

Abort i Sverige

*Betänkande av Utredningen om utländska
aborter*

Stockholm 2005



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2005:90

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.

– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2005

ISBN 91-38-22451-8
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 23 oktober 2003 bemyndigade regeringen chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppgift att utreda förutsättningarna för och konsekvenserna av att utländska kvinnor, som inte är bosatta i Sverige och som inte är asylsökande, får rätt att göra abort i Sverige under förutsättning att de själva står för kostnaderna (dir. 2003:134). Regeringen beslöt den 28 oktober 2004 genom tilläggsdirektiv att förlänga utredningstiden till den 1 december 2005.

Som särskild utredare förordnades landshövding Eva Eriksson. Som sakkunnig förordnades departementssekreterare Johanna Lithman Sola och till experter förordnades professor Kerstin Hagenfeldt, handläggare Hasse Knutsson, utredare Margareta Pettersson och enhetschef Per-Anders Sunesson. Som sekreterare anställdes utredare Ulla Åhs. F.d. chefsjuristen Gunnar Fahlberg har medverkat i utredningen som juridisk konsult. Monica Berglund, Kommittéservice har assisterat utredningen.

Utredningen om utländska aborter (S 2003:10) överlämnar härmed sitt slutbetänkande Abort i Sverige (SOU 2005:90).

Stockholm i november 2005

Eva Eriksson

/Ulla Åhs

Innehåll

Förkortningar	9
Sammanfattning	11
Summary	13
Författningsförslag	15
1 Inledning	17
Utredningens uppdrag	17
Utredningens arbete.....	17
Betänkandets innehåll	19
2 Utredningens förslag med motiveringar	21
Förslag	21
Uppföljning	22
Motiv till förslaget.....	22
Konsekvenser av EG-fördraget	23
Landstingets skyldighet	24
Kvinnors reproduktiva hälsa.....	24
3 Konsekvenser av förslaget	27
Socialstyrelsens prövning upphör	27
Generella regler för betalning av abort	28
Inga ökade kostnader för landstingen.....	30
Inga kommunalrättsliga hinder	30
Vilka skulle vilja resa till Sverige för en abort?.....	31
Kvinnans kostnader för abort.....	32

Erfarenheter från andra europeiska länder.....	32
Lagändringen i sig ökar inte efterfrågan på aborter i Sverige	33
Marginellt anspråk på sjukvården	34
Straffrättsliga konsekvenser	34
4 Abortens historia i Sverige	37
Före 1939 var abort ett allvarligt brott.....	37
1938 års lag om avbrytande av havandeskap	39
En svårlöst och kontroversiell samhällsfråga.....	41
När svenska kvinnor reste till Polen	44
En radikal omsvängning i synen på abort	47
1974 års lag gäller med små ändringar	50
5 Abort – ett etiskt dilemma	53
Människosyn och människovärde	53
Två skyddsvärda individer.....	54
Den oföddes intresse.....	55
Kvinnans val.....	56
Gradering av skäl för abort	57
Olika religioners syn	58
6 Kvinnors reproduktiva hälsa	63
Den internationella befolkningskonferensen i Kairo 1994.....	64
Abortmotståndet	67
Lagarna	68
Effekter av medicinskt osäkra aborter	68
7 Metoder för abort.....	73
Tidsgräns för abort	73
Abort under tidig graviditet.....	73
Abort under sen graviditet	76
Utveckling av abortmetoder	77
Utveckling av preventivmetoder	77
Skydd mot sexuellt överförda infektioner	79

8	Antal aborter i Sverige	81
	Officiell statistik över aborter	81
	Utveckling av antal aborter.....	82
	En hög frekvens aborter i förhållande till övriga nordiska länder.....	83
	Aborter i olika åldrar.....	84
	Graviditetens längd	85
	Sena aborter	85
	Ansökan om abort från utländska kvinnor.....	87
9	Lagreglering av abort i Sverige	93
	Hälso- och sjukvårdslagen.....	93
	Abortlagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort.....	94
	EG:s regler tar över svensk lagstiftning.....	99
10	Abort i Europa	101
	Abort på kvinnans begäran.....	101
	Länder som prövar sociala och medicinska skäl för alla aborter.....	104
	Länder med mycket restriktiva regler för abort	104
	Irland.....	106
	Polen	111
	Erfarenheter i länder som tillåter abort för kvinnor från andra länder.....	116
11	Regler för abort i Norden.....	123
	Danmark.....	123
	Finland	126
	Norge	128
12	Vård i Sverige av utlänningar	131
	EG-fördraget	131
	Villkor för att få vistas i Sverige	132
	Landstingets skyldighet att erbjuda vård.....	133

Planerad vård till patient från EU-land	137
Landstingets möjlighet att erbjuda vård på affärsmässig grund ...	137
Vad betalar patienten?	138
Priser för vård i Sverige	139
Försäkringskassan reglerar betalning från ett annat EU-land	140
Sammanställning av regler för vård av patienter från annat land	141
Omfattningen av vård i Sverige till personer från annat EU-land	142
Priser för abort i Sverige.....	144
13 Samarbete mellan länder i brottmål.....	145
Rättslig hjälp i brottmål	145
Utlämning och överlämnande för brott.....	146
14 Författningskommentar	149
Referenser.....	151

