utgångspunkt för lagstiftning och praxis. Den analys som Smer ger i denna rapport baseras på ett antal etiska utgångspunkter som redovisas nedan.

2.3 Etiska utgångspunkter

2.3.1 Aborter nära gränsen för sen abort kan vara etiskt motiverade

Denna rapport handlar inte om aborträtten. Smer har och har länge haft uppfattningen att ett foster har rätt till skydd under sin utveckling, men att fostrets skyddsvärde måste vägas mot kvinnans självbestämmande.[2] I början av graviditeten överväger kvinnans rätt till självbestämmande varför fri abort ska vara tillåten. I takt med att fostret utvecklas ökar dess skyddsvärde och intressekonflikten med kvinnans självbestämmande blir mer uttalad. Att abortlagen sätter en gräns för den fria aborträtten vid utgången av den artonde graviditetsveckan (dag 18+0) är ett uttryck för detta synsätt. Smer delar

[2] För Smers tidigare ställningstagande kring abortfrågan se exempelvis Smer 1991 samt Smer 2013 s. 112–113.

dock lagstiftarens uppfattning att även efter den artonde graviditetsveckan kan det föreligga omständigheter som gör att en abort bör kunna beviljas. Exempel på sådana omständigheter kan vara att fostret sent diagnostiserats med en allvarlig fosterskada, att kvinnan har en allvarlig sjukdom eller att hon befinner sig i en mycket utsatt social situation. Att det kan finna etiska skäl som talar för att kunna få en abort beviljad nära den nuvarande gränsen för sen abort är en utgångspunkt i denna rapport.

2.3.2 Alla födda har människovärde

En grundläggande etisk princip i samhället och inom den medicinska etiken är den så kallade människovärdesprincipen. Enligt denna princip har varje människa ett antal inneboende och oförytterliga rättigheter som härrör ur hennes egenvärde som människa – hennes människovärde – och som ska respekteras oberoende av hennes egenskaper eller ställning samhället. Med avseende på de grundläggande rättigheterna får ingen särbehandling ske. Smer har som särskild uppgift att bevaka tendenser inom medicinsk forskning och behandling som kan påverka respekten för människovärdet.[3]

Den mest fundamentala av de rättigheter som följer av människovärdet är rätten till liv. Respekten för människovärdet innebär därför en skyldighet för samhället att värna livet. Inom hälso- och sjukvården betyder det att livsuppehållande behandling ska ges om det ligger i individens intresse.

En central fråga för denna rapports frågeställning är därför när man blir människa och därmed omfattas av människovärdet. Ur ett etiskt perspektiv är det svårt att se att det skulle kunna vara någon senare tidpunkt än födelsen, det vill säga när man lämnat moderns kropp (detta synsätt kommer även till uttryck i det juridiska regelverket, se bilaga). Detta medför att det ur människovärdessynpunkt inte finns någon skillnad mellan ett foster som visar livstecken efter en sen abort och ett extremt för tidigt fött barn; båda är barn och har människovärde och omfattas därmed av grundläggande rättigheter som rätten till liv.

[3] Regeringen 1985.

2.3.3 Att rädda ett foster till liv efter sen en abort är inte etiskt okomplicerat

Ett beslut om att ge eller avstå livsuppehållande behandling till ett extremt för tidigt fött barn innefattar svåra etiska ställningstaganden. Att rädda ett foster till liv som föds fram efter en sen abort och bedöms vara livsdugligt är dock ur flera aspekter etiskt mer komplicerat än att rädda ett extremt för tidigt fött barn.

Vid en extremt för tidig födsel önskar som regel kvinnan/paret att bli föräldrar. Vid en sen abort är avsikten i stället att graviditeten ska avbrytas och att ett barn inte ska födas. Om Rättsliga rådet har bedömt att det finns synnerliga skäl för en sen abort och beviljat den har kvinnan ett berättigat intresse att få åtgärden utförd på det sätt hon avsett. Detta intresse skulle få stå tillbaka om ett foster som föds fram efter en sen abort räddas till liv.

Oavsett bakgrund innebär extremt för tidig födsel hög risk för sjuklighet och funktionsnedsättningar. Beroende på de särskilda omständigheter som råder vid en sen abort skulle risken för funktionsnedsättningar troligtvis vara ännu högre för ett foster som räddas till liv efter en sen abort. Funktionsnedsättningarna skulle i detta fall vara en direkt följd av en åtgärd som samhället beviljat och utfört.

Ett foster som räddas till liv efter en sen abort skulle kunna sakna förälder/föräldrar som önskar och har förmåga att ta hand om det. Det skulle kunna bli svårt att ge barnet en trygg familjesituation.

En situation där ett foster räddas till liv efter en sen abort skulle sålunda innebära att flera andra intressen får stå tillbaka. En utgångspunkt i denna rapport är därför att det är en situation som så långt som möjligt bör undvikas.

3 Faktabakgrund

3.1 Abortlagen och dess tillämpning

3.1.1 Abortlagen (1974:595)

Om en kvinna begär att hennes havandeskap ska avbrytas, får abort enligt abortlagen utföras om åtgärden vidtas före utgången av artonde havandeskapsveckan och den inte på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. (1 §)

Efter utgången av artonde havandeskapsveckan får abort utföras endast om Socialstyrelsen lämnar tillstånd till åtgärden. Tillstånd får lämnas endast om det finns synnerliga skäl. Tillstånd får inte lämnas om det finns anledning att anta att fostret är livsdugligt. (3 §)

Om det kan antas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, får Socialstyrelsen lämna tillstånd till avbrytande av havandeskap efter utgången av artonde havandeskapsveckan och oavsett hur långt havandeskapet framskridit. (6:1 §)

Om avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan inte kan anstå utan fara för kvinnan får åtgärden utföras utan att tillstånd från Socialstyrelsen behöver inhämtas. (6:2 §)

Abortlagen skiljer alltså mellan *abort* respektive *avbrytande av havandeskap* på grund av allvarlig fara för kvinnans liv och hälsa. Abort får efter den artonde havandeskapsveckan endast ske med tillstånd från Socialstyrelsen och får inte ske om fostret kan antas vara livsdugligt. Avbrytande av havandeskap på grund av fara för kvinnan får ske under hela graviditeten, oberoende av fostrets livsduglighet, och kan i akuta fall ske utan tillstånd från Socialstyrelsen.

3.1.2 Tidsgränser

Abortlagens gräns vid utgången av den artonde graviditetsveckan motsvaras i professionernas dateringsmodell av dag 18+0. Fri abort är alltså tillåten till och med dag 18+0.[1]

Enligt abortlagen får tillstånd för abort endast ges för foster som inte är livsdugliga. Den av Rättsliga rådet (se nästa avsnitt) tillämpade gränsen för livsduglighet är för närvarande dag 22+0.[2] Om det finns synnerliga skäl kan tillstånd för sen abort sålunda beviljas mellan dag 18+1 och 21+6.

För ett foster som är så skadat att det aldrig kommer att kunna leva utanför moderns kropp får tillstånd för abort ges oavsett hur länge graviditeten fortskridit (eftersom fostret inte är livsdugligt).

För avbrytande av havandeskap på grund av att kvinnans liv eller hälsa är i allvarlig fara finns inga tidsgränser utan detta får ske under hela graviditeten.

3.1.3 Rättsliga rådet

Som framgår av abortlagen är det Socialstyrelsen som fattar beslut om aborter efter den artonde graviditetsveckan. Enligt Socialstyrelsens instruktion[3] ska besluten fattas av ett särskilt beslutsorgan, Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga, sociala och medicinska frågor, oftast benämnt Rättsliga rådet.

I sin nuvarande form har Rättsliga rådet funnits sedan 1981. Det är administrativt knutet till Socialstyrelsen men är fristående från Socialstyrelsens övriga verksamhet och fattar sina beslut självständigt. Rådet leds av en ordförande med domarerfarenhet. Övriga ledamöter består av läkare och andra professionsföreträdare, representanter för Socialstyrelsen samt allmänföreträdare.[4]

Rådet sammanträder varje fredag för att besluta i abortärenden. Underlaget för beslut i abortärenden utgörs av ansökan från kvinnan samt en medicinsk utredning (underskriven av en läkare) och en psykosocial utredning (vanligtvis utförd av en kurator eller en psykolog).

---

[1] 1 § 1 st. SOSFS 2009:15.
[2] För mer kring abortlagens livsduglighetsbegrepp och dess tillämpning, se kapitel 4.
[3] 18 § SFS 2015:284.
[4] Socialstyrelsen 2017b.

Den som lämnat in en ansökan får sitt beslut vid närmast följande fredagssammanträde. I brådskande fall, där fostret riskerar att passera sista dagen för sen abort (21+6) före nästa ordinarie möte, kan ordföranden själv fatta beslut i samråd med föredragande läkare, så kallat tvåmannabeslut. I dessa fall kan beslut lämnas samma dag som ansökan inkommer.

3.1.4 Synnerliga skäl

Förarbeten

Bakom beslutet att begränsa den fria aborträtten till de arton första graviditetsveckorna fanns en önskan hos lagstiftaren om att skapa en ”betryggande säkerhetsmarginal” mot ingrepp i situationer där fostret är livsdugligt (se avsnitt 4.2). Även senare än den artonde veckan förutsåg lagstiftaren dock att det kan uppstå situationer där abort framstår som angeläget, varför man införde regeln att abort fram till livsduglighet kan beviljas efter ansökan om det finns synnerliga skäl.[5]

Vad som kan utgöra synnerliga skäl sägs ganska lite om i förarbetena till abortlagen. Det som nämns är ”eugenisk indikation”[6], fosterskada samt ”situationer där frågan om abort av skilda orsaker har kommit upp först på ett sent stadium av graviditeten”. En mer utförlig precisering än så av vad som kan utgöra synnerliga skäl ansågs inte vara nödvändig.[7]

Rättsliga rådets praxis

Med *synnerliga skäl* brukar man i juridiska sammanhang mena omständigheter som är ovanliga och särskilt beaktansvärda. Rättliga rådets ordförande har till Smer uppgivit att om detta kriterium skulle tillämpas på ansökningar om sen abort skulle endast ett fåtal beviljas. I den praxis som utvecklats räcker det i realiteten med att kvinnan

[5] Prop. 1974:70 s. 68.
[6] Denna indikation fanns definierad i 1938 års abortlag och innebar att ”det med skäl kan antas att kvinnan eller det väntade barnets fader genom arvsanlag kommer att på avkomlingar överföra sinnessjukdom, sinnesslöhet eller svår kroppslig sjukdom”. Indikationen tillämpades knappt alls åren innan nuvarande abortlag infördes.
[7] Prop. 1974:70, s. 68–69. Inte heller i samband med att abortlagen sågs över 1995 ansåg regeringen att det fanns behov att precisera i lagtexten vad som kunde utgöra synnerliga skäl. Man ansåg att det inte skulle vara lämpligt att binda upp Rättsliga rådet i dess bedömning av vad som ska anses vara synnerliga skäl (prop. 1994/95:142, s. 37).

har sakliga skäl för att få tillstånd för sen abort. En anledning till detta är enligt rådets ordförande att besluten behöver tas snabbt, vilket gör att det finns begränsat med tid för att utreda skälen djupare. Detta gör att de flesta ansökningar beviljas och att endast en mindre del får avslag.

Vid bedömningen av om det föreligger synnerliga skäl kommer enligt rådets ordförande kvinnans intressen i första hand. Men vid helhetsbedömningen vägs också in det blivande barnets möjligheter att växa upp under goda förhållanden.

Rättsliga rådet skiljer i sin praxis mellan fyra typer av skäl för abort: fosterskada, sociala skäl, kroppslig sjukdom hos kvinnan samt psykisk sjukdom hos kvinnan. När det gäller fosterskada uppger Rättsliga rådets ordförande att man i princip alltid beviljar abort, oavsett skadans art eller allvarlighetsgrad. Man förutsätter att kvinnan blivit ordentligt informerad om skadan och vad den innebär och överlåter till henne att bedöma sina förutsättningar att ta hand om barnet. Rådets ordförande uppger också att det etiskt vore en omöjlig uppgift att gradera fosterskador och att det även av det skälet är bättre att överlåta beslutet till kvinnan.[8]

Av ansökningarna på grund av sociala skäl beviljas mellan 85 och 90 procent. Faktorer som kan utgöra sociala skäl är enligt rådets ordförande mycket låg eller hög ålder hos kvinnan, en utsatt social situation (exempelvis att fadern är frånvarande, missbrukar eller har misshandlat kvinnan eller att kvinnan har ett svagt socialt nätverk) eller att kvinnan har ett allvarligt missbruk. Skäl för avslag kan vara att skälet bakom ansökan bedöms vara att graviditeten inte anses kommit vid rätt tidpunkt i livet eller att fostret anses ha ”fel” kön.

Ansökningarna på grund av kroppslig eller psykisk sjukdom hos kvinnan är få till antalet och avslag sker sällan.

[8] Se även prop. 1994/95 s. 37.

3.2 Sena aborter

3.2.1 Omfattning

Enligt statistik från Socialstyrelsen har de senaste tio åren antalet utförda aborter i Sverige legat kring 36 000–38 000 per år. Antalet aborter senare än dag 18+0 har legat mellan 350 och 450. År 2017 rapporterades 36 616 aborter varav 405 senare än 18+0.[9] Lite drygt en procent av samtliga aborter utgörs alltså av sena aborter.

Hos Rättsliga rådet finns statistik över antalet ansökningar om sen abort och avbrytande av havandeskap (på grund av hot mot kvinnans liv eller hälsa). Antalet ansökningar om sen abort visar en ökande trend, från runt 500 per år i början av 2010-talet till mellan 550 och 600 de senaste åren. Av dessa gäller cirka 10–20 fall årligen graviditetsvecka 22+ eller senare, medan de övriga gäller perioden mellan dag 18+1 och 21+6.

År 2018 inkom 567 ansökningar gällande dag 18+1 – 21+6, varav 545 bifölls. Åtta ansökningar gällde vecka 22+ eller senare, varav tre bifölls.[10] De sistnämnda fallen innefattar både sen abort (av foster som är så skadade att de inte är livsdugliga) och avbrytande av havandeskap.

Noterbart är att antalet *beviljade* sena aborter från Rättsliga rådet är avsevärt högre än antalet *utförda* sena aborter i Socialstyrelsens statistik. Enligt uppgift från Socialstyrelsen är täckningsgraden i abortstatistiken inte känd, varför det inte kan uteslutas att en del utförda sena aborter inte rapporteras in. Samtidigt utförs enligt uppgift till Smer inte alla beviljade aborter. Det uppges exempelvis förekomma att kvinnor ansöker om sen abort för att vinna tid om det skulle bekräftas att fostret har en allvarlig fosterskada, men avstår när den misstänkta diagnosen inte bekräftas.

Rättsliga rådet presenterar normalt ingen statistik över hur ansökningarna gällande perioden 18+1–21+6 fördelar sig veckovis. Enligt icke säkerställda siffror som Smer fått tillgång till från Rättsliga rådets kansli fattades 139 beslut om sen abort mellan dag 21+0

[9] Socialstyrelsen 2018a.
[10] Socialstyrelsens rättsliga råd 2019.

och 21+6 under 2017, varav 133 var bifall.[11] En genomgång av professorn i obstetrik Marc Bygdeman visasade att ansökningar i sista veckan före gränsen för sen abort (dag 22+0) åren 2010 och 2015 utgjorde knappt en fjärdedel av fallen.[12] Sammantaget kan det antas att runt 130–140 ansökningar om sen abort varje år gäller graviditetsvecka 21+. Antalet genomförda aborter kan antas ligga något lägre.

3.2.2 Fördelning mellan typ av skäl

Rättsliga rådet skiljer mellan fyra typer av skäl för sen abort: fosterskada, sociala skäl, psykisk sjukdom hos kvinnan samt kroppslig sjukdom hos kvinnan. Av tabell 3.1 framgår hur många ansökningar som inkommit i respektive kategori och hur många av dem som beviljats. Som framgår beviljas i stort sett alla ansökningar där skälet utgör fosterskada. Av de fall som rör sociala skäl avslås mellan 10 och 15 procent. Bland de få ansökningar som görs på grund av psykisk eller kroppslig sjukdom hos kvinnan är avslag ovanliga.

Tabellen visar också att de senaste årens ökning av antalet sena aborter förklaras av att antalet ansökningar som gäller fosterskada ökar. Dessa ansökningar utgjorde drygt hälften av fallen åren 2010–2012, men närmare sju av tio fall 2018. I reella tal handlar det om cirka 100 extra fall om året. Antalet ansökningar av sociala skäl har de senaste åren visat tecken på en minskande trend, från runt 230 per år i början av 2010-talet till runt 170–180 per år 2017–2018.

Att ansökningarna på grund av fosterskada ökar bedöms bero på att ultraljudet i andra trimestern har senarelagts. Detta i kombination med förbättrad teknik och bättre kunskap gör att fler fosterskador upptäcks (se avsnitt 3.3).

[11] Uppgifter i mejl 2018-12-17 till Michael Lövtrup, Smer från Nina Sandström, administratör vid Rättsavdelningen, Socialstyrelsen.
[12] Bygdeman 2016.