Bilagor

<i>Bilaga 1</i> Kommittédirektiv	159
<i>Bilaga 2</i> Aktuella författningar – utdrag	165
<i>Bilaga 3</i> Hearing om utländska aborter den 7 juni 2005	171

Förkortningar

EES	Europeiska ekonomiska samarbetsområdet
EG	EG betecknar såväl hela Europeiska gemenskapen som alla olika europeiska gemenskaperna inom EU, t.ex. i författningstext. Före den 1 november 1993 var beteckningen Europeiska ekonomiska gemenskapen (EEG) som används i samband med de olika förordningar som antagits före den 1 november 1993
EU	Europeiska unionen med 25 medlemsländer 2005
EU-kort	Det europeiska sjukförsäkringskortet
EU-land	Används i betänkandet som beteckning för de 25 medlemsländerna samt Liechtenstein, Island och Norge som omfattas av EG:s regler genom EES-avtalet och även Schweiz som omfattas av EG:s regler genom särskilt avtal
E 112	Beteckningen på ett intyg som är en betalningsförbindelse från sjukvårdsförsäkringen i patientens hemland för planerad vård i ett annat EU-land
FN	Förenta Nationerna
Federa	Federation for Women and Family Planning i Polen
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen
ICPD	International Conference on Population and Development; FN:s konferens om befolkning och utveckling
IPPF	International Planned Parenthood Federation; en internationell paraplyorganisation för nationella organisationer som arbetar med sexualitet och reproduktiv hälsa

PoA	Programme of Action; handlingsprogram formulerat vid ICPD
Prop.	Regeringens proposition till riksdagen
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling (med föreskrifter och allmänna råd)
SOU	Statens offentliga utredningar
SoU	Socialutskottet
STI	Sexually Transmitted Infections; sexuellt överförbara infektioner
UK	United Kingdom; Storbritannien
UN	United Nation; Förenta Nationerna
UNDP	United Nations Population Division
UNFPA	United Nations Population Fund
WHO	World Health Organisation; FN:s världshälsoorganisation

Sammanfattning

Enligt den svenska abortlagen får abort endast utföras om kvinnan är svensk medborgare eller bosatt i Sverige eller om Socialstyrelsen av särskilda skäl lämnar tillstånd. Utredningen föreslår att abortlagen ändras så att en utländsk kvinna ska kunna få abort i Sverige utan prövning av särskilda skäl och enligt samma regler som en svensk kvinna. Detta innebär att kvinnan ska kunna få abort på egen begäran om aborten sker före utgången av graviditetsvecka 18 och efter tillstånd från Socialstyrelsen om aborten genomförs senare i graviditeten. En utländsk kvinna ska också enligt abortlagens bestämmelser erbjudas stödsamtal både före och efter aborten.

Abort är en del av den svenska hälso- och sjukvårdsverksamheten och är en av de tjänster som landstingen har skyldighet att erbjuda den egna befolkningen. Utredningens förslag innebär att särbehandlingen av utländska kvinnor som önskar en abort i Sverige upphör. Finansiering och betalning för en abort ska ske enligt de generella regler som gäller när utländska personer får hälso- och sjukvård i Sverige.

Sverige har genom sitt medlemskap i EU förbundit sig att anpassa svensk lag till EG-fördraget och regler från Europeiska gemenskapen (EG). EG:s regler gäller även om svensk lag säger annat. EG-fördraget innebär redan i dag att kvinnor från ett EU-land bör kunna erbjudas abort i Sverige trots abortlagens bestämmelse. Enligt utredningens mening finns inget godtagbart skäl att behålla regler som endast hindrar utländska kvinnor utanför EU från att komma till Sverige för en legal och säker abort. Reglerna strider mot Sveriges prioritering av reproduktiv hälsa i det internationella utvecklingssamarbetet. Att ändra den svenska abortlagen är därför en viktig symbolhandling.

Reglerna för hur en abort ska betalas är olika beroende på om patienten kommer från ett EU-land eller från ett land som inte omfattas av EG:s regler.

En kvinna från ett EU-land som vistas i Sverige, även om hon inte är folkbokförd här, betalar i de flesta fall en svensk patientavgift om hon kan visa sitt EU-kort. Landstinget ersätts för kostnaderna för aborten av Försäkringskassan i Sverige som i sin tur begär ersättning från sjukvårdsförsäkringen i kvinnans hemland. Så sker även för kvinnor från ett EU-land som kommer hit för en abort, om de i förväg har fått ett intyg (E112) där hemlandets sjukvårdsförsäkring förbinder sig att betala aborten.

Alla kvinnor utanför EU och som inte omfattas av EG:s regler ska alltid själva betala hela kostnaden för aborten om de inte är bosatta eller asylsökande i Sverige. Även kvinnor från EU-länder ska betala hela kostnaden själva om de endast kommer till Sverige för en abort och inte kan visa upp intyg E112. En abort i Sverige kommer enligt landstingens prissättning att vara relativt dyr, på samma nivå som i England.

Nederländerna och Storbritannien har under lång tid tillåtit att utländska kvinnor får abort i landet. Erfarenheterna i dessa länder visar att det är en liten och minskande efterfrågan från europeiska kvinnor att få en abort i ett annat land. Det finns egentligen bara ett land i vårt geografiska närområde, Polen, från vilket kvinnor skulle kunna tänkas vilja komma för en abort. Det är emellertid relativt lätt för en polsk kvinna att få en illegal abort utförd i Polen och den illegala abortverksamheten är omfattande. För polska kvinnor är det dyrare och svårare att resa utomlands för en abort. En polsk kvinna som genomgått en illegal abort straffas inte i Polen.

Utredningen bedömer att det är troligt att fler utländska kvinnor som har anknytning till Sverige genom släkt och vänner kommer att efterfråga abort i Sverige men det blir knappast någon omfattande abortverksamhet som avser utländska kvinnor. I Danmark som ändrade sin abortlag den 1 juni 2004 har ingen ökning skett av antalet utländska kvinnor som har fått abort i landet.

En eventuell ökning av antal aborter som följd av lagändringen är finansierad genom att kvinnan själv eller hennes sjukvårdsförsäkring i hemlandet och i vissa fall Försäkringskassan i Sverige ska betala aborten. Landstingets kostnader för abortverksamhet påverkas inte av lagändringen.

Summary

The task of the Committee, specified in the terms of reference, was to investigate if non-resident women should be permitted to undergo an abortion in Sweden. The Swedish Abortion Law of 1974 states that abortions are only permitted for Swedish citizens or residents of Sweden. A non-resident woman must apply to the National Board of Health and Social Services for permission.

The Committee suggests that the abortion law should be changed. Foreign women should be permitted, as are Swedish citizens or residents of Sweden, to undergo an abortion on request until the end of the 18th week of pregnancy. The National Board of Health and Social Services must approve an abortion at a later stage. The woman should also be offered counselling before and after an abortion.

As a Member State of the European Union (EU), Sweden must equalize national legislation with the legislation of the Community and that legislation supersedes the national legislation. The Treaty on European Union Member States implies that women from Member States of EU already have the right to an abortion in Sweden even though the Swedish Abortion Law denies the right for non-residents. There is no acceptable reason to deny the right to an abortion in Sweden to women from countries outside EU. The reproductive health of women in developing countries is a high priority in Sweden and an amendment of the Swedish abortion law will have a high symbolic value.

Financing and payment for abortions should follow the general rules for foreigners getting health services in Sweden. The rules differ between patients from Member States of EU and for patients from countries outside EU.

A woman from a Member State who stays in Sweden, even if she is not a resident, should pay the same fee as a Swedish patient if she can show her European health insurance card. In that case the

social security institution in her homeland pays the cost for the abortion to the Swedish Social Insurance Agency.

All non-resident women from countries outside EU must pay the full cost of an abortion. Women from Member States who travel to Sweden for an abortion must also pay the full cost, unless they have a certificate (E112) confirming that the social security institution in their homeland is liable for the cost. An abortion will be relatively expensive, at a comparable level to the cost in Great Britain.

The Netherlands and Great Britain have permitted abortions for non-residents for a long time. Experiences show that there is a small and diminishing demand from European women to undergo an abortion in another European country. Poland is the only neighbouring country from which there might be a demand for abortion in Sweden. However, it is cheaper and easier for a Polish woman to have an illegal abortion in Poland than to go abroad for an abortion. A Polish woman who has undergone an illegal abortion is not punished in Poland. The Danish Abortion Law changed in 2004 and there has not been any increase of the number of abortions for non-residents in Denmark since the change.

The view of the Committee is that there will probably not be any great demand for an abortion in Sweden from non-resident women. There might be some increased demand from foreign women who have connections to Sweden through relatives or friends.

Författningsförslag

Förslag till lag om ändring i abortlagen (1974:595)

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 §¹

Abort eller avbrytande av havandeskap enligt 6 § får utföras endast om kvinnan är svensk medborgare eller bosatt här i riket eller om Socialstyrelsen i annat fall av särskilda skäl lämnar kvinnan tillstånd till åtgärden.

Endast den som är behörig att utöva läkaryrket får utföra abort eller avbryta havandeskap enligt 6 §. Åtgärden skall ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänner.

6 §

Kan det 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.

Utan Socialstyrelsens tillstånd och utan hinder av bestämmelserna i 5 § får avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel som avses i första stycket utföras av den som är behörig att utöva

Utan Socialstyrelsens tillstånd och utan hinder av bestämmelsen i 5 § får avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel som avses i första stycket utföras av den som är behörig att utöva

¹ Ändringen innebär endast att första stycket upphävs.

läkaryrket, om inte åtgärden kan läkaryrket, om inte åtgärden kan
anstå utan fara för kvinnan. anstå utan fara för kvinnan.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2006.