Tabell 3.1 Antal ansökningar om sen abort 2010–2018

År	Graviditetslängd	Ansökningar	Fosterskada		Sociala problem		Psykisk sjukdom		Kroppslig sjukdom	
		Totalt	Bifall	Avslag	Bifall	Avslag	Bifall	Avslag	Bifall	Avslag
2010	18+1–21+6	477	253	0	186	28	6	0	2	0
	Från 22+0	23	2	1	1	19	0	0	0	0
2011	18+1–21+6	491	264	0	187	29	4	0	5	0
	Från 22+0	15	2	2	0	9	0	0	1	1
2012	18+1–21+6	505	277	0	197	23	3	0	4	0
	Från 22+0	18	5	1	2	9	0	1	0	0
2013	18+1–21+6	462	253	0	176	18	9	1	4	0
	Från 22+0	20	4	2	0	14	0	0	0	0
2014	18+1–21+6	566	328	0	195	22	12	0	2	0
	Från 22+0	20	8	0	0	9	1	0	1	0
2015	18+1–21+6	587	375	1	180	24	1	0	3	0
	Från 22+0	12	0	1	0	9	0	2	0	0
2016	18+1–21+6	544	354	0	165	15	5	0	7	0
	Från 22+0	24	4	3	0	16	1	2	0	0
2017	18+1–21+6	554	361	0	162	19	2	0	5	0
	Från 22+0	10	7	0	0	2	1	0	0	0
2018	18+1–21+6	567	389	1	149	19	2	0	5	0
	Från 22+0	8	3	3	0	1	0	0	0	1

Källa: Socialstyrelsens rättsliga råd.

3.2.3 Abortmetoder[13]

De metoder som används vid abort i Sverige är kirurgisk abort och medicinsk abort. Kirurgisk abort (vakuumaspiration) används i enlighet med WHO:s rekommendationer upp till graviditetsvecka 12+ eller 13+. Medicinsk abort kan användas vid alla graviditetslängder och är den metod som används vid sena aborter. Metoden är enligt SFOG lika effektiv som kirurgisk abort men har en lägre risk för allvarliga komplikationer.

Vid medicinsk abort ges en inledande dos av mifepriston (progesteronhämmare). Ett till två dygn senare inleds behandling med misoprostol (prostaglandin). Upprepade doser av misoprostol ges var tredje timme fram till utstötning av foster och moderkaka. Hur många doser misoprostol som krävs varierar, men i genomsnitt behövs

[13] Uppgifter i detta avsnitt har tillhandahållits av SBF och SFOG.

två doser. I perioden 12+1 – 21+6 dröjer det i genomsnitt sex timmar från första dosen misoprostol till utstötning av foster och moderkaka. Vid abort från dag 12+0 får 97 procent av patienterna en komplett behandling inom 24 timmar efter inledd misoprostolbehandling, 99 procent inom två dygn och 99,8 procent inom tre dygn.

När behandlingen drar ut på tiden beror det enligt SFOG oftast på passiv handläggning, exempelvis att patienten har blivit liggande, fått otillräcklig smärtlindring eller att personalen är ovan. Det kan också bero på otillräckligt svar på behandlingen, på samma sätt som vissa kvinnor har en långdragen förlossning. Varför en del kvinnor svarar dåligt på behandlingen är enligt SFOG svårt att svara på eftersom kvinnorna är extremt få och därför svåra att inkludera i studier.

3.2.4 Feticid

Vid sena aborter förekommer det ibland att det framfödda fostret visar livstecken av varierande styrka (se följande avsnitt). För att säkerställa att ett levande foster inte föds fram vid sena aborter förekommer det i många länder att man injicerar ett läkemedel till fostret innan aborten inleds som medför att fostrets hjärta stannar, så kallad feticid. Av uppgifter som Smer tagit del av under arbetet med denna rapport framgår att feticid är vanligt förekommande vid abort i andra trimestern i länder som bland andra Frankrike, Storbritannien, Luxemburg, Israel, Taiwan, Sydafrika samt i flertalet delstater i USA.[14] I Sverige förekommer metoden i samband med så kallad fosterantalsreduktion[15], men sker då vanligtvis i första trimestern. Metoder för feticid som förekommer är att injicera kaliumklorid eller lidokain i fostrets hjärta eller navelsträng eller att injicera digoxin i fostret eller fostervattnet.[16]

En kommitté under det internationella förbundet för obstetriker och gynekologer (FIGO) skriver i en rapport att åtgärder för att säkerställa att fostret är dödfött vanligen vidtas vid medicinska aborter efter vecka 21+ samt att aborter på grund av fosterskada efter vecka 21+ ska föregås av (”must be preceeded by”) feticid.[17] I Sverige anser SFOG

[14] Se exempelvis Habiba m.fl. 2009.
[15] När hjärtaktiviteten avslutas på ett eller flera, men inte alla, foster vid flerbördsgraviditet.
[16] Se exemplevis Diedrich och Drey 2010.
[17] FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health 2008.

att feticid kan användas i enstaka fall vid sen abort om det dröjer innan fostret stöts ut. Man anser dock inte att feticid ska användas rutinmässigt vid aborter före 22+0 på grund av anförda risker för kvinnan och på grund av det begränsade antal ingrepp som utförs i Sverige. Feticid ska enligt SFOG endast utföras av personal som har erfarenhet och tillräcklig kunskap för att utföra ingreppet.[18]

Feticid i Storbritannien

I England. Skottland och Wales är abort tillåten under hela graviditeten om kvinnans liv eller hälsa är i fara eller om barnet riskerar att födas med fysiska eller mentala avvikelser som leder till att det kommer att drabbas av allvarlig funktionsnedsättning. Enligt riktlinjer från Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) bör feticid alltid erbjudas vid aborter senare än 21+6, såvida inte fostret är så skadat att det ändå inte kommer att överleva. Om feticid inte utförs kan det leda till levandefödsel och överlevnad, vilket går emot syftet med aborten. Ett foster som föds levande efter en abort är juridiskt sett ett barn och ska ges neonatal intensivvård om det bedöms ligga i dess intresse, framhåller RCOG.

Den metod som används är injektion i hjärtat med kaliumklorid. Det rekommenderas att ingreppet utförs av en specialist i fostermedicin med nödvändig kunskap och färdighet för att utföra invasiva ingrepp. Detta betyder att kvinnan ibland måste resa för att få ingreppet, och därefter återvända till hemmakliniken för att utföra själva aborten.

Källor: RCOG 2010 samt mejl till Smer från RCOG 20181009.

3.2.5 Foster som visar livstecken efter sen abort

Ett framfött foster efter en abort kan ibland uppvisa enstaka reflexmässiga ryckningar eller flämtningar. Om detta räknas som livstecken förefaller det inte vara helt ovanligt med livstecken vid abort i andra trimestern. Från Universitetssjukhuset i Århus rapporterades

[18] SFOG 2016a.

2012 att 16 procent av fostren vid abort i vecka 12+ eller senare ”flämtade eller visade någon annan form av livstecken”.[19]

Under Smers arbete har det tydligt framgått att begreppet livstecken inte är entydigt definierat. Företrädare för SBF och SFOG har i kontakter med Smer framhållit att enstaka reflexmässiga rörelser hos ett framfött foster inte ska ses som livstecken. För att man ska kunna tala om livstecken krävs mer, som att fostret andas av sig självt och förblir vid liv mer än en mycket kort tid. Hur ofta ett foster visar livstecken i denna bemärkelse efter sen abort finns inga säkra uppgifter om, men det är troligen mycket ovanligt.[20] Som jämförelse rapporteras i en brittisk studie som omfattade perioden 1995–2004 att 5,4 procent av de foster som aborterades på grund av fosterskada i vecka 21+ visade livstecken.[21, 22] I den kanadensiska delstaten Quebec, där alla levande födda ska registreras oavsett bakgrund, ses en ökad förekomst av levandefödsel efter abort. Tänkbara orsaker uppges vara att en större del av fallen registreras eller att fler fosterskador upptäcks i andra trimestern.[23]

Det är viktigt att betona att livstecken inte är detsamma som livsduglighet. Vid extremt för tidig födsel nära den medicinska livsduglighetsgränsen är det endast tredjedel av de levande födda barnen som överlever (se avsnitt 3.4.1). Förutsättningarna för ett foster som visar livstecken efter en sen abort kan antas vara ännu sämre, dels för att de generellt är något yngre, dels på grund av de särskilda omständigheter som råder vid en sen abort (se avsnitt 3.4.6).

Oavsett hur ofta fostret visar livstecken efter en abort framhåller de professionsorganisationer som Smer talat med att det är viktigt med ett bra omhändertagande när det inträffar. Precis som när man avslutar livsuppehållande behandling av ett för tidigt fött barn ska fostret ges nödvändig palliation. För att försäkra sig om att så alltid

[19] Vaaben 2012.
[20] Utöver det i inledningen beskrivna fallet från Eskilstuna har ytterligare några fall där foster ska ha varit vid liv en längre tid efter abort beskrivits i media. Se Nilsson 2011 och Öbom 2015.
[21] Wyldes och Tonks 2007. Studien ger ingen definition av livstecken, men medianöverlevnaden bland samtliga levande födda foster i studien, vilka föddes mellan vecka 17 och 33, var 80 minuter, vilket tyder på en definition som ligger nära de svenska professionsföreningarnas. Författarna betonar också att reflexmässiga rörelser hos ett framfött foster och verkliga livstecken är skilda saker.
[22] I en rapport från det danska etikrådet gällande användningen av feticid vid aborter i andra trimestern uppges att andelen foster som visar tydliga livstecken (andning, hjärtslag eller tydliga rörelser) i samband med abort sent i andra trimestern erfarenhetsmässigt uppgår till 5–10 procent (Det etiske råd 2013).
[23] Auger, Bilodeau-Bertrand och Sauve 2016.

sker har rekommendationer om detta förts in i SBF:s och SFOG:s nya omvårdnadsriktlinjer för sena aborter.[24]

3.2.6 Oklarheter kring när en abort anses utförd

I ett brev till landets abortkliniker i november 2015 meddelade Rättsliga rådet att med utgångspunkt i rådets rådande tillämpning, där gränsen för livsduglighet är dag 22+0, måste en sen abort vara slutförd senast dag 21+6. När en abort inleds så sent att den med den tänkta abortmetoden riskerar att inte bli avslutad förrän dag 22+0 eller senare måste en annan abortmetod väljas.[25]

Rättsliga rådet har senare backat från denna ståndpunkt och uppgivit att rådets roll inte är att tolka abortlagen.[26] Rådets ordförande uppger till Smer att rådet fattar beslut om abort till och med dag 21+6, men har inte några synpunkter på hur abortklinikerna hanterar besluten eller hur aborterna ska gå till. Detta är enligt rådet ett ansvar för professionerna.

Efter Rättsliga rådets besked 2015 att en abort ska vara avslutad senast dag 21+6 menade SFOG i ett brev till rådet i december 2015 att det behövs en definition av när en abort ska anses avslutad.[27] SFOG gör enligt uppgift till Smer tolkningen att aborten är utförd när det första läkemedlet, mifepriston, intas. Vid sen abort måste detta således ske senast dag 21+6. Även SBF anser att en medicinsk abort anses vara utförd i och med att det första steget, mifepristonbehandlingen, har inletts. Skälet är att beslutet då är oåterkalleligt.[28]

SNF har anfört att det är oklart vad som menas med att en är abort är utförd och att om det tar tre till sju dagar efter tillstånd från Rättsliga rådet innan aborten är slutförd, måste detta vägas in i Rättsliga rådets bedömning av viabilitet.[29] (Neonatologer använder ofta begreppet ”viabilitet” i stället för ”livsduglighet”. Begreppen uppfattas dock av neonatologer som Smer talat med som synonyma.)

---

[24] SBF och SFOG 2018.
[25] Socialstyrelsens rättsliga råd 2015. Rättsliga rådets ordförande upprepade under 2017 uppfattningen att den läkare som låter ett foster stötas ut levande i vecka 22 inte följer abortlagens bestämmelser, se Yllner 2017b.
[26] Trysell 2017.
[27] SFOG 2015.
[28] Socialstyrelsen 2017a.
[29] Socialstyrelsen 2017a.

Justitieombudsmannen, JO, inledde 2017 ett ärende för att undersöka om gällande lagar och föreskrifter kring sena aborter ger tillräcklig ledning för de myndigheter och befattningshavare som ska följa dem.[30] En av de oklarheter i rättsläget som JO pekar på är tidpunkten när en abort ska anses utförd. JO framhåller att det från ett rättssäkerhetsperspektiv inte är tillfredsställande om hälso- och sjukvårdspersonal inte vet vad de ska rätta sig efter vid sena aborter.[31] Inom ramen för ärendet har JO bett Inspektionen för vård och omsorg, IVO, att redovisa sin uppfattning om rättsläget och yttra sig över om myndigheten anser att det finns behov av klargöranden för att ge vårdgivare vägledning i frågor om abortlagens tolkning och praktiska tillämpning. I sitt svar hänvisar IVO till ett tillsynsbeslut från 2016, där myndigheten konstaterade att tidpunkten för medicinsk abort definieras som den tidpunkt då mifepriston tas, eftersom detta enligt 5 § andra stycket abortlagen samt 1 kap. 2 § andra stycket SOSFS 2009:15 måste ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som IVO har godkänt. IVO skriver vidare att myndigheten inte anser att rättsläget i frågor om abortlagens tolkning och tillämpning är oklart. Detta då IVO bedömer att abortlagen och SOSFS 2009:15 i kombination med professionens rekommendationer samspelar och ger vägledning i dessa frågor.[32]

3.3 Fosterdiagnostik och upptäckt av fosterskador

3.3.1 Fosterdiagnostiska metoder

Det finns en rad fosterdiagnostiska metoder som kan användas för att upptäcka skador och andra avvikelser hos foster. För att upptäcka vissa kromosomavvikelser (trisomi 13, 18 och 21) genomgår många kvinnor ett KUB-test under första trimestern. Testet består av ett blodprov som tas tidigast i vecka 9+ och som mäter vissa biokemiska markörer, samt en ultraljudsundersökning som utförs dag 11+0 – 13+6. Vid misstanke om avvikelse vid KUB-test kan fostervatten- eller moderkaksprov tas för att ge säkrare besked. I dag genomgår

[30] Justitieombudsmannen 2018.
[31] Justitieombudsmannen 2018.
[32] IVO 2018.

knappt hälften av alla gravida kvinnor i Sverige KUB-test. Tendensen är att fler kvinnor erbjuds testet, men det finns stora geografiska skillnader, där somliga regioner erbjuder KUB-test till samtliga gravida kvinnor medan andra endast till kvinnor över en viss ålder.[33]

Ett alternativ till KUB-test och/eller fostervattenprov är så kallad NIPT (non-invasive prenatal testing), en metod som till skillnad från fostervattenprov inte medför risk för missfall. Med NIPT kan inte endast trisomier utan också många fler genetiska avvikelser upptäckas. I dag erbjuder landstingen som regel endast NIPT om KUB-testet visat förhöjd sannolikhet för trisomi.[34] Många privata aktörer erbjuder däremot NIPT till alla gravida kvinnor mot betalning.

Oavsett om kvinnan genomgått KUB-test erbjuds sedan 1980-talet alla gravida kvinnor i Sverige en rutinundersökning med ultraljud i andra trimestern. Syftet med undersökningen är att datera fostret, upptäcka eventuell flerbörd samt granska fostrets anatomi för att upptäcka missbildningar.

3.3.2 Upptäckt av fosterskador med ultraljud[35]

I cirka två till fyra procent av alla graviditeter förekommer någon form av avvikelse hos fostret.[36] Av dessa anses cirka hälften vara allvarliga missbildningar.

Den enskilt vanligaste missbildningen är hjärtmissbildning, som förekommer i runt en procent av alla graviditeter. Många hjärtfel kan diagnostiseras med ultraljud, vilket möjliggör planering av förlossningen med närvaro av barnkardiologisk och barnhjärtkirurgisk expertis, och därmed ökad chans för överlevnad. Exempel på andra typer av missbildningar som kan upptäckas med ultraljud är missbildningar i centrala nervsystemet (inklusive ryggmärgsbråck), missbildningar i urinvägar och könsorgan samt skelettmissbildningar.

Den diagnostiska träffsäkerheten med ultraljud har successivt ökat med förbättrad teknik och ökad kunskap. I dag är sensitiviteten, det vill säga hur stor andel av samtliga missbildningar man upptäcker,

[33] Graviditetsregistret 2018, s. 25–26.
[34] Graviditetsregistret 2018, s. 28.
[35] Uppgifter i detta avsnitt har tillhandahållits av SFOG. För ytterligare information hänvisas till SFOG Arbets- och referensgrupp för ultraljudsdiagnostik 2014.
[36] Begreppet avvikelse innefattar här missbildningar samt kromosomavvikelser.

uppskattningsvis cirka 50 procent vid screening i andra trimestern. För allvarliga missbildningar har en högre sensitivitet påvisats.[37]

En av de faktorer som påverkar sensitiviteten är graviditetslängden. Speciellt gäller det möjligheten att upptäcka hjärtmissbildningar, eftersom denna i hög grad beror på hjärtats storlek.[38] Missbildningar i centrala nervsystemet är också lättare att upptäcka ju senare ultraljudet sker. Detsamma gäller för flera typer av missbildningar i urinvägar och könsorgan. Även skelettmissbildningar och rörelserelaterade avvikelser är svåra att diagnostisera i tidig graviditet.

För vissa andra typer av missbildningar är sensitiviteten inte lika beroende av graviditetslängden. Detta gäller särskilt vid allvarliga missbildningar. En systematisk översikt har visat att runt hälften av alla allvarliga missbildningar upptäcks vid ultraljudsscreening i slutet av första trimestern.[39]

Vid sidan av graviditetslängden påverkas sensitiviteten även av den gravida kvinnans BMI, där högre BMI gör undersökningen svårare. Andra faktorer som påverkar är fosterläge, undersökarens erfarenhet och den tekniska kvaliteten på den utrustning som används.