1 Inledning

Utredningens uppdrag

Utredningen har haft i uppdrag enligt direktiven (dir. 2003:134, bilaga 1) att utreda förutsättningar för och konsekvenserna av att utländska kvinnor, som inte är bosatta i Sverige och som inte är asylsökande, får rätt att göra abort i Sverige under förutsättning att de själva står för kostnaderna. Uppdraget har varit att belysa konsekvenser av olika slag som en sådan möjlighet skulle medföra samt att lämna förslag till författningsändringar om så är påkallat.

I uppdraget har ingått att belysa abort i ett historiskt perspektiv i Sverige samt särskilt hur man såg på frågan på 1960-talet när svenska kvinnor reste till Polen för abort. Vidare har uppdraget omfattat att belysa bakgrunden till en mer restriktiv abortlagstiftning i andra länder samt konsekvenserna av restriktiva regler på kvinnors reproduktiva hälsa. Utredningen skall också redovisa i vilken mån frågan om abort tas upp inom EU.

Att redovisa de regler som gäller när personer från annat land får vård i Sverige samt omfattningen av sådan vård har ingått i uppdraget liksom att belysa huruvida abort kan sägas skilja sig från annan vård och behandling. Andra delar av uppdraget har varit att analysera konsekvenserna för landstingen och den svenska hälso- och sjukvården samt eventuella straffrättsliga konsekvenser. En uppskattning av de kostnader av olika slag som skulle drabba en utländsk kvinna som får en abort i Sverige har också ingått.

Utredningens arbete

Utredningen har genomförts av en särskild utredare landshövding Eva Eriksson och sekretare Ulla Åhs med hjälp av juristkonsult f.d. chefsjuristen vid Socialstyrelsen Gunnar Fahlberg. En expertgrupp har bistått utredningen med professor emeritus Kerstin

Hagenfeldt Karolinska institutet, departementssekreterare Johanna Lithman Sola Socialdepartementet, handläggare Hasse Knutsson Sveriges Kommuner och Landsting, utredare Margareta Pettersson Folkhälsoinstitutet samt enhetschef Per-Anders Sunesson Socialstyrelsen. Direktiven antogs i oktober 2003. Utredningen påbörjades i augusti 2004 och slutfördes i november 2005.

Utredningen har lagt stor vikt vid att undersöka regler och praxis för abort i andra länder med tonvikt på Europa, se referenser. Översikter om abort från FN, WHO och IPPF (International Planned Parenthood Federation) har använts. Studiebesök har gjorts i Polen och Irland, två länder med Europas mest restriktiva abortlagar, där utredningen träffat bl.a. representanter för hälsoministerierna och nationella organisationer som arbetar med reproduktiv hälsa. I Polen träffade utredningen även en ledamot i polska parlamentet. Vidare har ett studiebesök gjorts i Nederländerna, ett land som under lång tid tagit emot utländska kvinnor för abort, för att diskutera erfarenheter med representanter för hälsoministeriet och kliniker som tar emot utländska kvinnor för abort. Utredningen har också haft kontakt med hälsoministerierna i Danmark, Finland, Norge och Storbritannien.

Avsnittet om abortens historia bygger på litteraturstudier. De delar som avser erfarenheterna av resorna till Polen för abort på 1960-talet utgår från skriftliga minnen och en intervju av redaktör Hans Nestius som då var en förgrundsgestalt för abortfrågan.

Professor emeritus Marc Bygdeman har utarbetat avsnittet om abortmetoder. Han har också tillsammans med Barbro Nylander gjort en statistisk beskrivning av de utländska kvinnor som ansökte om abort 2003 hos Socialstyrelsens rättsliga råd.

Utredningen genomförde i juni 2005 en hearing om utländska aborter med inbjudna riksdagsledamöter, politiker och tjänstemän i landsting samt representanter från berörda myndigheter och organisationer. I bilaga 3 finns en dokumentation av hearingen som sammanställts av vetenskapsjournalist Monika Starendal.

En referensgrupp med riksdagsledamöter från samtliga riksdagspartier har träffats två gånger under utredningen, se referenser.

Utredningen har också träffat ett flertal företrädare för myndigheter och intresseorganisationer under arbetets gång. Möten har genomförts med bl.a. Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning, Socialstyrelsens rättsliga råd, Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsenhet, Epidemiologiskt Centrum Socialstyrelsen, Statens medicinsk-etiska råd, RFSU, Vårdförbundet, Barnmorskeförbun-

det, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, representanter för sjukhuskuratorer, Sahlgrenska International Care, Stockholm Care, Uppsala Care, Svenska kyrkan, Katolska kyrkan och Ja till livet.

Betänkandets innehåll

Utredningens författningsförslag redovisas först i betänkandet. I kapitel 2 redovisas utredningens förslag med motiveringar och i kapitel 3 bedömda konsekvenser av förslaget. Kapitel 4–13 ger faktabakgrunden till utredningen överväganden och förslag. Kapitel 14 innehåller författningskommentarer. Listan med referenser anger riksdagsledamöter som ingått i en referensgrupp till utredningen, aktuella lagar och regler, litteratur samt personer som intervjuats vid de internationella studiebesöken. I bilagor finns utredningens direktiv (Dir. 2003:134), utdrag ur aktuella författningar samt en sammanfattning av utredningens hearing om utländska aborter den 7 juni 2005.

2 Utredningens förslag med motiveringar

Förslag

Abort eller avbrytande av havandeskap ska få utföras utan prövning av särskilda skäl även om kvinnan inte är svensk medborgare eller bosatt i riket

Enligt 5 § första stycket abortlagen (1974:595) får abort eller avbrytande av havandeskap endast utföras om kvinnan är svensk medborgare eller bosatt i riket eller om Socialstyrelsen av särskilda skäl lämnar tillstånd¹. Utredningen föreslår att även den som inte är svensk medborgare eller bosatt i Sverige utan prövning av särskilda skäl ska kunna få en abort eller avbrytande av havandeskap utförd i Sverige enligt abortlagens bestämmelser. En utländsk kvinna ska således kunna få en abort på egen begäran om den sker före utgången av graviditetsvecka 18 och efter tillstånd från Socialstyrelsen om aborten genomförs senare i graviditeten. En utländsk kvinna ska också enligt abortlagens bestämmelser erbjudas stöd-samtal både före och efter aborten.

Förslaget innebär att bestämmelsen i 5 § första stycket abortlagen (1974:595) ska upphöra att gälla. Som en konsekvens av lagändringen kommer hänvisningen i 6 § andra stycket enbart att syfta på bestämmelsen i 5 § att åtgärden ska ske på allmänt sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning som Socialstyrelsen godkänt. Ordet ”*bestämmelserna*” ska således ändras till ”*bestämmelsen*”. I övrigt föreslås inga författningsändringar.

Socialstyrelsens prövning av särskilda skäl för att medge abort om kvinnan inte är svensk medborgare eller bosatt i Sverige upphör genom lagändringen. Utredningen föreslår att regeringen ger

¹ En utländsk kvinna som kan visa att hon har sökt och väntar på besked om asyl eller uppehållstillstånd i Sverige bör anses som bosatt och behöver inte särskilt tillstånd för abort (SOSFS 2004:4).

Socialstyrelsen i uppdrag att anpassa föreskrifter och allmänna råd i SOSFS 2004:4(M) till lagändringen.

Uppföljning

Utredningen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen av antalet aborter i Sverige som avser utländska kvinnor som inte är bosatta i Sverige.

Det är angeläget att över tiden kunna följa hur många utländska kvinnor som genomgår en abort i Sverige och från vilket land kvinnorna kommer, dels för att få korrekta tal över abortfrekvensen i Sverige och dels för att över tiden kunna följa hur stor del av abortverksamheten som avser utländska kvinnor. Utredningen föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen av antalet aborter i Sverige som avser utländska kvinnor som inte är bosatta i Sverige.

Socialstyrelsen ansvarar för den officiella statistiken för hälso- och sjukvård enligt förordning (2001:100) om den officiella statistiken. Det är Socialstyrelsen som avgör vilka uppgifter som ska ingå i hälso- och sjukvårdstatistiken. Sedan lång tid har statistik över utförda aborter årligen publicerats. I statistiken redovisas bl.a. uppgifter om kvinnans hemkommun med syftet att kunna analysera skillnader i abortfrekvens mellan kommuner och regioner. Enligt utredningens mening är det angeläget att komplettera abortstatistiken med uppgifter om kvinnans hemland i de fall hon inte är bosatt i Sverige med syftet att kunna följa utvecklingen av antalet utländska kvinnor som genomgår abort i Sverige. Både Nederländerna och Storbritannien som under lång tid har tagit emot kvinnor från andra länder för abort har en sådan officiell statistik.

Motiv till förslaget

Sverige har genom sitt medlemskap i EU förbundit sig att anpassa svensk lagstiftning till EG-fördraget och andra regler från Europeiska gemenskapen (EG). EG:s regler gäller även om svensk lag säger annat. EG-fördraget innebär redan i dag att kvinnor från ett

EU-land² bör kunna erbjudas en abort i Sverige trots bestämmelsen i 5 § första stycket abortlagen. Detta är ett starkt motiv till den föreslagna ändringen av abortlagen. Enligt utredningens mening finns inget godtagbart skäl att behålla regler som endast hindrar utländska kvinnor utanför EU att komma till Sverige för en legal och säker abort. Reglerna strider mot Sveriges prioritering av reproduktiv hälsa i det internationella utvecklingssamarbetet. Att ändra den svenska abortlagen är därför också en viktig symbolhandling. I det följande beskrivs motiven till förslaget mer ingående.

Konsekvenser av EG-fördraget

En av de grundläggande reglerna inom EU är den fria rörligheten för varor, tjänster, kapital och personer enligt fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen (EG-fördraget).