3.3.3 Datering av graviditeten

Graviditetslängden är definitionsmässigt tiden från sista menstruationens första dag. Att efterfråga detta datum för att datera graviditeten är dock en opålitlig metod, bland annat på grund av förekomsten av blödningar i tidig graviditet samt risken för att kvinnan minns fel. För att datera foster används i stället metoder där man utgår från storleken på vissa fosterstrukturer, vilka mäts via ultraljud. Rekommendationen i Sverige är att datera graviditeten baserat på fostermätning av den så kallade ”yttre-inre” skallbredden, BPD (biparietal diameter).[40]

Som referens när man utvärderar dateringsmetoder används IVF-graviditeter, där datum för befruktningen är känt (man lägger 14 dagar till detta datum). Oavsett metod gäller generellt att mätfelet blir

[37] Grandjean och Larroque 1999.
[38] Hill 2013.
[39] Karim m.fl. 2017.
[40] SFOG Arbets- och referensgrupp för ultraljudsdiagnostik 2010. Rekommendationen gäller om BPD uppmäts till 21–55 mm, vilket motsvarar graviditetsvecka 12+ – 21+.

större ju senare i graviditeten mätningen sker. För datering med BPD är mätfelet[41] ±5 dagar mellan vecka 12+ och vecka 14+ och ±7 dagar mellan vecka 15+ och vecka 21+. Vid datering i den senare perioden kan en skillnad på åtta dagar eller mer åt någotdera hållet förekomma i fem procent av fallen. Precisionen i dateringen påverkas negativt av högt BMI.[42]

Om tidsbestämningen inte skett vid ett tidigare ultraljud, exempelvis i samband med KUB-test, sker tidsbestämningen av graviditeten i samband med rutinultraljudet i andra trimestern. I denna period är mätfelet ±7 dagar.

3.3.4 Tidpunkten för ultraljudet i andra trimestern har senarelagts

I Sverige gjordes förr ultraljudet i andra trimestern i graviditetsvecka 17+ eller 18+. Enligt uppgifter från SFOG och SBF har det på senare tid skett en förskjutning så att ultraljudet nu som regel utförs i vecka 19+. Det som drivit på denna utveckling är bland annat en önskan om att kunna upptäcka fler fosterskador, särskilt hjärtmissbildningar. Ett annat skäl som anges är att fler kvinnor är överviktiga. Högt BMI är som nämnts en faktor som gör det svårare att upptäcka missbildningar.

SFOG uppger till Smer att valet av tidpunkt för rutinultraljud är en avvägning mellan att å ena sidan uppnå en hög detektionsgrad av fosterskador och å andra sidan ge tid för kvinnan, om hon så önskar, för ansökan och utförande av abort inom den tidsram som aktuell lagstiftning och praxis medger. Man framhåller att detektionsgraden vid rutinultraljud i vecka 20+ – 22+ är högre än vid tidigare utförd ultraljudsscreening, framför allt för hjärtmissbildningar och missbildningar i centrala nervsystemet. Med rådande abortlagstiftning skulle screening utförd så sent dock medföra att kvinnor inte skulle ha möjlighet att göra abort om de skulle önska detta vid detekterade missbildningar.

[41] Två standardavvikelser.
[42] Simic m.fl. 2010.

3.4 Extremt för tidigt födda barn

3.4.1 Fler extremt för tidigt födda överlever

Vid spontana förlossningar i vecka 22+ är enligt uppgift från Medicinska födelseregistret drygt sex av tio barn levande när de föds.[43] Någon uppgift om andelen levande födda barn efter spontan förlossning i vecka 21+ finns inte eftersom dödfödda inte registreras i Medicinska födelseregistret före vecka 22+.

Majoriteten av alla levande födda barn i vecka 21+ och 22+ överlever inte. Under det senaste decenniet har dock ettårsöverlevnaden bland de allra mest för tidigt födda barnen ökat. Enligt data från kvalitetsregistret SNQ överlevde under perioden 2013–2017 35 procent av de levande födda barnen i vecka 22+ och 18 procent av de levande födda barnen i vecka 21+ sitt första levnadsår. Åren 2004–2007 överlevde endast vart tionde levande fött barn i vecka 22+ och inget barn fött i vecka 21+ (tabell 3.2).[44]

De 18 procenten som överlevde i graviditetsvecka 21+ i perioden 2013–2017 utgörs av två av de totalt elva barn som föddes levande i denna vecka.[45] Båda dessa barn var enligt uppgift från registerhållaren för SNQ födda dag 21+6.

Tabell 3.2 Andel i procent av levande födda barn som överlevde första året. Inom parentes det totala antalet levande födda barn.

Graviditetsvecka	2004–2007	2013–2017
21+	0 (0)	18 (11)
22+	10 (51)	35 (124)
23+	53 (101)	61 (234)
24+	67 (144)	75 (298)
25+	82 (205)	86 (348)

Källor: The Express group 2009; SNQ 2018.

Med tanke på hur utvecklingen sett ut det senaste decenniet är det enligt SNF inte omöjligt att gränsen för överlevnad sänks ytterligare framöver. Till Smer har det dock framförts att utvecklingen för-

[43] Den exakta siffran är 63 procent (gäller 2014–2016).
[44] The Express group 2009; SNQ 2018.
[45] SNQ 2018, s. 51.

modligen är ”asymptotisk”, det vill säga att takten med vilken överlevnadsgränsen sänks tenderar att plana ut. Förr flyttades gränsen ungefär en vecka per decennium, men i dag är utvecklingen långsammare.

Det kan samtidigt inte uteslutas att det kommer tekniksprång framöver som ändrar förutsättningarna i grunden. Det har exempelvis utförts lyckade försök där lammfoster på en mognadsnivå som motsvarar 22–24 veckor hos mänskliga foster utvecklats i en ”artificiell livmoder” under den sista delen av fosterstadiet.[46] Syftet med forskningen är att undersöka om det går att skapa mer livmoderlika, och därmed gynnsammare, förutsättningar för vården av för tidigt födda barn. Eventuella kliniska tillämpningar av en sådan teknologi bedöms emellertid i dagsläget ligga långt bort.

3.4.2 Den medicinska livsduglighetsgränsen

Det har under lång tid funnits regionala skillnader i Sverige när det gäller synen på hur aktiv man bör vara i handläggningen av de allra tidigast födda barnen. En studie som publicerades 2014 visade att barn födda i perioden 22+0 – 24+6 hade nästan dubbelt så stor sannolikhet att överleva det första året om de föddes i vissa regioner än i andra.[47] Skillnaderna kunde hänföras till skillnader i andelen barn som avled inom tolv timmar efter födelsen, vilket enligt författarna pekar på att förklaringen var skillnader i praxis när det gäller initiala livräddande insatser för dessa barn.

För att minska dessa skillnader utarbetade SNF och perinatalarbetsgruppen inom SFOG år 2016 ett konsensusdokument med nationella riktlinjer för handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn vid gränsen för livsduglighet.[48] I riktlinjerna slås fast att:

> Ett barn som föds vecka 22+0 har rätt till sjukvård på samma villkor som alla andra människor i Sverige. Ett barn fött nära viabilitetsgränsen har ett akut, livshotande tillstånd som ofta kan behandlas framgångsrikt. Det är omöjligt att direkt efter förlossningen göra en säker prognos avseende chansen för överlevnad och risken för framtida men. Grundinställningen bör därför vara ett initialt aktivt förhållningssätt såvida det inte är helt uppenbart att vårdinsatser är utsiktslösa.

[46] Partridge m.fl. 2017.
[47] Serenius m.fl. 2014.
[48] Domellöf m.fl. 2016.

I dokumentet rekommenderas att neonatolog ska vara närvarande vid alla förlossningar från vecka 22+0. När det gäller livräddande insatser föreslår man att initiering av hjärt-lungräddning övervägs för alla nyfödda från vecka 22+0 och rekommenderas för alla nyfödda från vecka 23+0. Vid hotade förtidsbörd rekommenderas transport av den gravida kvinnan så att hon befinner sig vid högspecialiserat centrum från vecka 22+0. Man föreslår att steroidbehandling före förlossningen för att förbättra överlevnadschanserna och minska risken för sjuklighet och funktionsnedsättning övervägs från vecka 22+0 och rekommenderar att behandlingen ges senast från vecka 23+0.

3.4.3 Livsduglighet på individnivå

Livsduglighetsgränsen (viabilitetsgränsen) i de nationella riktlinjerna är en generell gräns för när medicinska insatser bedöms som meningsfulla vid extremt för tidig födsel och styr handläggningen vid hotande förtidsbörd, under förlossningen och, i viss mån, efter att barnet är fött. Livsduglighetsgränsen ska inte förväxlas med livsdugligheten hos det enskilda barnet. Som framgått är det bara vart tredje levande fött barn i vecka 22+ som överlever sin ettårsdag. Å andra sidan har (åtminstone) två barn födda dag 21+6 gjort det. Att den medicinska livsduglighetsgränsen bedöms gå vid 22+0 innebär med andra ord inte att varje barn som föds levande vid denna tidpunkt kan räddas till liv med medicinska insatser eller att inget barn fött tidigare kan det.

Företrädare för SNF har betonat för Smer att det inte finns någon tydligt avgränsad livsduglighetsgräns och att prognosen vid en extremt för tidig födsel påverkas av en lång rad medicinska faktorer, exempelvis tillväxthämning eller avvikelser hos barnet, flerbörd eller sjukdomar hos modern som inverkar negativt på barnets utveckling. En annan faktor som påverkar är den osäkerhet som finns i dateringen, där vart tjugonde barn är mer än en vecka feldaterat, vilket gör att ett barn kan vara både mer och mindre moget än förväntat utifrån dateringen.

Som konstaterats är ytterligare en faktor som kan påverka överlevnaden hur aktiv man är i handläggningen. Av Smers kontakter med företrädare för SNF har det framgått att de regionala skillnaderna i synen på hur aktiv man bör vara i handläggningen av de allra tidigast

födda barnen till viss del består även efter tillkomsten av de nationella riktlinjerna 2016. I somliga regioner tar man fasta på skrivningen om att grundinställningen bör vara ett aktivt förhållningssätt. Man ger regelmässigt behandling till barn i vecka 22+ (i någon region i ger man i enstaka fall även behandling i vecka 21+). Man har framfört att nästan inga barn visar några kraftiga livstecken i vecka 22+, men att detta inte utesluter att de kan svara på behandling som ges. I andra regioner förefaller man mer ta fasta på att livräddande insatser ska ”övervägas” i vecka 22+. Man bedömer oftare att vården är utsiktslös och satsar endast på de barn som verkar särskilt livskraftiga.

3.4.4 Föräldrars inflytande på beslutet om att avstå behandling

Inför beslut om att ge eller avstå från livräddande behandling sker enligt SNF alltid en dialog med föräldrarna. När det gäller i vilken mån föräldrarnas synpunkter ska beaktas i samband med beslutet skriver man i de nationella riktlinjerna från 2016 att föräldrarna bör få en realistisk information om överlevnadschanser och långtidsprognos för barnet, baserat på den senaste statistiken, samt att ”ansvarig obstetriker och neonatolog bör i den mån det är möjligt ta hänsyn till föräldrarnas synpunkter”.[49]

En avgörande fråga är förstås när man anser det ”möjligt” ta hänsyn till föräldrarnas synpunkter. Av Smers kontakter med olika företrädare för SNF framgår att det finns skillnader i landet när det gäller synen på i vilken grad föräldrarnas livssituation och önskemål bör vägas in i beslutet. På en del kliniker anser man i högre grad att föräldrarnas sociala situation och önskemål om vården bör vägas in i beslutet. På andra anser man att det i huvudsak är barnets medicinska förutsättningar som ska styra; att väga in familjens situation eller önskemål blir ett ”subjektivt” beslut som är svårt att försvara. Man påpekar att man inte frågar föräldrarna i andra, jämförbara situationer, exempelvis om ett fullgånget barn fått syrebrist vid förlossningen.

[49] När det gäller regelverket kring föräldrars inflytande på beslutet se bilaga.

3.4.5 Sjuklighet och funktionsnedsättning

Extremt för tidig födsel innebär en kraftigt förhöjd risk för sjuklighet och funktionsnedsättning. Resultat från den svenska kohortstudien EXPRESS (Extremely Preterm Infants in Sweden Study), som omfattar drygt 1000 barn födda mellan åren 2004 och 2007, visar att över hälften av barnen födda vecka 26+ eller tidigare som överlevde första året hade någon form av allvarlig neonatal sjuklighet ett år efter födelsen.[50]

Sjuklighet under nyföddhetsperioden innebär inte med nödvändighet att barnet får bestående funktionsnedsättningar. Barnen i EXPRESS-studien har följts upp vid 6,5 års ålder för att undersöka hur deras utveckling påverkas på längre sikt. I en studie där man undersökt förekomsten av neurologisk funktionsnedsättning[51] framgår att av de barn som föddes i vecka 23+ hade 22 procent ingen funktionsnedsättning, 22 procent mild funktionsnedsättning medan 56 procent hade en måttlig eller svår funktionsnedsättning vid 6,5 års ålder.[52] Endast fem barn födda i vecka 22+ ingick i studien, varför några statistiskt säkra resultat inte finns för denna grupp. Av de fem barnen hade två mild funktionsnedsättning, två måttlig och ett barn svår funktionsnedsättning (se tabell 3.3). En metaanalys från 2013, som inte inkluderar svenska data, fann att risken för måttlig eller svår neurologisk funktionsnedsättning vid 4 till 8 års ålder var högre ju tidigare barnet var fött. Barn födda i vecka 25+ hade 24 procents risk för neurologisk funktionsnedsättning, medan barn födda i vecka 22+ hade 43 procents risk.[53, 54]

[50] The Express group 2009. Allvarlig neonatal sjuklighet inkluderar allvarlig intraventrikulär hjärnblödning (IVH), periventrikulär leukomalaci (PVL). nekrotiserande enterokolit (NEC, inflammation i tarmen), svår prematuritetsretinopati (ROP) och kronisk lungsjukdom (bronkopulmonell dysplasi, BPD).
[51] Synnedsättning, hörselnedsättning, CP eller kognitiv nedsättning.
[52] Serenius m.fl. 2016.
[53] Moore m.fl. 2013. Man såg ingen signifikans för enbart svår neurologisk funktionsnedsättning, men det bör beaktas att det rörde sig om små populationer.
[54] Många extremt för tidigt födda barn får också nedsatt lungfunktion. Se Thunqvist m.fl. 2018.

Tabell 3.3 Förekomst av funktionsnedsättning vid 6,5 års ålder bland extremt för tidigt födda barn i Sverige 2004–2007
Andel i procent

Vecka	Antal barn	Funktionsnedsättning			
		Ingen	Mild	Måttlig	Svår
22+	5	(0)	(40)	(40)	(20)
23+	52	22	22	35	22
24+	95	26	34	21	19
25+	165	33	37	18	12
26+	177	50	25	16	9

Källa: Serenius m.fl. 2016.

3.4.6 Sämre prognos efter sen abort

Vid hotande förtidsbörd kan åtgärder vidtas för att förbättra prognosen för barnet. Behandling kan ges med steroider före förlossningen, vilket leder till lägre mortalitet och lägre risk för sjuklighet och funktionsnedsättning, och/eller magnesiumsulfat, vilket förbättrar utfallet vad avser neurologiska funktioner. Andra åtgärder som kan vidtas för att förbättra prognosen är fosterövervakning och transport till högspecialiserat centrum.

Vid sen abort vidtas inte åtgärder för att förbättra prognosen. För att föda fram fostret får kvinnan behandling med mycket höga doser misoprostol (prostaglandin), som stimulerar livmodern att dra ihop sig. Detta minskar blodförsörjningen till fostret, vilket skulle kunna leda till skador på grund av lokal syrebrist (ischemi).[55] En stor andel av fostren (cirka två tredjedelar) har dessutom en fosterskada som, i varierande grad, kan tänkas påverka livsdugligheten negativt. Sammantaget kan det antas att ett foster som visar livstecken efter en sen abort generellt har försämrade utsikter för överlevnad och god hälsa jämfört med ett lika gammalt extremt för tidigt fött barn.

[55] Källén och Winbladh 2018.

4 Abortlagens livsduglighetsbegrepp

4.1 Två betydelser av livsduglighet

Enligt 3 § abortlagen får tillstånd för abort efter artonde graviditetsveckan inte ges om det finns skäl att anta att fostret är livsdugligt. Det förekommer att ett foster har en så allvarlig skada att det aldrig kommer att kunna leva utanför livmodern. Ett sådant foster är inte, och kommer inte att bli, livsdugligt och får aborteras oavsett graviditetslängd.

Ett friskt foster kommer däremot så småningom att nå en sådan mognadsgrad att det skulle kunna överleva utanför livmodern. När denna gräns passerats är fostret livsdugligt och får inte aborteras. Det är livsduglighet i denna bemärkelse som står i fokus i detta kapitel.

När Rättsliga rådet tar ställning till livsduglighet i den första bemärkelsen utgår ställningstagandet från medicinska uppgifter kring det enskilda fostret. Det handlar om att fostret diagnostiserats med en så allvarlig fosterskada att den läkare som gjort den medicinska utredningen bedömer att det aldrig kommer att kunna leva utanför livmodern.

När Rättsliga rådet bedömer livsduglighet i den andra bemärkelsen finns däremot inga uppgifter om det *specifika* fostrets livsduglighet. Rådet behöver i dessa fall sätta en gräns för sena aborter som bygger på *generell* medicinsk kunskap kring hur tidigt i utvecklingen foster klarar att leva utanför livmodern. För foster som enligt ultraljudsdateringen passerat denna gräns lämnas inte tillstånd för abort.

Bedömningen av livsduglighet har i de senare fallen karaktären av en prognos utifrån kunskap på gruppnivå. Beroende på hur stora marginaler man lämnar i denna bedömning, finns det därför en möjlighet att det enskilda fostrets livsduglighet avviker från denna prognos,

både för att det inte finns någon skarp gräns för livsdugligheten och för att en del foster kan vara äldre än vad dateringen gör gällande, exempelvis på grund av den felmarginal som finns i dateringen.

4.2 Livsduglighetsbegreppet i förarbetena

4.2.1 Livsduglighet är beroende av vårdens möjligheter

Av förarbetena till abortlagen framgår att livsduglighet är synonymt med att fostret ”kan leva och vidareutvecklas utanför moderns kropp”.[1] Eftersom barn som föds i andra trimestern normalt inte klarar sig utan avancerade vårdinsatser blir det avgörande för bedömningen av livsduglighet vad man menar med att fostret ”kan leva”. Förutsätts det att fostret klarar sig utan några särskilda vårdinsatser som ett fullgånget och friskt barn? Eller antar man att det får tillgång till bästa tänkbara neonatalvård, inklusive maximala intensivvårdsinsatser? Av förarbetena till abortlagen framgår att livsduglighet snarast ska förstås i den senare meningen. Abortlagens 18-veckorsgräns infördes för att skapa en betryggande säkerhetsmarginal mot ”ingrepp, där det kan tas fram foster som företer livstecken och som eventuellt *kan bringas att överleva med de förbättrade metoder för prematurvård som numera föreligger eller inom en inte alltför avlägsen framtid kan väntas stå till läkarnas förfogande*” (Smers kursivering).[2] Samma tanke uttrycktes i samband med att abortlagen sågs över i mitten av 1990-talet. I propositionen konstaterades att den gräns som tillämpades (och tillämpas) för sen abort, 22:a veckan, syftade till att ge en ”betryggande säkerhetsmarginal till livsdugligt foster”. Denna tidpunkt bedömdes då vara 23:e till 24:e graviditetsveckan, en tidpunkt då inget barn överlever utan avancerad vård.[3] [4]

Det bör noteras att lagstiftaren varken på 1970- eller på 1990-talet kunde föreställa sig de möjligheter som finns i dag när det gäller att

[1] Prop. 1974:70, s. 68.
[2] Prop. 1974:70, s. 67–68.
[3] Prop. 1994/95:142, s. 36.
[4] I amerikanska högsta domstolens dom Roe v. Wade från 1973, som slog fast att aborträtten ingår i den grundlagsfästa rätten till skydd för privatlivet, definieras ett foster som livsdugligt (”viable”) om det är ”potentially able to live outside the mother’s womb, albeit with artificial aid”. Domstolen bedömde att livsduglighet med denna definition kunde uppkomma vid 24 veckor.

rädda extremt för tidigt födda barn. I förarbetena till abortlagen uppgav det ansvariga statsrådet att gränsen för överlevnad tack vare förbättrade vårdmöjligheter skulle kunna komma att förskjutas nedåt 24:e havandeskapsveckan.[5] Vid översynen av abortlagen på 1990-talet konstaterades som nämnts att foster i 23:e till 24:e graviditetsveckan kunde överleva, men också att man inom prematurvården inte trodde att gränsen skulle förskjutas nedåt eftersom fostrets lungor tidigare än så är för outvecklade.[6] Som framgår av avsnitt 3.4 anses den medicinska livsduglighetsgränsen i dag infalla vid 22+0, och det bedöms inte vara uteslutet att den sänks ytterligare i framtiden.

4.2.2 Vid livsduglighet går fostrets skyddsvärde före kvinnans självbestämmande

När fri abort i och med abortlagens införande blev tillåtet fram till och med den artonde veckan (dag 18+0) grundades detta i en tilltro till att kvinnan bättre än någon annan kan bedöma sin situation och sina möjligheter att ta hand om ett barn. Lagstiftaren ansåg dock inte att abort kunde tillåtas under hela graviditeten. Som skäl för detta angavs att fostret successivt utvecklas till ”en livsduglig varelse vars rätt till liv måste respekteras”.[7] Lagstiftaren ansåg alltså att fostrets skyddsvärde ökar successivt under graviditeten och att livsduglighet utgör den etiskt avgörande gräns där detta skyddsvärde väger tyngre än kvinnans självbestämmande.

Som nämnts var ett viktigt skäl till att gränsen för fri abort sattes till arton veckor att man ville skapa en ”betryggande säkerhetsmarginal” mot ingrepp i situationer där fostret är livsdugligt.[8] Eftersom regeringen bedömde att det kunde finnas situationer efter den artonde veckan där abort framstår som en angelägen åtgärd infördes möjligheten att få tillstånd till abort senare än så vid synnerliga skäl. Det var för att detta inte skulle hota den för regeringen så viktiga principen att livsdugliga foster inte får aborteras (annat än då kvinnans

[5] Prop. 1974:70, s. 14.
[6] Prop. 1994/95:142, s. 36.
[7] Prop. 1974:70, s. 62.
[8] Prop. 1974:70 s. 67–68. Ett annat skäl för 18-veckorsgränsen var att kvinnan brukar känna de första fosterrörelserna i vecka 18–20, vilket enligt lagstiftaren innebär ökad risk för psykiska följdverkningar vid en abort.

liv eller hälsa står på spel) som en särskild bestämmelse mot abort av livsdugliga foster infördes i abortlagen.[9]

När abortlagen sågs över i mitten av 1990-talet upprepade regeringen i förarbetena uppfattningen att ju längre graviditeten fortskrider desto mer etiskt ”tveksam” framstår aborten och desto mer påkallad blir en avvägning mellan fostrets och kvinnans intressen.[10] I propositionen kommenterade regeringen den gräns för sena aborter vid 22:a graviditetsveckan[11] som då tillämpades. Denna hade enligt regeringen tillkommit på grund av ”behovet av en betryggande säkerhetsmarginal till livsdugligt foster”.[12]

Sammanfattningsvis har lagstiftaren uppfattat livsduglighet som den gräns där fostrets skyddsvärde går före kvinnans självbestämmande, där fostrets livsduglighet ska ses i relation till vad som är medicinskt och tekniskt möjligt inom neonatalvården. För att inte riskera att livsdugliga foster skulle aborteras var tanken att det skulle finnas en viss säkerhetsmarginal mellan den tillämpade abortgränsen och neonatalvårdens livsduglighetsgräns.

4.3 Rättsliga rådets praxis

Det är Rättsliga rådet som har att fastställa den senaste tidpunkt då abort beviljas. Den av Rättsliga rådet tillämpade gränsen för livsduglighet är för närvarande dag 22+0, vilket sammanfaller med den gräns för livsduglighet som SNF och perinatal-arbetsgruppen inom SFOG enades om 2016 (se avsnitt 3.4.2). Abort beviljas därför senast dag 21+6. Som framgått i föregående avsnitt tillämpades denna gräns redan 1995. Skillnaden var att det på den tiden fanns någon veckas marginal till den gräns där det var möjligt att få extremt för tidigt födda barn att överleva (en gräns som lagstiftaren inte trodde skulle förskjutas tillbaka mer). Sedan dess har gränsen för överlevnad förskjutits ytterligare och i dag överlever vart tredje levande fött barn i vecka 22+ sin ettårsdag. Enstaka barn födda dag 21+6 har också överlevt (se avsnitt 3.4.1).

[9] Prop. 1974:70 s. 68.
[10] Prop. 1994/95:142, s. 36.
[11] Av sammanhanget framgår att det är vecka 21+ som avses, vilket är den gräns som fortfarande tillämpas i dag.
[12] Prop. 1994/95:142, s. 36.

Rättsliga rådets ordförande uppger att rådet årligen diskuterar om gränsen för sen abort bör flyttas eller ligga kvar. Det sitter inga specialister i barnmedicin i rådet, men de läkare som finns i rådet har enligt ordföranden god kännedom om utvecklingen inom neonatalvården. Vid behov bjuder man också in neonatologisk expertis.

Att några enstaka barn födda dag 21+6 har överlevt har hittills ansetts som ett för svagt underlag för att sänka gränsen en vecka, uppger rådets ordförande, som framhåller att det skulle innebära att cirka 150 kvinnor varje år inte skulle få abort, där det i många fall rör sig om foster med svåra skador. Det som skulle kunna få rådet att flytta gränsen vore ökade överlevnadsmöjligheter i vecka 21+.

4.4 Oklarheter kring tolkningen

Efter att Rättsliga rådet i november 2015 meddelade att sena aborter måste vara avslutade före dag 22+0 (se avsnitt 3.2.6) efterlyste SFOG i två skrivelser till Rättsliga rådet 2015 och 2016 ett förtydligande av abortlagens livsduglighetsbegrepp.[13] SFOG påpekar att det krävs högteknologisk och långvarig intensivvård för att ett extremt för tidigt fött barn ska överleva (och dessutom ibland livslång vård i hemmet). SFOG uppger att ”vid inducerad abort är den tydliga utgångspunkten att sådan intensivvård inte är aktuell och att livsduglighet i de aktuella graviditeterna därför inte föreligger”.

I maj 2018 enades SBF, SFOG och SNF om ett konsensusdokument för handläggning av sena aborter efter dag 18+0. I detta dokument tolkar man begreppet livsduglighet som ”möjlighet till överlevnad vid födelse i aktuell gestationsålder utan att åtgärder under graviditeten vidtas för att förbättra möjlighet till överlevnad, och utan att omedelbara resuscitationsåtgärder vidtas efter fostrets framfödande”.[14] Smer har frågat ordföranden för SNF vid vilken tidpunkt under graviditeten livsdugligheten inträffar med denna definition, men fått till svar att det inte går att dra en tydlig gräns. Dels för att det kan vara svårt att veta vad som avses med ”omedelbara resuscitationsåtgärder”, och dels för att det kan variera stort mellan olika barn vilka åtgärder som behövs. Även fullgångna barn kan ibland behöva respiratorbehandling.

[13] SFOG 2015 och SFOG 2016b.
[14] SBF, SFOG och SNF 2018.

I det ärende som Justitieombudsmannen, JO, inledde i 2017 gällande oklarheter i rättsläget kring sena aborter är tolkningen av livsduglighetsbegreppet en av de punkter som JO lyfter fram (gällande JO-ärendet, se även avsnitt 3.2.6). JO framhåller att det från ett rättssäkerhetsperspektiv inte är tillfredsställande om hälso- och sjukvårdspersonal inte vet vad de ska rätta sig efter vid sena aborter.[15] JO bad därför IVO och Socialstyrelsen att yttra sig över om det finns behov av klargöranden för att ge berörda vårdgivare vägledning i frågor om abortlagens och folkbokföringslagens tolkning och praktiska tillämpning. Varken IVO eller Socialstyrelsen går närmare in på just livsduglighetsbegreppet, men IVO skriver i ett svar från september 2018 att rättsläget i frågor om abortlagens tolkning och tillämpning inte är oklart, då myndigheten bedömer att abortlagen och SOSFS 2009:15 i kombination med professionens rekommendationer samspelar och ger vägledning i dessa frågor.[16] Socialstyrelsen svarade JO i november 2018 att man tidigare under hösten träffat SBF, SFOG och SNF för en dialog kring deras arbete med ovan nämnda konsensusdokument, och att det då framkom att professionsorganisationerna för närvarande inte anser att det finns behov av ytterligare kunskapsstöd vid vård och behandling av sena aborter. Socialstyrelsen bedömer att det inte för närvarande behövs ytterligare vägledning i form av myndighetsföreskrifter eller allmänna råd.[17]

[15] Justitieombudsmannen 2018.
[16] IVO 2018.
[17] Socialstyrelsen 2018b.

5 Åtgärder som skulle kunna reducera antalet aborter nära Rättsliga rådets gräns

Uppgifterna om överlevnad av extremt för tidigt födda barn visar att de sena aborter där ett livsdugligt foster eventuellt skulle kunna födas fram är de som sker den sista veckan före Rättsliga rådets gräns vid dag 22+0. Tidigare än i vecka 21+ har det inte rapporterats om att extremt för tidigt födda barn har överlevt. Smer har därför i sina kontakter med professionsföreträdare och företrädare för Rättsliga rådet undersökt vilka möjligheter som kan finnas att inom nuvarande praxis reducera antalet aborter den sista veckan före Rättsliga rådets gräns.

5.1 Ändrad praxis kring ultraljud

5.1.1 Tidigare ultraljud i andra trimestern

Som framgått (avsnitt 3.3.4) har det på senare tid skett en senareläggning av ultraljudet i andra trimestern, som numera i regel utförs i vecka 19+. Enligt SFOG skulle det med rätt utbildning och kompetens vara möjligt att sänka tidpunkten för ultraljudet i andra trimestern till graviditetsvecka 18+. På så sätt skulle man uppnå en kompromiss mellan att å ena sidan uppnå en hög detektionsgrad av allvarliga missbildningar, och att å andra sidan medge tid för information, betänketid, och – för de kvinnor som önskar – utförande av abort inom den tidsram som gäller enligt nuvarande abortlagstiftning och praxis. Även SBF har uttryckt stöd för att ultraljudet i andra trimestern bör kunna sänkas till vecka 18+.

Att ytterligare tidigarelägga ultraljudet till graviditetsvecka 16+ eller 17+ skulle enligt SFOG troligen ha negativ inverkan på upptäckt av hjärtmissbildningar, missbildningar i centrala nervsystemet samt vissa allvarliga missbildningar i urinvägar och könsorgan. Fler undersökningar skulle troligen också behöva upprepas på grund av alltför låg visualisering av de organsystem som i dag anses vara obligatoriska vid anatomigranskning i andra trimestern.

5.1.2 Allmänt ultraljud i första trimestern

Som nämnts genomgår redan i dag cirka hälften av alla gravida kvinnor en ultraljudsundersökning i första trimestern (vecka 11+ – 13+) i samband med KUB-test. Den medicinskt mest välinvesterade förändringen av obstetrisk ultraljudsverksamhet för att minska antalet sena aborter vore enligt SFOG att erbjuda alla gravida kvinnor ett ultraljud i första trimestern. Vid denna underökning skulle man upptäcka fosterdöd och flerbörd. Dateringen av graviditeten skulle bli mer exakt eftersom felmarginalen är mindre i tidig graviditet. Förutom att det minskar risken att ett foster som aborteras i vecka 21+ i själva verket är äldre, skulle man ha en bättre datering att utgå ifrån vid planeringen av ultraljudet i andra trimestern, där man annars utgår från sista menstruationen. Därmed skulle risken minska för mycket sent upptäckta missbildningar som leder till kort betänketid för kvinnan och/eller väldigt sent utförd abort.

SFOG framhåller att vid ett ultraljud i första trimestern skulle över hälften av de allvarliga fosteravvikelserna upptäckas (se avsnitt 3.3.2), en siffra som skulle kunna öka när den personal som utför ultraljuden får ökad erfarenhet. Med tidigare upptäckt av fosterskador skulle det finnas mer tid för utredning, vilket kan ge kvinnan/paret ett bättre underlag för beslutet att fortsätta eller avbryta graviditeten. I de fall man väljer att avbryta graviditeten är det en fördel för kvinnan/paret ju tidigare det kan ske. Vid ultraljudet i andra trimestern kan man koncentrera sig på att fånga upp de avvikelser som utvecklas senare och inte kan upptäckas i första trimestern, som exempelvis hjärtmissbildningar och vissa missbildningar i det centrala nervsystemet.

5.1.3 Vaginalt ultraljud

I riktlinjer från International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) framgår att man vid vissa centra utför screening för att upptäcka anatomiska avvikelser via vaginalt ultraljud i graviditetsvecka 13+ – 16+.[1] Enligt SFOG kommer det allt fler rapporter om förbättrad diagnostik vid vaginalt ultraljud. Att använda vaginalt ultraljud för att upptäcka anatomiska avvikelser kan dock enligt ISUOG kräva specialträning. I Sverige görs denna undersökning endast av några få undersökare och är i dagsläget inget möjligt alternativ för majoriteten av de gravida kvinnorna.

5.2 Minskad tid mellan ultraljud och ansökan om abort

Smer har ställt frågan vilka möjligheter som finns att skynda på processen mellan det att en (misstänkt) fosterskada upptäcks på ultraljudet och en eventuell ansökan om sen abort. SFOG och SBF uppger att i det fall en misstänkt fosterskada upptäcks vid rutinultraljudet i andra trimestern finns det resurser för att ge kvinnan nödvändigt stöd, exempelvis i form av kontakt med kurator som kan genomföra den psykosociala utredning som behövs vid ansökan om abort hos Rättsliga rådet.

SFOG har vidare framfört att om en kvinna, som vid ultraljudet fått veta att det barn hon väntar har en fosterskada, ska kunna fatta ett autonomt beslut kring att fortsätta eller avbryta graviditeten, måste hon vara välinformerad. Att få eller inhämta den nödvändiga informationen kan ta en viss tid. Kvinnan/paret kan exempelvis behöva träffa en kirurg för att få veta om en missbildning går att åtgärda. De kan önska ta kontakt med en patient- eller föräldraförening för att höra hur det är att leva med den aktuella skadan. I fallen med fosterskada handlar det dessutom som regel om önskade graviditeter och beskedet att fostret är skadat kommer som en chock. Att ta in informationen och överväga sitt beslut är en process som tar en viss tid. Kvinnan/paret informeras dock alltid om att senaste dagen för sen abort är 21+6.

[1] Salomon LJ m.fl. 2011.

Utredningstiden vid hjärtfel, den enskilt vanligaste typen av fosterskada, är enligt SFOG upp till 2–3 veckor från misstanke till säker diagnos. En viss förbättringspotential kan finnas när det gäller att minska denna tid. Möjligheten att snabba upp utredningstiden är dock beroende på skadans art; en genetisk analys vid hjärtfel som misstänks bero på kromosomavvikelse kan ha en svarstid på upp till 12–14 dagar.