Den fria rörligheten för tjänster (EG-fördraget avdelning III kapitel 3, artikel 49 och 50) innebär i första hand att var och en ska kunna erbjuda sina tjänster i ett annat land inom EU men den innebär också att var och en ska kunna ta del av de tjänster som erbjuds i ett annat land. Det finns ingenting i fördraget som undantar hälso- och sjukvårdstjänster från den fria rörligheten. Det innebär att personer från ett EU-land ska kunna ta del av de hälso- och sjukvårdstjänster som erbjuds inom ett annat EU-land. De olika länderna inom EU tillämpar dock fördraget på olika sätt vilket innebär att det saknas en enhetlig praxis för hälso- och sjukvårdstjänster.

Abort ingår som en del av hälso- och sjukvården i Sverige. Abort är därför en tjänst som ska kunna erbjudas kvinnor från ett annat EU-land enligt EG-fördragets intentioner. Bestämmelsen i 5 § första stycket abortlagen om att abort endast får utföras om kvinnan är svensk medborgare eller bosatt i landet saknar därför giltighet för kvinnor från annat EU-land.

Danmark har som en konsekvens av EG-fördraget ändrat abortlagen den 1 juli 2004. Den danska lagen tillåter nu att utländska kvinnor mot betalning får möjlighet till abort i landet.

² EG-fördraget gäller genom ESS-avtalet även i Island, Liechtenstein och Norge samt genom ett särskilt avtal i sina huvuddelar också i Schweiz. Dessa länder inkluderas här i begreppet EU-land.

Landstingets skyldighet

Varje landsting har skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta (folkbokförda) inom landstinget enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Landstinget har en motsvarande skyldighet gentemot personer från ett EU-land som arbetar, söker arbete och deras familjemedlemmar enligt förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen (3c § HSL). Skyldigheten omfattar all hälso- och sjukvård således även abort som skall erbjudas på samma villkor som till bosatta i landstinget.

Förordningen (EEG) nr 1408/71 innebär också att en person under trygga omständigheter ska kunna vistas i ett EU-land och inte behöva avbryta en planerad vistelse av medicinska skäl. Landstingets skyldighet omfattar därför även att erbjuda vad man kallar ”nödvändig vård” till personer från ett EU-land som tillfälligt vistas här oberoende av orsaken till och längden av den planerade vistelsen. Det är den behandlande läkaren i Sverige som i det enskilda fallet avgör vad som är nödvändig vård. Om en läkare bedömer att en kvinna som t.ex. studerar i Sverige måste genomgå en önskad abort under den tid som hon planerat att vistas här är det att betrakta som nödvändig vård. Hon ska inte behöva avbryta sina studier för att resa till hemlandet och genomgå en abort.

Abortlagens bestämmelse i 5 § första stycket gäller således inte de EU-medborgare som omfattas av förordning (EEG) nr 1408/71 och för vilka landstinget har skyldighet att erbjuda vård. Se också kapitel 12 i betänkandet.

Kvinnors reproduktiva hälsa

Tillgång till legala och säkra aborter är av stor betydelse för kvinnors reproduktiva hälsa. Alla länder har någon form av reglering av aborter. Restriktioner varierar från att kvinnor kan få abort på egen begäran som i Sverige till att abort är helt förbjudet. Reglerna kan mer eller mindre försvåra kvinnors möjlighet till abort. Attityder från vårdpersonal och otillräcklig tillgång till medicinska resurser eller vård av otillräcklig kvalitet kan också betyda begränsningar. Se kapitel 6 i betänkandet.

Där det är svårt att få en legal abort förekommer en omfattande illegal abortverksamhet. Så var det i Sverige innan abortlagen trädde i kraft 1975 och så är det i dag i en stor del av världen. Förändringen av abortlagen i Polen 1993 illustrerar tydligt att aborter inte upphör för att de förbjuds. När den tidigare legala abortverksamheten i Polen blev olaglig har verksamheten i stället fortsatt illegalt på privata kliniker som tidigare utförde legala aborter. Den illegala abortverksamheten i Polen är i dag omfattande. Se kapitel 10.

I länder där aborter är lagliga och genomförs med säkra metoder är komplikationer mycket sällsynta, även i utvecklingsländer. Det är de illegala aborterna som innebär stora hälsorisker för främst fattiga kvinnor i utvecklingsländerna. WHO uppskattar att ca 70 000 kvinnor dör varje år som en följd av osäkra aborter och många fler skadas allvarligt främst i Afrika och Latinamerika där regleringen av aborter är mycket restriktiv. Unga kvinnor riskerar sin hälsa och sina liv genom att de hänvisas till utbildade abortörer som använder riskfyllda tekniker ofta under osanitära förhållanden.

Reproduktiv hälsa är ett prioriterat område i Sveriges utvecklingsarbete. Sverige driver dessa frågor inom FN, WHO och i sitt biståndsarbete. En stor del av världens länder har anslutit sig till det första internationella handlingsprogrammet om reproduktiv hälsa som antogs vid FN:s befolkningskonferens i Kairo 1994. Sverige drev då tillsammans med andra nordeuropeiska länder samt USA kvinnors rätt till legala och säkra aborter men möttes av ett starkt motstånd främst från företrädare för katolska kyrkan och vissa muslimska länder. I programmet som blev en kompromiss står att aborter ska vara säkra i de länder där aborter är lagliga. Alla kvinnor, även i länder där abort inte är tillåtet ska tillförsäkras en god vård vid komplikationer efter en abort och också få råd och undervisning i preventivmetoder för att undvika upprepade aborter.