5.3 Snabbare hantering hos Rättsliga rådet

Företrädare för professionsföreningarna har framfört att man upplever att Rättsliga rådets hantering av ansökningar om sen abort ibland kan dra ut på tiden. Framför allt gäller det ansökningar på grund av sociala skäl. SBF, SFOG och SNF framhåller i sitt konsensusdokument för handläggning av sena aborter att det är önskvärt att beslut av Rättsliga rådet i möjligaste mån fattas utan eller med minimal fördröjning, oavsett indikation för aborten.[2]

Rättsliga rådets ordförande har i kontakter med Smer uppgivit att ärenden om sen abort hanteras skyndsamt. Beslut fattas inom en vecka, efter rådets fredagssammanträde. Återstår det mindre än en vecka fram till gränsen 22+0 kan ärendena beslutas av ordförande och föredragande läkare samma dag som de inkommer genom så kallat tvåmannabeslut. Vid fosterskada förekommer ibland tvåmannabeslut även näst sista veckan för att kvinnan ska kunna få en abort så snabbt som möjligt.

De ärenden som emellanåt kan dra ut på tiden något är de som rör sociala skäl. Kvaliteten på den psykosociala utredningen varierar enligt rådets ordförande och ibland händer det att man avslår ansökan på grund av att underlaget är bristfälligt, varefter kvinnan får lämna in en ny ansökan med kompletterande uppgifter. Ärendena som rör sociala skäl beskrivs generellt sett som svåra, varför man så långt det går vill fatta beslut med hela rådet närvarande. Tvåmannabeslut blir därför enligt rådets ordförande i princip endast aktuellt när det är mindre än en vecka kvar till gränsen 22+0.

[2] SBF, SFOG och SNF 2018.

5.4 Minskad tid mellan beslut och verkställande av aborten

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:15) om abort ska vårdgivaren ansvara för att det fastställs rutiner som säkerställer att en sen abort utförs snarast möjligt efter att Rättsliga rådet gett tillstånd. SBF, SFOG och SNF framhåller i sitt konsensusdokument för handläggning av sena aborter att handläggningen vid sen abort ska ske så skyndsamt som möjligt efter ansökan till Rättsliga rådet, både från sjukvårdens och Rättsliga rådets sida.[3]

SFOG och SBF uppger för Smer att det kan förekomma att en beslutad sen abort inte inleds omedelbart efter beviljandet utan kan dröja någon eller några dagar. Föreningarna framhåller vikten av att alla verksamhetsansvariga förstår att en sen abort är ett akut omhändertagande.

Enligt SFOG kan det också i enstaka fall hända att själva aborten drar ut på tiden (avsnitt 3.2.3). SBF och SFOG har framhållit att med en mer aktiv handläggning av aborten skulle risken att sena aborter drar ut på tiden kunna minska.

5.5 Förbättrad information om möjligheterna att behandla fosterskador

Från SNF har det framförts att när det gäller många typer av fosterskador har man i dag goda behandlingsmöjligheter. Det är dock inte alltid som obstetriker har uppdaterad kunskap på området. Om barnläkare skulle bli bättre på att informera obstetriker om prognoser för olika fosterskador menar man från SNF att antalet sena aborter eventuellt skulle kunna bli färre. Av samma anledning kan man från mödravården behöva bli snabbare på att remittera till specialist (barnläkare, genetiker osv.) för att föräldrarna ska få adekvat information.

[3] SBF, SFOG och SNF 2018.

5.6 Sena aborter av sociala skäl

Företrädare för SFOG har framfört till Smer att möjligheterna att genom insatser från vården reducera antalet aborter i sista veckan före Rättsliga rådets gräns (dag 22+0) är mer begränsade när det gäller aborter av sociala skäl. Det beror på att kvinnan ibland inte söker kontakt med vården förrän i ett mycket sent skede. Ibland kan dock processen från den första kontakten med vården till ansökan om abort bli onödigt utdragen. Det kan handla om att remissen till ultraljud inte hanteras tillräckligt skyndsamt eller att man tror att en kurator måste skriva den psykosociala utredningen, vilket inte är ett krav.

6 Ställningstaganden och förslag

6.1 Ett principiellt ställningstagande behövs

Som framgår av de föregående kapitlen ökar antalet sena aborter i Sverige. Skälet är i huvudsak att fler fosterskador upptäcks i dag som en följd av förfinade metoder för ultraljud i kombination med att rutinultraljudet i andra trimestern senarelagts (avsnitt 3.3). Antalet ansökningar om sen abort i sista veckan före Rättsliga rådets gräns vid dag 22+0 rör sig om uppskattningsvis 130–140 årligen (avsnitt 3.2.1). Det finns inga säkra uppgifter om hur vanligt det är att ett foster visar livstecken efter sen abort, men andelen är troligen mycket liten. En brittisk studie fann att vart tjugonde foster som aborterades på grund av fosterskada i vecka 21+ visade livstecken (avsnitt 3.2.5).

Det framgår också att det i dag är möjligt att rädda extremt för tidigt födda barn i vecka 22+ till liv, även om barnen i många fall – men inte alla – får betydande funktionsnedsättningar (avsnitt 3.4). Samtidigt framgår att en del sena aborter drar ut på tiden och att framfödandet i några fall kan ske ett antal dagar in i vecka 22+ (avsnitt 5.4). Till detta kommer att det finns en felmarginal på cirka en vecka i dateringen, vilket gör att en del foster kan vara utvecklingsmässigt mognare än vad dateringen anger (avsnitt 3.3.3).

Foster som visar livstecken efter en sen abort har generellt sett sämre medicinska förutsättningar än barn som föds levande efter en spontan förlossning. Det beror på att många av dem har en mer eller mindre allvarlig fosterskada, men också på att själva abortprocessen kan innebära risk för skada på grund av syrebrist och på att åtgärder som ökar överlevnadschanserna inte vidtagits (avsnitt 3.4.6). Sannolikheten för att ett livsdugligt foster skulle födas fram efter en abort som inleds senast dag 21+6 måste alltså bedömas som mycket låg. Likväl förefaller det inte helt uteslutet att det med dagens praxis, där sen abort beviljas och inleds till och med dag 21+6, i enstaka fall

skulle kunna födas fram ett foster efter en sen abort som är livsdugligt.

Med ändrad praxis kring ultraljud och andra åtgärder skulle antalet aborter nära gränsen 22+0 sannolikt kunna minska (kapitel 5). Även med dessa åtgärder skulle emellertid en del aborter där det finns synnerliga skäl sannolikt inte att kunna utföras tidigare än i vecka 21+, i vissa fall kanske inte förrän i slutet på denna vecka. Till detta kommer möjligheten att den medicinska livsduglighetsgränsen fortsätter att förskjutas nedåt i framtiden. Det finns därför ett behov av ett principiellt ställningstagande till frågan om foster som visar livstecken efter sen abort.

6.2 Värden och mål

I en situation där ett foster visar livstecken efter en sen abort aktualiseras ett antal grundläggande värden och mål som kan vara svåra att förena med varandra. I detta avsnitt ges en presentation av de olika värden som behöver beaktas inför ett ställningstagande till frågan om foster som visar livstecken efter sen abort.

6.2.1 Människovärdet

Smer har i tidigare skrifter beskrivit och försvarat en humanistisk människosyn. Kärnan i denna människosyn är människovärdesprincipen, det vill säga tanken att varje människa har ett egenvärde just för att hon är människa. Detta egenvärde, människovärdet, är knutet till den mänskliga existensen och inte till egenskaper eller ställning i samhället. Med avseende på människovärdet är ingen människa förmer än någon annan.

Som framgår av Smers skrift ”Det svårfångade människovärdet” kan människovärdesprincipen tolkas på lite olika sätt.[1] ”Respekttolkningen” tar fasta på att allt mänskligt liv, liksom allt annat liv, kräver respekt. En närbesläktad tolkning är ”okränkbarhetstolkningen”, som bygger på den kantianskt inspirerade tanken att människolivet har ett oändligt värde och inte får kränkas. Det innebär bland annat att

[1] Smer 2012.

varje människa ska behandlas som ett mål i sig och aldrig endast som ett medel för andra.

En tredje tolkning kan kallas för ”likarättstolkningen”. Enligt denna innebär människovärdet att varje människa har ett antal inneboende och oförytterliga rättigheter som ska respekteras oavsett vem det gäller. Den mest grundläggande av dessa rättigheter är rätten till liv. Andra rättigheter som följer av människovärdet är rätten till frihet, till personlig säkerhet och till ett värdigt liv. Att alla människor har lika värde innebär att alla människor har samma rätt att få sina grundläggande rättigheter tillgodosedda. Någon särbehandling får inte ske med avseende på de grundläggande rättigheterna.

Liksom Smer gjort i tidigare sammanhang utgår rådet i denna rapport i första hand från likarättstolkningen. Det bör dock betonas att de olika tolkningarna inte behöver utesluta varandra och att resultatet ofta blir detsamma när de tillämpas på konkreta problem.

Människovärde och mänskliga rättigheter

Nära kopplade till människovärdet är de mänskliga rättigheterna, som bland annat omfattar rätten till liv, frihet och personlig säkerhet, likhet inför lagen samt skydd mot tortyr, förnedrande behandling och godtyckliga ingrepp. Skillnaden mellan människovärde och mänskliga rättigheter är att det förra är ett etiskt begrepp, medan det senare oftast uppfattas som ett juridiskt begrepp. De mänskliga rättigheterna kan ses som den miniminivå som samhället måste garantera för att människovärdet ska kunna förverkligas i den enskilda människans tillvaro.

De mänskliga rättigheterna finns uttryckta både i svensk lagstiftning och i internationella konventioner som Sverige är bundet av, däribland regeringsformen, Europarådets konvention om de mänskliga rättigheterna och FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Enligt barnkonventionen har varje barn en inneboende rätt till liv och konventionsstaterna ska till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling (för en mer utförlig genomgång av rättsläget hänvisas till bilaga).

Rätten till liv

Enligt människovärdesprincipen har varje människa en inneboende rätt till liv som ska respekteras oavsett vem det gäller. Detta ska inte tolkas som att ett fortsatt liv i alla lägen ligger i individens intresse och att det finns ett etiskt krav på att alltid ge livsuppehållande insatser till en patient. Behandling som saknar förutsättningar att ge medicinsk effekt och endast innebär ett förlängt lidande ska inte ges.[2] För extremt för tidigt födda barn kan, som vi har sett, den medicinska prognosen ofta vara dålig och göra det motiverat att avstå behandling. För ett foster som visar livstecken efter sen abort i samma vecka kan den medicinska prognosen vara ännu sämre på grund av att de inte fått förebyggande åtgärder före födelsen, på grund av risker förenade med själva abortprocessen och för att många av dem har en fosterskada som var grunden för aborten.

Den rätt till liv som följer av människovärdet innebär alltså inte ett ovillkorligt krav på att ge livsuppehållande behandling till en patient. Vad respekten för människovärdet däremot innebär är att beslutet ska fattas utifrån *individens* intresse. Vilken påverkan dennes frånfälle eller fortsatta liv skulle få på omgivningen eller samhället ska inte vägas in. Om prognosen är oklar innebär rätten till liv att livsuppehållande behandling ska ges fram till den punkt där det bedöms att fortsatt behandling inte är förenlig med patientens bästa.

6.2.2 Självbestämmandet

Etiskt har aborträtten ofta setts som grundad i kvinnans rätt till *kroppslig integritet,* dvs. hennes självbestämmande över sin egen kropp och hälsa. Kroppslig integritet innebär att varje människa förfogar över sin kropp och har rätt att utan inskränkningar från samhället fatta beslut gällande den egna kroppen och hälsan. Rätten till kroppslig integritet är liksom rätten till liv en grundläggande del av det demokratiska samhället.

Utöver den kroppsliga integriteten uppfattas aborträtten som regel också som grundad i kvinnans rätt till *självbestämmande över*

[2] Livsuppehållande behandling ska enligt lagar och föreskrifter inte ges till en patient om det inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet och skulle göra mer skada än nytta för patienten, se vidare bilaga.

sitt liv, det vill säga att kunna ta ställning till sin egen, familjens och det blivande barnets förväntade framtid om graviditeten fullföljs.[3] Vid sen abort kan det handla om att fostret har en skada som riskerar leda till en stor vårdbörda för familjen och att det blivande barnet också riskerar att få en mycket låg livskvalitet. Vid abort av sociala skäl kan det handla om att kvinnan inte bedömer sig ha förutsättningar att ta hand om det blivande barnet och ge det en god uppväxt.

Om ett foster skulle räddas till liv efter en sen abort kan man argumentera för att det inte skulle inskränka kvinnans rätt till självbestämmande över sin kropp. Fostret utgör ju inte längre en del av eller är förbundet med kvinnans kropp. Samtidigt har kvinnan genom sin ansökan om sen abort tillkännagivit sin önskan om att graviditeten ska avbrytas och att ett barn inte ska födas. Att rädda ett foster till liv efter en sen abort kan därmed ses som en begränsning av kvinnans självbestämmande när det gäller att uppnå det som var syftet med aborten.

6.2.3 Omsorgen om välbefinnandet

Barnets välbefinnande

Varje uppväxande människa har en rad intressen som kan sammanfattas under rubriken *välbefinnande.* Dessa intressen inbegriper bland annat hälsa, social och ekonomisk trygghet samt att få växa upp i en miljö där man är önskad och välkommen. Ett foster som räddas till liv efter en sen abort skulle löpa stor risk att få en dålig hälsoprognos till följd av den tidiga födseln, själva abortprocessen samt den eventuella ursprungliga fosterskadan. Vidare finns det en risk för en socialt utsatt situation eftersom kvinnan/föräldrarna kanske vare sig vill eller har förmåga att ta hand om barnet. Detta kan medföra att barnet måste omhändertas av samhället. Förutsättningarna att finna adoptivföräldrar i en dylik situation är svårbedömd men det kan inte uteslutas att någon form av samhällsinsatser kan bli nödvändiga.

[3] I förarbetena till abortlagen talas det inte mycket om kroppslig integritet som etisk grund för aborträtten. I stället är det tilltron till kvinnans förmåga att själv bedöma sin situation och sina möjligheter att ta hand om ett barn som ligger till grund för lagstiftningen, se prop. 1974:70, s. 61.

Kvinnans välbefinnande

Vid bedömningen av om det föreligger synnerliga skäl för sen abort är det främst kvinnans situation som Rättsliga rådet beaktar, även om det blivande barnets möjligheter att växa upp under goda förhållanden också vägs in. Det kan handla om den stora emotionella och praktiska börda det kan innebära att ta hand om ett svårt sjukt barn. I vissa fall kan det handla om en social utsatthet där kvinnan på grund av ett svagt nätverk riskerar att få bära ansvaret för barnet helt själv. I andra fall, när kvinnan lider av fysisk eller psykisk sjukdom, kan det även finnas risk för kvinnans egen hälsa. I situationer när en sen abort aktualiseras kan det följaktligen antas finnas en betydande risk för negativ påverkan på kvinnans välbefinnande om graviditeten fullföljs och ett barn föds.

Familjens välbefinnande

I situationer när en sen abort aktualiseras är det inte enbart kvinnans välbefinnande som kan påverkas negativt om graviditeten fullföljs utan även välbefinnandet för kvinnans eventuella familj. Om ett barn föds med en allvarlig fosterskada som kräver mycket tid från föräldrarna kan äldre syskons livssituation påverkas. Relationen till partnern kan utsättas för påfrestningar.

6.2.4 Samhällets skyldigheter

Samhället har en skyldighet att upprätthålla de grundläggande rättsprinciper som demokratin bygger på och skydda varje människas mänskliga rättigheter, inklusive rätt till liv och hälsa, en skyldighet som inom vården överförs på vårdgivare och vårdpersonal. Det innebär särskilt att samhället inte får vidta åtgärder som riskerar medborgarnas liv eller hälsa.

Samhället har vidare en skyldighet att behandla individerna på ett förutsebart sätt. Så långt det är möjligt bör den som ansökt om och fått beviljad en åtgärd som en abort få den verkställd på ett sätt som vederbörande bör kunna förvänta sig. Denna skyldighet kan i sin tur överföras på vårdgivare och vårdpersonal som samhällets företrädare.

6.3 Rådets ställningstaganden

6.3.1 Alla levande födda har människovärde och rätt till liv

Enligt människovärdesprincipen har varje människa ett antal inneboende och oförytterliga rättigheter som är grundade i hennes egenvärde som människa – hennes människovärde – och inte i hennes funktioner eller egenskaper. Dessa rättigheter ska respekteras oavsett vem det gäller. Den mest grundläggande av de rättigheter som följer av människovärdet är rätten till liv.

Människovärdesprincipen har en nära koppling till de mänskliga rättigheterna, vilka uttrycks både i svensk lagstiftning och i internationella konventioner som Sverige är bundet av (se bilaga). Enligt regeringsformen ska den offentliga makten utövas med respekt för alla människors lika värde. Europarådets konvention om de mänskliga rättigheterna, som är svensk lag, fastslår att envars rätt till liv ska skyddas genom lag och att de mänskliga rättigheterna ska säkerställas utan diskriminering. Av särskilt intresse för denna rapports frågeställning är FN:s barnkonvention, som slår fast att varje barn har en inneboende rätt till liv och att konventionsstaterna till det yttersta av sin förmåga ska säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Av den genomgång av rättsläget som Smer låtit göra framgår att avgörande för bedömningen om någon ska anses som barn och därmed omfattas av rätten till liv är om den som fötts fram visar livstecken. Ett foster som visar livstecken efter en sen abort är således i juridisk mening ett barn och har samma rätt till liv som andra barn. Det innebär att ett eventuellt beslut om att ge eller avstå livsuppehållande behandling ska utgå från en medicinsk bedömning av vad som ligger i barnets intresse. Något rättsligt stöd för att vid avgörandet beakta att fostret fötts fram efter en abort finns inte.

För Smer är det obestridligt att alla levande födda individer, oavsett bakgrund, omfattas av människovärdesprincipen och har samma grundläggande rättigheter, inklusive rätt till liv. Att säga att vissa födda individer inte skulle ha människovärde strider mot principens grundtanke att alla omfattas oavsett ställning, funktion eller egenskaper. Ur ett människovärdesperspektiv är ett foster som visar livstecken efter en sen abort ett barn och måste jämställas med andra barn när det gäller de grundläggande rättigheterna. Det innebär att även ett sådant barn omfattas av rätten till liv.

Som tidigare konstaterats är sannolikt de allra flesta foster som visar livstecken efter en sen abort inte livsdugliga. Ett etiskt förhållningssätt innebär i en sådan situation att det döende fostret ska tas om hand på ett värdigt sätt och ges nödvändig palliation, men medför inte något krav på livsuppehållande behandling. Om det framfödda fostret visar tecken på att kunna vara livsdugligt blir situationen en annan. I det läget har det rätt till en sakkunnig medicinsk bedömning av huruvida livsuppehållande behandling bör sättas in. Beslutet om att avstå eller inleda livsuppehållande behandling ska utgå från vad som ligger i barnets intresse. Att i beslutet väga in kvinnans självbestämmande eller vilka konsekvenser beslutet skulle få för henne och (eventuellt) hennes familj skulle strida mot människovärdesprincipen och barnets rätt till liv och skulle också stå i strid med svensk och internationell rätt. Det vore enligt Smer att öppna för en utveckling som på sikt skulle kunna leda till att respekten för människovärdet undergrävs. Frågan skulle kunna väckas om det inte finns andra situationer där det också kunde vara motiverat att frångå människovärdesprincipen med tanke på konsekvenserna för omgivningen.

6.3.2 Åtgärder behöver vidtas för att undvika att livsdugliga foster föds fram efter sen abort

Att respekten för människovärdet kräver att barnets intresse sätts i första rummet är inte detsamma som att säga att en situation där ett foster som fötts fram efter en sen abort räddas till liv är etiskt okomplicerad. När Rättsliga rådet bedömt att det finns synnerliga skäl för en sen abort och beviljat den har kvinnan ett berättigat intresse att få åtgärden utförd som avsett, ett intresse som i denna situation inte kan tillgodoses. Kvinnans självbestämmande när det gäller att uppnå syftet med aborten kommer i den aktuella situationen att begränsas.

Eftersom Rättsliga rådet bedömt att det finns synnerliga skäl för aborten, där man i första hand ser till kvinnans intresse, är det också sannolikt att det skulle få negativa konsekvenser för kvinnans välbefinnande. Även kvinnans familj kan påverkas.

För barnets del skulle innebära det att det skulle löpa risk att drabbas av betydande funktionsnedsättning och sjuklighet som en direkt följd av en åtgärd som samhället har beviljat och utfört. Det finns vidare risk att det skulle bli svårt att ge barnet en trygg familjesituation och att samhället skulle få ta ansvar för omsorgen av barnet.

Det är också sannolikt att vetskapen om att ett foster skulle kunna räddas till liv efter sen abort skulle påverka många kvinnors beslut att genomgå abort i sista veckan före gränsen 22+0, och därmed i praktiken bli en begräsning i kvinnors självbestämmande och möjlighet att få en sen abort.

De intressen som måste stå tillbaka i en situation där ett foster som fötts fram efter en sen abort räddas till liv är enligt Smers bedömning mycket starka. Samhällets och hälso- och sjukvårdens målsättning måste enligt Smer därför vara att inga livsdugliga foster ska födas fram efter sen abort. Smer vill betona att det i sista hand är vårdens professioner och Rättsliga rådet som har att bedöma om det med nuvarande praxis finns en viss sannolikhet att det föds fram livsdugliga foster efter sen abort. Den bild Smer har fått är dock att det med dagens praxis inte helt går att utesluta att det i enstaka fall skulle kunna ske. Smer bedömer därför att åtgärder för att undvika att livsdugliga foster föds fram efter sen abort behöver vidtas.

6.3.3 Sänkt abortgräns bör undvikas

I debatten har det föreslagits att Rättsliga rådet bör sänka den nuvarande gränsen för sen abort (22+0) för att undvika möjligheten att ett livsdugligt foster föds fram efter sen abort. Det är inte Smers uppgift att tolka abortlagens livsduglighetsbegrepp, utan något som ankommer på Rättsliga rådet. Smer kan dock konstatera att redan i dag är möjligheterna till sen abort i Sverige mer begränsade än i många andra länder, där man tillåter abort för allvarliga fosterskador långt upp i graviditeten, i vissa fall helt utan bortre tidsgräns. Smer bedömer att det även framledes kommer att finnas fall där abort är angeläget men där aborten av olika skäl inte kan utföras före vecka 21+, och i enstaka fall inte före slutet av denna vecka. Framför allt aborter av sociala skäl kan vara svåra att påverka genom insatser från vårdens sida, eftersom kvinnan ibland inte söker kontakt med vården förrän i ett sent skede. Även vid en del allvarliga fosterskador kommer en säker diagnos troligen inte vara möjlig att få mycket tidigare än i dag. Ur ett etiskt perspektiv vore det enligt Smer därför olyckligt att sänka gränsen för sen abort. Av det skälet anser Smer att så långt det är möjligt bör andra åtgärder än sänkt abortgräns prioriteras för att undvika att livsdugliga foster föds fram efter sen abort.

6.4 Rådets förslag

6.4.1 Vidta åtgärder för att minska antalet aborter nära gränsen för sen abort

Smer lämnar i det följande ett antal förslag på åtgärder som enligt rådet bör övervägas för att minska antalet sena aborter nära gränsen för sen abort (dag 22+0).

Se över erbjudandet om obstetriskt ultraljud till gravida kvinnor

Ett skäl till att de sena aborterna blir fler är utvecklingen inom ultraljudsdiagnostiken. Själva tekniken har blivit bättre och allt fler och allt mindre avvikelser kan upptäckas. Samtidigt har tidpunkten för ultraljudet senarelagts i syfte att kunna upptäcka fler avvikelser och sker numera som regel i vecka 19+. SFOG har anfört att det vore möjligt att tidigarelägga ultraljudet till vecka 18+ med en tillräckligt hög detektionsgrad av allvarliga missbildningar. Detta skulle kunna leda till färre aborter nära gränsen vid dag 22+0. En annan åtgärd som skulle kunna minska antalet mycket sena aborter är enligt SFOG om alla kvinnor skulle erbjudas ultraljud i första trimestern, något som många gravida kvinnor redan erbjuds inom ramen för KUB-testet. Förutom att många allvarliga fosterskador skulle kunna upptäckas tidigare skulle ett tidigare ultraljud leda till en mer exakt datering av graviditeten, vilket minskar sannolikheten att ett livsdugligt foster föds fram på grund av feldatering. Smer menar att det är angeläget att se över erbjudandet om obstetriskt ultraljud till gravida kvinnor så att antalet aborter på grund av fosterskada nära gränsen 22+0 kan minska.

Erbjuda alla gravida kvinnor undersökning med NIPT

För att upptäcka trisomi 13,18 och 21 används i dag KUB-test (kombinerat ultraljud och blodprov) i första trimestern. Vid misstanke om avvikelse tas fostervatten- eller moderkaksprov tas för att ge säkrare besked.

Med NIPT (non-invasive prenatal testing) kan trisomi 13, 18 och 21 upptäckas i ett tidigare skede och med högre träffsäkerhet än med KUB-testet. Metoden innebär dessutom att den risk för missfall som

finns vid fostervattenprov kan undvikas. Metoden kan också användas för att upptäcka andra allvarliga genetiska avvikelser.

I dag erbjuder landstingen som regel endast NIPT om KUB-testet visat förhöjd sannolikhet för trisomi. Vid en sammanvägning av olika etiska argument anser Smer att övervägande skäl finns för att erbjuda alla kvinnor NIPT för tidig upptäckt av trisomi 13, 18 och 21.[4] Ett sådant erbjudande skulle kunna leda till att fler trisomier upptäcks tidigt under graviditeten och ge möjlighet för kvinnan att i ett tidigare skede ta ställning till en eventuell abort. Ett införande av NIPT för analys av trisomi 13, 18 och 21 inom hälso- och sjukvården får dock inte leda till att man utan förnyad nationell medicinsk och etisk bedömning erbjuder provet för fler avvikelser och sjukdomstillstånd än dessa.

Se över rutiner och organisation för sena aborter

Det har i Smers arbete med denna rapport framkommit att sena aborter i dag kanske inte alltid inleds omedelbart efter beviljandet utan kan dröja någon eller några dagar. Det kan eventuellt också förekomma att aborten ibland drar ut på tiden på grund av passiv handläggning och/eller bristande vana vid sena aborter.

I det konsensusdokument som SBF, SFOG och SNF antog i maj 2018 framhålls att abortvården bör organiseras så att den säkerställer den kompetens som erfordras och ger bästa möjliga förutsättningar för en god och säker vård. Vård av patienter som genomgår abort under andra trimestern bör därför enligt föreningarna vara specialistvård och handläggas av gynekolog tillsammans med personal som har utbildning, kompetens och erfarenhet inom abortvård, företrädelsevis barnmorskor.

Smer menar att sena aborter är att betrakta som akut sjukvård som ska verkställas skyndsamt. Förutom riktlinjer på nationell nivå bör det finnas lokala rutiner och vårdprocesser som säkerställer att en sen abort som beviljats utförs utan fördröjning. Vården bör följas upp systematiskt så att riktlinjer och rutiner efterlevs. Vårdgivare bör säkerställa att alla berörda personalgrupper har adekvat utbildning för att ge en god och säker vård vid sen abort. Smer menar vidare att det kan finnas skäl att se över hur vården vid sena aborter bör vara

[4] Smer 2015, s. 50.

organiserad för att säkerställa en god och patientsäker vård. Eftersom sena aborter är ovanliga och komplicerade fall som kräver erfarenhet och kompetens kan vården enligt Smer behöva koncentreras till ett mindre antal sjukhus i landet.

Säkra kvaliteten i bedömningen av fosterskada och informationen till kvinnan

Det är med nuvarande praxis i praktiken den läkare som intygar att det föreligger en fosterskada som avgör om det finns skäl för aborten. I dag sker så vitt Smer förstår ingen uppföljning för att säkerställa kvaliteten i bedömningen av huruvida det föreligger en fosterskada.

Det har också framförts att kvinnor som får besked om att fostret har en fosterskada kanske inte alltid erbjuds uppdaterad information om de framsteg som skett när det gäller möjligheterna att behandla skadan. SBF, SFOG och SNF betonar i det konsensusdokument som antogs i maj 2018 att vid fostermissbildningar ska patienten erbjudas adekvat och korrekt information från sakkunniga specialister (obstetriker/fostermedicinare, pediatriker/neonatologer, genetiker) utan fördröjning.

Smer ser att det kan finnas behov av professionsgemensamma riktlinjer för bedömning av vad som utgör en fosterskada. Det behöver också säkerställas att en gravid kvinna som fått besked att fostret har en avvikelse utan dröjsmål erbjuds sakkunnig information om skadans art, allvarlighetsgrad och de behandlingsmöjligheter som finns, så att hon kan fatta ett välinformerat beslut om huruvida hon vill avbryta graviditeten eller inte.

Utarbeta ett nationellt kunskapsstöd för sena aborter

Det huvudsakliga ansvaret för att genomföra ovan nämnda åtgärder ligger hos vårdgivare och berörda professioner. För att säkerställa en god och säker vård vid sena aborter bedömer Smer att det vore angeläget med stöd och vägledning via det nationella systemet för kunskapsstyrning.

Ett lämpligt förfarande kan vara att utarbeta ett nationellt kunskapsstöd för handläggning av sena aborter, där även frågan om hur vården bör vara organiserad för att säkerställa en god och säker vård

kan beaktas. Ett sådant kunskapsstöd skulle kunna tas fram av Socialstyrelsen inom ramen för myndighetens uppdrag gällande styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Se över Rättsliga rådets hantering av ansökningar om sen abort

Två av tre ansökningar om sen abort sker i dag på grund av fosterskada. Sedan 2010 har endast två av över 2 800 ansökningar på grund av fosterskada avslagits (se tabell 3.1). Motivet för att Rättsliga rådet i princip alltid beviljar ansökningar på grund av fosterskada är enligt rådets ordförande att man anser kvinnan själv vara bäst ägnad att avgöra sina möjligheter att ta hand om barnet samt att det, med tanke på de snäva tidsramarna, inte finns tid att bedöma skadans allvarlighetsgrad. Man anser också att det etiskt vore en omöjlig uppgift att gradera fosterskador. Denna praxis innebär att Rättsliga rådets hantering närmast blir en formalitet som endast fördröjer verkställandet av aborten.

Företrädare för professionsföreningarna har framfört att man upplever att Rättsliga rådets hantering av ansökningar om sen abort ibland kan dra ut på tiden, framför allt ansökningar på grund av sociala skäl. Man har uttryckt önskemål om att Rättsliga rådets rutiner för beviljande av sen abort ses över för att om möjligt kunna ge snabbare besked än i dag.

Smer menar att det kan finnas skäl att se över om Rättsliga rådets hantering av ansökningar om sen abort skulle kunna ske snabbare och därmed bidra till färre sena aborter nära Rättsliga rådets gräns vid 22+0.

6.4.2 Se över livsduglighetsbegreppet i abortlagen

Abortlagens gräns för sen abort vid livsduglighet har varit ett sätt att hantera den konflikt som uppstår mellan människovärdet och kvinnans självbestämmande om ett livsdugligt foster föds fram efter en abort. Bortsett från risken att livsdugligheten hos ett foster nära gränsen ibland kan felbedömas, är lagen konstruerad så att ett foster som är så utvecklat att det med teknisk och medicinsk hjälp kan antas kunna leva utanför livmodern inte får aborteras.

En följd av lagens utformning är att möjligheterna för kvinnor att beviljas sen abort står i ett slags motsatsställning till utvecklingen inom vården av extremt tidigt födda. Framsteg i vårdens möjligheter att rädda extremt för tidigt födda barn medför att möjligheten att kunna få sen abort beviljad begränsas.

Nuvarande abortlag tillkom i en tid där möjligheterna att rädda extremt för tidigt födda barn var mer begränsade än i dag. Så sent som för 20 år sedan trodde lagstiftaren att utvecklingen snart skulle nå gränsen för det möjliga och att vecka 23+ utgjorde en fysiologisk gräns bortom vilken det inte är möjligt att rädda för tidigt födda. Sedan dess har utvecklingen gått framåt och den medicinska livsduglighetsgränsen bedöms i dag gå vid 22+0. Även om utvecklingen eventuellt går långsammare i dag verkar inget tyda på att någon definitiv gräns skulle vara nådd. Samtidigt väntar helt nya tekniker bortom hörnet. Det talas allt mer på allvar om möjligheten att konstruera ”artificiella livmödrar” som radikalt skulle kunna ändra förutsättningarna för att ta hand om för extremt tidigt födda i framtiden.

Den konflikt vi redan ser i dag mellan ambitionen att ge kvinnor möjlighet till sen abort där det finns starka skäl för det, och abortlagens bestämmelse om att inga livsdugliga foster får aborteras, riskerar med andra ord att bli än mer uttalad framöver. De ovan föreslagna åtgärderna för att minska antalet aborter nära Rättsliga rådets gräns vid 22+0 kan minska denna konflikt i nuläget, men är ingen långsiktig lösning. Om den medicinska livsduglighetsgränsen fortsätter att förskjutas nedåt kan Rättsliga rådet bli tvunget att anpassa sin praxis för att följa regelverket.

Smers bedömning är att det även i framtiden kommer att uppstå situationer då en abort i andra halvan av andra trimestern framstår som angelägen. Det gäller framför allt en del aborter av sociala skäl, där kvinnan ibland inte söker kontakt med vården förrän i ett sent skede, samt vissa aborter på grund av allvarlig fosterskada, där det kan vara svårt att få en säker diagnos mycket tidigare än i dag. En utveckling där utrymmet för sen abort, som redan i dag är mer begränsat i Sverige än i många andra länder, successivt minskar vore enligt Smer olyckligt. Mot den bakgrunden menar Smer att det kan finnas skäl att för regeringen att se över livsduglighetsbegreppet i abortlagen och om livsduglighet utanför livmodern även fortsättningsvis bör utgöra gräns för sen abort, eller om det finns skäl att

införa en fast veckogräns för sen abort så som finns i många andra länders abortlagstiftning. En fast gräns skulle innebära att gränsen för sen abort inte baseras på den medicinsk-tekniska utvecklingen inom neonatologin utan på en avvägning mellan fostrets skyddsvärde kopplat till dess utvecklingsnivå och kvinnans intresse av att kunna få en sen abort när det föreligger synnerliga skäl för det.

6.4.3 Utred förutsättningarna för att erbjuda feticid i samband med sen abort

Ett foster som föds fram efter en sen abort och är livsdugligt har rätt till den vård som ligger i dess intresse. Om en fast veckogräns införs och den medicinska livsduglighetsgränsen fortsätter att förskjutas nedåt skulle en följd på sikt kunna bli att denna situation inträffar oftare. I en sådan situation uppnås inte syftet med aborten.

I många länder där gränsen för sen abort inte är kopplad till medicinsk livsduglighet, antingen för att man har en fast veckogräns eller för att övre gräns för abort på grund av fosterskada saknas, erbjuds feticid för att säkerställa att ett levande foster inte föds fram vid sen abort. Feticid innebär att man injicerar ett läkemedel till fostret innan aborten inleds som medför att fostrets hjärta stannar (se avsnitt 3.2.4).

Syftet med en abort är att avbryta graviditeten och att ett barn inte ska födas. Oavsett metod är abort något som med mycket stor sannolikhet leder till att fostret avlider. Skillnaden är att fostret vid feticid avlider av en ”aktiv” åtgärd från en läkare, medan det vid en medicinsk abort avlider som en följd av det värkarbete som satts igång. Den centrala etiska frågan vid abort handlar emellertid om avvägningen mellan fostrets skyddsvärde och kvinnans självbestämmande. I en situation där abort bedöms etiskt försvarbar med hänsyn till avvägningen mellan fostrets skyddsvärde och kvinnans självbestämmande får det anses etiskt acceptabelt att kombinera aborten med feticid.