Enligt utredningens uppfattning har Sverige en möjlig och betydelsefull roll att påverka länder att förbättra kvinnors villkor och reproduktiva hälsa. Sverige kan och bör uppmärksamma vikten av legala och säkra aborter i alla sammanhang där folkhälsofrågor behandlas inom EU, WHO, andra FN-organ och i vårt utvecklingsarbete med andra länder. Att ha regler som hindrar kvinnor från länder utanför EU att komma till Sverige för en legal och säker abort rimmar illa med den roll Sverige bör ha. Att ändra den svenska abortlagen är därför en viktig symbolhandling.

3 Konsekvenser av förslaget

Abort är en del av den svenska hälso- och sjukvården och är en av de tjänster som landstingen har skyldighet att erbjuda den egna befolkningen. Utredningens förslag innebär att särbehandlingen av utländska kvinnor som önskar en abort i Sverige ska upphöra. Socialstyrelsen ska inte längre pröva särskilda skäl för en utländsk kvinna utan hon ska, liksom en svensk kvinna, kunna få abort enligt abortlagens övriga bestämmelser. Finansiering och betalning för en abort ska ske enligt de generella regler som gäller när utländska personer får hälso- och sjukvård i Sverige.

Utredningen bedömer att det inte kommer ske någon stor ökning av utländska kvinnor som önskar abort i Sverige. Lagändringen bedöms inte medföra straffrättsliga konsekvenser. I det följande beskrivs konsekvenserna mer ingående.

Socialstyrelsens prövning upphör

Sedan abortlagen trädde i kraft 1975 har Socialstyrelsens rättsliga råd prövat de särskilda skälen och beviljat tillstånd till abort för kvinnor som inte är svenska medborgare eller bosatta i Sverige. Det är förhållandevis få utländska kvinnor som har begärt tillstånd till abort, 70–100 varje år och de allra flesta har beviljats abort. Se kapitel 8.

Enligt praxis lämnar Socialstyrelsens rättsliga råd tillstånd till abort om kvinnan har någon anknytning till Sverige t.ex. att mannen är svensk medborgare eller bosatt i Sverige. Kvinnor som studerar i Sverige beviljas också abort oberoende av vilket land de kommer ifrån. Kvinnans sociala situation i hemlandet kan vara ett särskilt skäl om kvinnan befinner sig i Sverige. De utländska kvinnor som kommer hit och vill ha en abort endast av skäl att de inte kan få en legal abort i sitt hemland får som regel avslag.

Prövningen föregås av en kuratorsutredning om kvinnans privatliv och sociala förhållanden. En utländsk kvinna som vill ha abort i Sverige måste redogöra för varför hon är i Sverige, hur länge hon avser att stanna samt när, med vem och var samlaget skedde som orsakade graviditeten. Hon är beroende av en myndighets beslut och kan inte som svenska kvinnor få en abort på egen begäran.

Prövningen är enligt utredningens mening otidsenlig och kan i många fall vara kränkande för kvinnan. Genom den föreslagna ändringen av abortlagen ska denna prövning upphöra.

Generella regler för betalning av abort

De generella regler för ersättning av kostnader för hälso- och sjukvård när en utlänning får vård i Sverige gäller även vid abort. Reglerna för betalning är olika beroende på om patienten kommer från ett EU-land eller från ett land som inte omfattas av EG:s regler.

Landstingets kostnader när en utländsk kvinna genomgår abort ska ersättas antingen av Försäkringskassan i Sverige, kvinnans sjukvårdsförsäkring i hemlandet eller av kvinnan själv beroende på vilka regler som gäller i det enskilda fallet. I korthet gäller följande. En mer ingående beskrivning återfinns i kapitel 12.

Försäkringskassan i Sverige

Landstinget har skyldighet att erbjuda vård till personer från EU-land som arbetar i Sverige eller som är familjemedlem till den som arbetar i Sverige (3 c § HSL). Der är alltså personer som har vistats här kortare tid än tolv månader och därför ännu inte är folkbokförda i Sverige. De skall dock vara registrerade hos Försäkringskassan. I sådana fall ska kvinnan vid en abort endast betala en svensk patientavgift. Landstinget ska ersättas för de resterande kostnaderna av Försäkringskassan som också finansierar vården dvs. något krav på ersättning skickas inte vidare till patientens sjukvårdsförsäkring i hemlandet.

Försäkringskassans kostnader för aborter som avser kvinnor från ett EU-land som arbetar i Sverige eller som är familjemedlem till en person som arbetar här kortare tid än tolv månader påverkas inte av

ändringen i abortlagen. Dessa personer ska redan i dag trots abortlagens bestämmelse kunna få en abort i Sverige.