Smer anser att det finns flera argument som talar för att kunna erbjuda feticid i samband med sena aborter vid gränsen för medicinsk livsduglighet. Det viktigaste är att kvinnans syfte med aborten kan säkerställas och att en situation där kvinnans självbestämmande ställs mot människovärdet undviks. Feticid innebär också att kvinnan/föräldrarna/vårdpersonalen besparas det möjliga obehag det kan

innebära att det framfödda fostret visar livstecken. Personalen undviker även den svåra situation det innebär att fatta beslut om livräddande insatser bör sättas in eller inte.

Argument som talar mot att erbjuda feticid är att ingreppet skulle kunna upplevas obehagligt av kvinnan/föräldrarna. Särskilt i en situation där barnet varit önskat kan det upplevas svårt med en åtgärd som direkt leder till att fostrets liv avslutas. Ingreppet kan vidare förutsätta en högre specialisering/centralisering än i dag.

Smers bedömning är att fördelarna med att använda feticid kan överväga nackdelarna vid aborter så nära gränsen för medicinsk livsduglighet att det finns en viss möjlighet att ett livsdugligt foster skulle kunna födas fram.

En förutsättning för att feticid ska kunna användas i samband med sena aborter är att metoden bedöms vara effektiv och säker. Smer bedömer att förutsättningarna för att erbjuda feticid i den svenska abortvården behöver utredas närmare före ett eventuellt införande av metoden. En fördjupad analys av kunskapsläget gällande effektivitet och säkerhet, med fokus på graviditetslängder nära den medicinska livsduglighetgränsen vid dag 22+0, behövs. Kunskap om praxis i andra länder behöver inhämtas. De kompetensmässiga och organisatoriska förutsättningarna för att kunna erbjuda feticid i den svenska abortvården behöver också utredas närmare.

Smer föreslår därför att regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att utreda de närmare förutsättningarna för att kunna erbjuda feticid i samband med sen abort.

6.5 Sammanfattning av rådets ställningstaganden och förslag

Smer har i denna rapport analyserat frågan om foster som visar livstecken efter sen abort. Rådet gör följande ställningstaganden:

- Ett foster som visar livstecken efter en sen abort är ur människovärdesperspektiv ett barn och måste jämställas med andra barn när det gäller de grundläggande rättigheterna. Det innebär att även ett sådant barn omfattas av rätten till liv. Inom hälso- och sjukvården innebär rätten till liv att livsuppehållande behandling ska ges om det ligger i individens, i detta fall barnets, intresse.

- Eftersom starka intressen måste stå tillbaka i en situation där ett foster räddas till liv efter en sen abort måste samhällets målsättning vara att inga livsdugliga foster ska födas fram efter sen abort.
- En sänkning av den nuvarande gränsen för sen abort (dag 22+0) bör undvikas, då det skulle innebära att ett antal sena aborter som är välmotiverade ur etiskt perspektiv inte kommer att kunna utföras.

Mot denna bakgrund lämnar Smer ett antal förslag:

- Smer föreslår att åtgärder vidtas för att minska antalet sena aborter nära gränsen för sen abort (dag 22+0). Åtgärder som bör övervägas är att:
  - Se över erbjudandet om obstetriskt ultraljud för att möjliggöra tidigare diagnostik av fosterskada. Främst gäller det möjligheterna att tidigarelägga rutinultraljudet i andra trimestern till vecka 18+ och/eller att erbjuda alla gravida kvinnor ultraljud i första trimestern.
  - Se över rutiner och organisation för sena aborter för att säkerställa att sena aborter som beviljats verkställs skyndsamt.
  - Se över möjligheten att erbjuda samtliga gravida kvinnor fosterdiagnostik med NIPT (non-invasive prenatal testing) för att kunna upptäcka trisomi 13, 18 och 21 i ett tidigare skede och med högre träffsäkerhet.
  - Vidta åtgärder för att säkerställa att en gravid kvinna som fått besked att fostret har en avvikelse utan dröjsmål erbjuds sakkunnig information så att hon kan fatta ett välinformerat beslut om huruvida hon vill avbryta graviditeten eller inte.
  - Ta fram ett nationellt kunskapsstöd för sena aborter för att säkerställa en god och säker vård för kvinnan.
  - Se över om Rättsliga rådets hantering av ansökningar om sen abort skulle kunna ske snabbare än i dag.

- Smer föreslår att regeringen överväger möjligheten att utreda livsduglighetsbegreppet i abortlagen och om det finns skäl att införa en fast veckogräns för sen abort.
- Smer föreslår att regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att utreda de närmare förutsättningarna för att kunna erbjuda feticid i samband med sen abort.

Särskilda yttranden

Röstförklaring av Åsa Gyberg-Karlsson (V), ledamot i Smer

Vänsterpartiet stödjer föreliggande skrivelse. Vi vill dock särskilt betona vikten av att aborträtten på inga villkor får begränsas. Vi ser därför att de åtgärder som stipuleras vidtas skyndsamt. Det är av yttersta vikt att vi agerar nu, för att rätten till abort framöver inte ska riskera att försämras.

Särskilt yttrande av Mikael Sandlund, sakkunnig i Smer

Jag delar på väsentliga punkter de bedömningar som uttrycks i rapporten, liksom de förslag som formuleras för att undvika situationer när sena aborter resulterar i att barn föds som visar livstecken. Jag anser emellertid att det behöver förtydligas att förslaget om ett eventuellt införande av feticid endast är relevant, och endast kan beaktas, under förutsättning av att livsduglighetskriteriet ersätts med annat kriterium för när abort ska tillåtas.

Provocerad abort får inte utföras om det finns anledning att anta att fostret är livsdugligt. Denna regel är formulerad som ett (av flera tänkbara) sätt att beakta människovärdesprincipen och balansera den abortsökande kvinnans intresse och självbestämmande mot fostrets stigande skyddsvärde.

Bedömningen av om ett foster är livsdugligt eller inte är en medicinsk bedömning, som görs av läkare. Medicinska bedömningar är mer eller mindre säkra, mer eller mindre beroende på statistiska överväganden, och de ska för att vara förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet, vara empiriskt grundade. Detta innebär att medicinska bedömningar alltid när så är möjligt måste vara tillgängliga för att korrigeras av verkligheten, och därmed kunna utvecklas till att bli säkrare.

Tillämpningen av feticid vid sen abort på basen av bedömningen att fostret inte är livsdugligt skulle innebära ett slags pseudo-medicinsk bedömning, som vore av självuppfyllande karaktär och aldrig skulle kunna utsättas för någon empirisk korrektion. Ur professionsetiskt perspektiv bör denna kategori av pseudo-bedömningar undvikas.

Därför är enligt min uppfattning inte feticid som förberedelse inför sen abort möjligt att beakta som metod i svensk sjukvård, utan att livsduglighetskriteriet först ersatts med annan rational för att beakta människovärdesprincipen och balansera intressekonflikten mellan abortsökande och foster/barn.

Referenser

Auger N, Bilodeau-Bertrand M och Sauve R. (2016). Abortion and Infant Mortality on the First Day of Life. *Neonatology*. 2016;109:147–153.

Bygdeman M. (2016). *Abortansökningar efter 18:e graviditetsveckan under 2015*. Socialstyrelsen, dnr 10.2-2525/2016.

Det etiske råd. (2013). *Brugen af kaliumindsprøjtning ved sene aborter i det danske sundhedsvæsen*. http://www.etiskraad.dk/~/media/Etisk-Raad/Etiske-Temaer/Abort-og-fosterdiagnostik/Publikationer/2013-05-21-Brugen-af-kaliumindsproejtning-ved-sene-aborter-i-det-danske-sundhedsvaesen.pdf (hämtad 20181226).

Diedrich J och Drey E. (2010). Induction of fetal demise before abortion. *Contraception*. 2010;81(6):462-473.

Domellöf M m.fl. (2016). *Handläggning av hotande förtidsbörd och nyfödda barn vid gränsen för viabilitet.* Svenska Neonatalföreningen och Perinatal-ARG inom Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. http://neo.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/14/2016/04/Konsensusdokument-final-2016-04-07.pdf (hämtad 20181214).

FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. (2008). Ethical aspects concerning termination of pregnancy following prenatal diagnosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008;102:97–98.

Grandjean H, Larroque D och Levi S. (1999). The performance of routine ultrasonographic screening of pregnancies in the Eurofetus Study. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181:446–454.

Graviditetsregistret. (2018). *Årsrapport 2017*. https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/GR_Årsrrapport_2017_4.0.pdf (hämtad 20190108).

Habiba M m.fl. (2009). Late termination of pregnancy: a comparison of obstetricians' experience in eight European countries. *BJOG*. 2009;116:1340–1349.

Hill LM. (2013). Timing of ultrasound in pregnancy--how often? At what intervals? *Semin Perinatol.* 2013;37:327–333.

IVO (Inspektionen för vård och omsorg). (2018). *Remiss från JO avseende vissa frågor om handläggningen av sena aborter).* Dnr 10.1-19442/2018.

Justitieombudsmannen. (2018). *Vissa frågor om handläggningen av sena aborter* [promemoria]. Dnr 7035-2017.

Karim JN m.fl. (2017). Systematic review of first-trimester ultrasound screening for detection of fetal structural anomalies and factors that affect screening performance. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50:429–441.

Källén K och Winbladh B. (2018). *Misoprostol* [webbsida]. https://www.janusinfo.se/beslutsstod/janusmedfosterpaverkan/databas/misoprostol.4.4bc1be9b166e94c89706049c.html (hämtad 20181221).

Moore GP m.fl. (2013). Neurodevelopmental outcomes at 4 to 8 years of children born at 22 to 25 weeks' gestational age: a meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2013;167:967–974.

Nilsson J. (2011, 18 maj). ”Det känns fruktansvärt att låta fullt friska foster ligga och dö framför våra ögon”. *Dagens Medicin*. https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2011/05/18/det-kanns-fruktansvart-att-lata-fullt-friska-foster-ligga-och-do-framfor-vara-ogon/ (hämtad 20181227).

Partridge EA m.fl. (2017). An extra-uterine system to physiologically support the extreme premature lamb. *Nat Commun.* 2017;8:15112.

Prop.1974:70. *Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag, m. m.; given den 8 mars 1974.* https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/kungl-majts-proposition-med-forslag-till_FX0370/html (hämtad 20181214).

Prop. 1994/95:142. *Fosterdiagnostik och abort.* https://data.riksdagen.se/fil/9EE09C68-C1EA-408C-9270-30D92E48A870 (hämtad 20181214).

Prop. 1996/97:60. *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.* https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/proposition/prioriteringar-inom-halso--och-sjukvarden_GK0360 (hämtad 20190114).

RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). (2010). *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality i England, Scotland and Wales.* https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf (hämtad 20181214).

Regeringen. (1985). *Protokoll vid regeringssammanträde 1985-03-14. Inrättande av ett råd för medicinsk-etiska frågor.*

Rynning E. (2004). Åldersgräns för mänskliga rättigheter? I Hollander A, Nygren R och Olsen L (red), *Barn och rätt* (s. 149–180). Iustus förlag.

Serenius F m.fl. (2014). EXPRESS study shows significant regional differences in 1-year outcome of extremely preterm infants in Sweden. *Acta Pædiatr.* 2014;103:27–37.

Serenius F m.fl. (2016). Neurodevelopmental outcomes among extremely preterm infants 6.5 years after active perinatal care in Sweden. *JAMA Pediatr.* 2016;170:954–963.

SBF (Svenska barnmorskeförbundet), SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) och SNF (Svenska neonatalföreningen). (2018). *Handläggning av sena aborter efter v18+0.* https://www.sfog.se/media/335919/konsensusdokument-kring-sen-abort-20180529-styrelsen-sfog-svenska-barnmorskeforbundet-svenska-neonatalfo-rening.pdf (hämtad 20181221).

SBF (Svenska barnmorskeförbundet) och SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi). (2018). *Medicinsk abort efter v 18+0 – riktlinjer för omvårdnad.*

SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi). (2015). *Brev till Socialstyrelsen och Rättsliga rådet.* https://www.sfog.se/media/276501/rr.pdf (hämtad 20181214).

SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi). (2016a). *SFOGs tolkning av hur abort i andra trimestern skall handläggas* [webbsida]. http://old.sfog.se/start/om-sfog/aktuellt/abort-maj-2016-(1)/ (hämtad 20181214).

SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi). (2016b). *Brev till Socialstyrelsens Rättsliga Råds nämnd för abort och steriliseringsärenden*. http://old.sfog.se/start/om-sfog/aktuellt/fran-sfog-till-socialstyrelsens-rattsliga-rads-namnd-for-abort-och-steriliseringsarenden/ (hämtad 20181221).

SFOG Arbets- och referensgrupp för ultraljudsdiagnostik. (2010). *Riktlinjer för fetometri.* https://www.sfog.se/media/98796/biometri_2011_sep_29_rek.pdf (hämtad 20181220).

SFOG Arbets- och referensgrupp för ultraljudsdiagnostik. (2014). *Obstetriskt ultraljud, Rapport nr 73*. https://www.sfog.se/natupplaga/ARG%2073_web2c01cd25-3790-4445-a96f-e43e9ad15508.pdf (hämtad 20181214).

SFS 2015:284. *Förordning med instruktion för Socialstyrelsen.* http://rkrattsbaser.gov.se/sfst?bet=2015:284 (hämtad 20181214).

Simic M m.fl. (2010). Maternal obesity is a potential source of error in mid-trimester ultrasound estimation of gestational age. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;35: 48–53.

Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (1991). *Yttrande över betänkandet Den gravida kvinnan och fostret – två individer (SOU 1989:50*). Dnr 11/90.

Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2000). *Förslag till ändrad definition av barn enligt folkbokföringslagen*. Dnr 30/00.

Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2012). *Det svårfångade människovärdet.*

Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2013). *Assisterad befruktning – etiska aspekter. Smer 2013:1.*

Smer (Statens medicinsk-etiska råd). (2015). *Analys av foster-DNA i kvinnans blod: icke-invasiv fosterdiagnostik (NIPT) för trisomi 13, 18 och 21 – etiska aspekter. Smer 2015:1.*

SNQ. (2018). *Årsrapport 2017.* https://www.medscinet.com/pnq/Uploads/SNQ%20Årsrapport%202017_180909.pdf (hämtad 20181018).

Socialstyrelsen. (2011). *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18390/2011-6-39.pdf (hämtad 20190114).

Socialstyrelsen. (2017a). *Möte angående sena aborter* [anteckningar]. Dnr 22838/2017-6.

Socialstyrelsen. (2017b). *Rättsliga rådet* [faktablad]. https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/rattsliga-radets-uppgifter.pdf (hämtad 20190115).

Socialstyrelsen. (2018a). *Statistik om aborter 2017* [tabellbilaga i Excel]. http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2018-5-17-tabeller.xls (hämtad 20181218).

Socialstyrelsen. (2018b). *Socialstyrelsens yttrande över JO:s ärende Dnr 7035-2017*. Dnr 3.1-17350/2018.

Socialstyrelsens rättsliga råd. (2015). *Tillämpning av livsduglighetsbegreppet vid sena aborter.* Socialstyrelsen, dnr 10.2-28207/2015.

Socialstyrelsens rättsliga råd. (2019). *Ärendestatistik Socialstyrelsens Rättsliga råd 2018-01-01–2018-12-31*.

Salomon LJ m.fl. (2011). Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetalt ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;37:116–126.

SOSFS 2009:15. *Abort.* Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17752/2009-9-22.pdf (hämtad 20190114).

SOSFS 2011:7. *Livsuppehållande behandling*. Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18374/2011-6-26.pdf (hämtad 20190114).

The Express group. (2009). One-Year Survival of Extremely Preterm Infants After Active Perinatal Care in Sweden. *JAMA.* 2009;301:2225–2233.

Thunqvist P m.fl. (2018). Lung function after extremely preterm birth—A population-based cohort study (EXPRESS). *Pediatr Pulmonol*. 2018;53:64–72.

Trysell K. (2017, 19 oktober). Efter debatten om sena aborter: »Inte Rättsliga rådets sak att tolka abortlagen«. *Läkartidningen*. http://lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/10/Inte-Rattsliga-radets-sak-att-tolka-abortlagen/ (hämtad 20181214).

Vaaben L. (2012, 14 december). Flere aborterede fostre end antaget er i live. *Etik.dk* [webbplats]. https://www.etik.dk/abort/flere-aborterede-fostre-end-antaget-er-i-live (hämtad 20181227).

Yllner N. (2017a, 14 augusti). Läkare försöker rädda aborterade foster. *SVT*. https://www.svt.se/nyheter/inrikes/lakare-forsoker-radda-aborterade-foster (hämtad 20181214).

Yllner N. (2017b, 15 augusti). Ordförande i Socialstyrelsens rättsliga råd: Läkarna bryter mot lagen. *SVT.* https://www.svt.se/nyheter/inrikes/ordforande-i-socialstyrelsens-rattsliga-rad-lakarna-bryter-mot-lagen (hämtad 20181214).

WHO (2018, 19 februari). *Preterm birth Key Facts.* [webbsida]. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth (hämtad 20181214).

Wyldes MP och Tonks AM. (2007). Termination of pregnancy for fetal anomaly: a population-based study 1995 to 2004. *BJOG*. 2007;114:639–642.

Öbom P. (2015, 27 april). Läkare anmäler sjukhuset för abort. *Norrbottens-Kuriren.* https://kuriren.nu/nyheter/gallivare/lakare-anmaler-sjukhuset-for-abort-8256480.aspx (hämtad 20181227).

Regelverk

Anna Singer
Professor i civilrätt, särskilt familjerätt, Uppsala universitet
Sakkunnig i Statens medicinsk-etiska råd

Rätten till liv och människovärdesprincipen

Rätten till liv är en fundamental mänsklig rättighet. Skyddet för denna rättighet hänger nära samman med människovärdesprincipen som är en grundläggande etisk princip som utgår ifrån att alla människor har vissa fundamentala rättigheter, inklusive rätten till liv, som ska respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan.

Rätten till liv har, som en av de grundläggande mänskliga rättigheterna, givits ett tydligt skydd i många olika internationella människorättsinstrument.

FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna slår i artikel 3 fast att var och en har rätt till liv, frihet och personlig säkerhet och i artikel 2 att alla är berättigade till de mänskliga rättigheterna utan åtskillnad. Även i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning lyfts allas rätt till liv på lika villkor fram i artikel 10. I FN:s konvention om barnets rättigheter anges i artikel 6 att konventionsstaterna erkänner varje barns inneboende rätt till livet och ska till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling. Varje barn har rätt till hälsa (artikel 24:1). Konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn de rättigheter som anges i konventionen utan åtskillnad (artikel 2:1).[1]

[1] Riksdagen antog i november 2018 prop. 2017/18:186 vilket innebär att barnkonventionen blir svensk lag från den 1 januari 2020.

Det finns också flera europeiska instrument som lyfter fram rätten till liv för alla på lika villkor. Av stor rättslig betydelse är Europarådets konvention om de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen eller EKMR) som sedan år 1995 gäller som svensk lag.[2] I konventionens artikel 2 slås fast att envars rätt till liv ska skyddas genom lag. Vidare anges att de mänskliga rättigheterna ska säkerställas utan diskriminering (artikel 14).

Sveriges åtagande enligt dessa internationella instrument innebär en förpliktelse att inte ha lagreglering som står i strid med dessa åtaganden. Det är också en princip som slagits fast i 2 kap. 19 § regeringsformen:

> Lag eller annan föreskrift får inte meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

Nationell reglering rörande rätten till liv och människovärdesprincipen

Någon uttrycklig bestämmelse som specifikt rör rätten till liv finns inte i svensk rätt, däremot flera bestämmelser som rör individens rätt till respekt för sina mänskliga rättigheter, som inkluderar rätten till liv, på lika villkor enligt människovärdesprincipen.

I 2 kap. 2 § regeringsformen anges bland annat att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Det allmänna ska också motverka diskriminering av människor på grund av omständigheter som gäller den enskilde som person.

I den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen uttrycks människovärdesprincipen i patientlagen (2014:821) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), i vilka det slås fast att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Detta är den överordnade principen i hälso- och sjukvårdens prioriteringsplattform, som också

[2] Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

anger att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (1 kap. 6 § patientlagen respektive 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen).

Särskilt om barns rätt

Alla har rätt till respekt för sitt liv. Detta gäller även barn. På grund av barns särskilda behov och utsatthet finns reglering som föreskriver ett ökat ansvar för skyddet för barns allmänna och barnspecifika rättigheter. FN:s barnkonvention utgör ett exempel på detta. Motsvarande reglering återfinns i svensk rätt.

I 1 kap. 2 § regeringsformen slås fast att det allmänna ska verka för att barns rätt tas till vara. Enligt föräldrabalken (1949:381) har barn rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran och ska behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kränkande behandling (6 kap. 1 § föräldrabalken). Enligt FN:s barnkonvention har varje barn en inneboende rätt till livet (artikel 6:1) och konventionsstaterna ska till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling (artikel 6:2). Varje barn har rätt till hälsa (artikel 24:1). Konventionsstaterna ska respektera och tillförsäkra varje barn de rättigheter som anges i konventionen utan åtskillnad (artikel 2:1). Vid alla beslut som rör barn, vare sig de vidtas av välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska barnets bästa komma i främsta rummet (artikel 3:1).

Enligt svensk rätt ska barnets bästa särskilt beaktas när hälso- och sjukvård ges till barn (1 kap. 8 § patientlagen respektive 5 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen). I förarbetena till hälso- och sjukvårdens prioriteringsplattform (3 kap. 1 § samt 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen) framhålls att det skulle strida mot de etiska principerna att särbehandla någon på grund av ålder, och att vårdinsatser till tidigt födda barn inte bör baseras på schablongränser utan utgå från prognos och förväntad effekt i varje individuellt fall.[3]

Patienter med livshotande akuta tillstånd samt patienter med nedsatt självbestämmande, däribland barn, hör till den högst prioriterade patientgruppen.[4]

[3] Prop. 1996/97:60 s. 26.
[4] Prop. 1996/97:60 s. 34–35.

När blir ett foster ett barn?

Rätt till respekt för liv gäller alla människor, också barn. Vilket skydd foster ska ges har varit föremål för omfattande diskussion, inte minst i samband med abortlagens tillkomst och reform. Fostret har inte någon absolut rätt till liv, men anses ha ett visst skyddsvärde som blir större i takt med dess tilltagande ålder och utveckling.[5]

Oavsett hur man ser på ett fosters rättsliga status är det ostridigt att rätten till liv i vart fall infaller från födelseögonblicket.[6] Lagen ger viss ledning för fastställandet av födelseögonblick. Från den tidpunkten är det fråga om ett barn som har rätt till skydd för liv.

Av 24 § folkbokföringslagen framgår att en anmälan om ett barns födelse för en nyfödd, som efter födelsen andats eller visat något annat livstecken, ska ske till Skatteverket.[7] Det har inte någon betydelse i vilken havandeskapsvecka födelsen sker; avgörande är om barnet andas eller visar andra livstecken. Bestämmelsen har länge funnits i svensk rätt men den närmare innebörden av ”andats eller visat något annat livstecken” har inte kommenterats särskilt.[8]

Att den som föds vid liv är att anse som ett fullvärdigt rättssubjekt som kan inneha rättigheter illustreras av 1 kap. 1 § ärvdabalken där det stadgas att den som ”födes med liv” tillerkänns arvsrätt efter en förälder (i praktiken fäder) som avlidit före barnets födelse. Inte heller i detta sammanhang har innebörden av ”födes med liv” närmare utvecklats. Det ligger nära till hands att vid tolkningen använda folkbokföringslagens definition.

Avgörande för bedömningen av om någon ska ses som barn och därmed omfattas av den närmast ovillkorliga rätten till respekt för liv, blir således om den som fötts fram visar livstecken. I ett sådant fall är det fråga om ett barn i rättslig mening som, i överensstämmelse med människovärdesprincipen, har rätt till skydd för sitt liv på samma villkor som andra.

---

[5] Rynning 2004 s. 154. Se också Smer 2000.

[6] Rynning 2004 s. 166. Noteras ska dock att Rynning inte uttalar sig angående barn som fötts efter abort utan om för tidigt födda.

[7] Anmälan ska också göras för dödfödd som avlidit efter utgången av tjugoandra havandeskapsveckan, det vill säga efter vecka 22+0 dagar.

[8] Bestämmelsen fanns med i 30 § 1967 års folkbokföringslag som ersatte 1946 års folkbokföringsförordning, prop. 1968:88. Därefter överfördes den till nuvarande folkbokföringslag genom prop. 1990/91:153.

Vilka åtgärder som kan anses påkallade blir dock beroende av en bedömning av livsduglighet i det enskilda fallet.

Livsduglighetsbegreppets två innebörder

Enligt förarbetena till abortlagen utvecklas ett foster under graviditeten successivt till ”en livsduglig varelse vars rätt till liv måste respekteras”.[9] För att om möjlig undvika att ett livsdugligt foster aborteras finns i abortlagens 3 § begränsningen att abort inte får beviljas om det kan antas att fostret är livsdugligt. I detta sammanhang utgör livsduglighetsbegreppet *ett rättsligt kriterium* som tjänar som stöd för avgörande av när en viss åtgärd, abort, kan beviljas.

Det finns inte någon rättslig definition av ”livsduglig”. Begreppet är som det tolkas i dag beroende av den medicinska utvecklingen och hur tidigt i en graviditet som vården kan rädda för tidigt födda. I förarbetena till abortlagen anges att en abort inte ska få ske när fostret har nått en sådan utveckling att det kan leva och vidareutvecklas utanför kvinnans kropp.[10] Det noterades att det inte fanns några säkra metoder att i förväg fastställa om livsduglighet (viabilitet) föreligger.[11]

Bedömningen av livsdugligheten vid avgörande av om en abort ska beviljas, sker i det enskilda fallet med beaktande av fostrets status och förutsättningar att leva och utvecklas utanför livmodern. I de fall abort medges efter beaktande av andra skäl än det enskilda fostrets tillstånd och egenskaper får en generaliserad bedömning av fostrets livsduglighet göras. En sådan sker på grundval av den vetenskapliga kunskap och erfarenhet som finns. Gränsen för när en abort får utföras har ansetts böra sättas så att en betryggande säkerhetsmarginal skulle skapas mot ingrepp där det kunde ”tas fram foster som företer livstecken och som eventuellt kan bringas att överleva med de förbättrade metoder för prematurvård som numera föreligger eller inom en inte alltför avlägsen framtid kan väntas stå till läkarnas förfogande”.[12]

Socialstyrelsen, genom sitt Rättsliga råd, har i uppgift att ge tillstånd till aborter efter utgången av 18:e graviditetsveckan under vissa

[9] Prop. 1974:70 s. 62.
[10] Prop. 1974:70 s. 68.
[11] Prop. 1974:70 s. 67.
[12] Prop. 1974:70 s. 67.

i lagen angivna förutsättningar. Rådet har också i uppgift att avgöra när gränsen för livsduglighet kunde anses föreligga. För närvarande tillämpas vecka 21+6 dagar som en yttersta gräns för icke-livsduglighet vid beviljande av sena aborter.

En bedömning av det enskilda fostrets förutsättningar att leva och vidareutvecklas utanför kvinnans kropp mot bakgrund av vad som är känt på grundval av vetenskap och erfarenhet är dock inte exakt, inte minst mot bakgrund av att beräkningen av graviditetslängd är behäftad med osäkerhet. Följden av detta skulle kunna bli att en abort beviljas, men det visar sig när aborten avslutats att det framfödda fostret visar livstecken och därför, i enlighet med vad som anförts, är barn i lagens mening.

I en sådan situation får livsduglighetsbegreppet en *medicinsk innebörd* vilket innebär att en bedömning måste göras av det enskilda fostrets förutsättningar att med hjälp av livsuppehållande behandling i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet[13] kunna leva och utvecklas på ett rimligt sätt.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i ett tillsynsbeslut uppgivit att ”Det foster som aborteras senast vecka 21+6 men föds fram efter vecka 22+0 och visar övergående livstecken eller reflexer betraktas som foster och ges inte någon form av livsuppehållande eller palliativ vård” samt vidare att “Ett foster är inte livsdugligt utanför livmodern när det blir aborterat.”[14] Något rättsligt stöd för att vid avgörandet av om ett foster i denna situation kan anses livsdugligt beakta att fostret fötts fram efter en abort finns dock inte.[15]

När kan man avstå livsuppehållande behandling för barn?

Bedömningen av livsduglighet får betydelse vid avgörandet av vilken behandling som ska ges. Utgångspunkten är, som alltid, att vård ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket anger att barnet med en sådan vård kan antas kunna leva och vidareutvecklas på ett rimligt sätt. Inte heller avgörandet av vilken vård som ska ges kan tas med beaktande av omständigheten att fostret fötts

[13] 1 kap. 7 § patientlagen respektive 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen.
[14] Dnr 8.2-15016/2015-37.
[15] Se också Socialstyrelsens anteckningar från möte angående sena aborter 2017-10-11 uttalande av Lena Hellström Westas (Socialstyrelsen 2017a) samt Socialstyrelsen 2018b.

fram efter en abort. Det är endast individens behov och förmåga att tillgodogöra sig vården på ett rimligt sätt som ska styra beslutet.

Vård inom svensk hälso- och sjukvård ska enligt patientlagen och patientsäkerhetslagen (2010:659) stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (1 kap. 7 § patientlagen respektive 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen). När det gäller mycket för tidigt födda barn eller barn som föds med en skada framhåller Socialstyrelsen i den handbok som kompletterar myndighetens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7) att prognosen kan vara svårbedömd och osäker. Om barnet är döende och det inte längre finns botande behandling kan det bli nödvändigt att överväga om det är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling. Den nytta behandlingen gör måste vägas mot eventuell skada för patienten. Det kan röra sig om att behandlingen saknar förutsättningar att ge en medicinsk effekt och medför obehag, smärta och komplikationer som innebär ett lidande för patienten, i stället för bot och hjälp. Det är enligt Socialstyrelsen självklart att undvika eller inte fortsätta med åtgärder som gör mer skada än nytta för patienten.[16]

En central fråga är när fortsatt behandling inte kan anses vara förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet, eller när fortsatt livsuppehållande behandling ska anses göra mer skada än nytta. Är patienten ett barn som är mycket för tidigt fött kompliceras bedömningen av att barnet kan komma att lida av olika typer av funktionshinder. Det har påpekats att det inte finns något stöd i svensk rätt för att ställa högre krav för nyfödda än för andra patienter på förväntad livskvalitet. Tvärtom tillhör nyfödda enligt förarbetena till prioriteringsplattformen till den högst prioriterade patientgruppen, dels för att de är beroende av vård för sin överlevnad, dels på grund av att de inte själva kan tillvarata sina rättigheter.[17] Det skulle vidare strida mot principen om alla människors lika värde och förbudet mot diskriminering att ge nyfödda sämre möjligheter till vård enbart på grund av ålder, vikt eller befarade funktionshinder. Precis som för andra patienter bör man i en akut situation där det finns osäkerhet om en behandlings effekt, först sätta in behandlingen och sedan avbryta om den inte anses förenlig med barnets bästa.[18]

---

[16] Socialstyrelsen 2011 s. 44.
[17] Rynning 2004 s. 167.
[18] Rynning 2004 s.176.

Föräldrars rätt att påverka beslut om vilken vård ett barn ska få

All vård ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet så länge det är fråga om frivillig vård. Hälso- och sjukvård ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten (5 kap. 1 § patientlagen). Vård får inte ges utan samtycke från patienten (4 kap. 2 § patientlagen). Detta gäller även i de fall patienten är ett barn. Ett barn som på grund av bristande förmåga att fatta beslut om vård för egen del företräds av sin vårdnadshavare.

Ett barns vårdnadshavare har bland annat en skyldighet att se till att barnets behov tillgodoses och att barnet får god omsorg (6 kap. 2 § föräldrabalken).[19] För att kunna fullgöra denna skyldighet har en vårdnadshavare rätt att fatta beslut som rör barnets personliga angelägenheter i den utsträckning barnet själv inte kan fatta beslut (6 kap. 11 § föräldrabalken). Vårdnadshavares rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör ett barns personliga angelägenheter innefattar också hälso- och sjukvård för barnet. Det betyder emellertid inte att en vårdnadshavare kan avböja livsuppehållande behandling för ett barn på samma sätt som en beslutskompetent patient kan göra beträffande sin egen vård. Vårdnadshavarens bestämmanderätt styrs av ansvaret för att se till att barnets behov tillgodoses och att barnet får god omsorg och kan inte inkludera rätt att avstå från barnets mänskliga rättigheter enligt exempelvis Europakonventionen (artikel 2) och barnkonventionen, inte minst mot artikel 3 om barnets bästa och artikel 2 om rätten till liv.

Det innebär att det inte finns någon möjlighet att ”välja bort” ett barn som i något visst avseende skulle kunna utgöra en belastning för familjen förutom fram till den tidpunkt där rätten till abort upphör. Möjligheten att avstå från livräddande behandling av ett mycket tidigt fött barn finns bara när behandlingen inte kan anses vara förenlig med barnets bästa.[20]

Vad som utgör god omsorg inom hälso- och sjukvård avgörs av i vilken utsträckning vetenskap och beprövad erfarenhet anger att en behandling kan antas vara av värde för patienten. Den som enligt Socialstyrelsens föreskrifter för livsuppehållande behandling har till

[19] Föds barnet av en ogift mor är hon ensam vårdnadshavare. Är hon gift är hennes make också vårdnadshavare för barnet från barnets födelse, (6 kap. 3 § föräldrabalken).
[20] Rynning 2004 s. 174.

uppgift att fatta beslutet om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling till ett nyfött barn är den läkare som är barnets fasta vårdkontakt eller, om en sådan saknas, en annan legitimerad läkare som deltar i patientens vård.[21] Socialstyrelsen betonar i sin handbok för livsuppehållande behandling att vårdnadshavarnas önskemål om vården och deras inställning till livsuppehållande behandling ska respekteras så långt det är förenligt med sakkunnig och omsorgsfull vård, som uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet. En sådan avvägning kan aktualiseras i en situation där sjukvården vid en osäker prognos om barnets överlevnadschanser låtit vården av barnet fortgå ett tag, men sedan bedömt att barnet är döende och att det inte längre finns botande behandling att erbjuda. Om det kvarstår en viss osäkerhet kring prognos eller diagnos ska vårdnadshavarnas önskemål om fortsatt livsuppehållande behandling respekteras om det inte uppenbart strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet.[22]

Socialstyrelsen framhåller i sin handbok att barnets rätt till hälso- och sjukvård har företräde framför vårdnadshavarnas eventuella nekande, om hälso- och sjukvården bedömer att risken att barnets hälsa och utveckling skadas är påtaglig. Om barnet inte nått en sådan mognad att det själv kan fatta beslut om sin vård kan det i denna situation bli aktuellt med ett ingripande med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Vid akut behov av livräddande insatser kan även brottsbalkens (1962:700) nödregel (4 kap. 4 § brottsbalken) bli tillämplig.[23]

[21] 2 och 3 kap. SOSFS 2011:7.
[22] Socialstyrelsen 2011 s. 44–45.
[23] Socialstyrelsen 2011 s. 54–55. Se även Rynning 2004 s. 160–161.