Patientens sjukvårdsförsäkring i ett EU-land

Landstinget har även skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård till personer från ett EU-land som söker arbete i Sverige och deras familjemedlemmar (3 c § HSL). Patienten betalar svensk patientavgift och landstinget ersätts för resterande kostnader av Försäkringskassan, men kassan ska i sin tur få betalt av patientens sjukvårdsförsäkring i hemlandet.

Landstingets skyldighet omfattar även nödvändig vård för personer från ett EU-land enligt förordning (EEG) 1408/71. Om den behandlande läkaren bedömer att en abort inte kan anstå till dess kvinnan planerat att återvända till sitt hemland kan aborten bedömas som nödvändig vård och ska genomföras i Sverige. Det gäller oberoende av vilket skäl kvinnan vistas i Sverige. Även i sådana fall ska kvinnan betala patientavgift till landstinget med villkoret att hon kan visa upp sitt europeiska sjukförsäkringskort, EU-kort. Landstinget får betalt för resterande vårdkostnad från Försäkringskassan som i sin tur kräver sjukvårdsförsäkringen i patientens hemland på ersättning för kostnaderna.

En patient från ett EU-land kan också komma till Sverige för en abort som är planerad i förväg. För att försäkra sig om att hemlandets sjukvårdsförsäkring betalar aborten ska hon kunna visa upp intyg E 112 som är en betalningsförbindelse från sjukvårdsförsäkringen. Villkor för att få ett sådant intyg är att abort ingår som en förmån i hemlandets sjukvårdsförsäkring. Även i dessa fall ska patienten betala en svensk patientavgift till landstinget som får betalt för resterande vårdkostnader av Försäkringskassan som i sin tur kräver sjukvårdsförsäkringen i kvinnans hemland på betalning.

Patienten ska betala

En patient från ett EU-land som kan visa sitt EU-kort i de fall aborten bedöms som nödvändig vård eller intyg E 112 i de fall hon kommer hit för en planerad abort betalar endast svensk patientavgift. Den som inte kan visa upp EU-kortet eller intyg E 112 måste betala hela kostnaden för aborten själv direkt till landstinget.

Patienten har sedan möjlighet att i efterhand försöka få ersättning för sina kostnader av sjukvårdsförsäkringen i hemlandet. Se vidare kapitel 12.

Patienter som kommer från länder utanför EU som inte omfattas av EG:s regler och som inte är folkbokförda eller asylsökande i Sverige ska själva betala hela kostnaden för en abort till landstinget.

Inga ökade kostnader för landstingen

Landstinget har endast skyldighet att finansiera hälso- och sjukvård, även abort, till dem som är bosatta (folkbokförda) i landstingsområdet. Som beskrivits ska vården av en utländsk patient som inte är folkbokförd i Sverige beroende på vilka regler som gäller i det enskilda fallet finansieras antingen av patienten själv, av sjukvårdsförsäkringen i hemlandet eller av Försäkringskassan i Sverige.

Den föreslagna ändringen av abortlagen medför inga ökade kostnader för landstingen.

Inga kommunalrättsliga hinder

Landstingen kan på affärsmässiga grunder erbjuda hälso- och sjukvård till patienter som bor i andra länder enligt lagen (2001:151) om kommunal tjänsteexport och kommunalt internationellt bistånd (tjänsteexportlagen). Tjänsteexport ska bedrivas på affärsmässiga grunder och får inte inkräkta på landstingets möjligheter att erbjuda en god vård till den egna befolkningen. En annan förutsättning är att landstinget kan utnyttja överkapacitet inom en verksamhet som redan bedrivs. Patienter kan komma från vilket land som helst för planerad vård under förutsättning att landstinget får betalt för vården och att vården inte inkräktar på den vård landstinget är skyldig att erbjuda. Se vidare kapitel 12 i betänkandet.

Det finns således inga kommunalrättsliga hinder för landstingen att erbjuda kvinnor från andra länder abort om kraven i tjänsteexportlagen är uppfyllda.

Vilka skulle vilja resa till Sverige för en abort?

Det främsta skälet för en kvinna att vilja resa till Sverige för en abort är att det är svårt eller till och med omöjligt att få en legal och säker abort i hemlandet. Inom EU finns fyra länder Irland, Malta, Portugal och Polen där möjligheterna för kvinnor att få en legal abort är små. I dessa länder är kvinnor hänvisade till en illegal abort i det egna landet eller till att resa till ett annat land för abort. I länder utanför EU i vårt geografiska närområde är aborter lagliga. Se också kapitel 10.

Andra länder där kvinnor har svårt att få en legal och säker abort ligger långt från Sverige i Afrika, Latinamerika och södra Asien. Det finns inget skäl att anta att kvinnor från dessa länder i någon nämnvärd omfattning skulle komma till Sverige för abort. Framför allt blir kostnaderna höga för långa resor och de kvinnor som skulle kunna ha råd att resa hit kan ordna en medicinskt säker abort bekvämare och billigare på närmare håll.

Det finns egentligen bara ett land i Sveriges närområde, Polen, från vilket kvinnor i någon betydande omfattning skulle kunna tänkas vilja komma för en abort. De irländska kvinnorna får abort i England under välorganiserade former och det är få irländska kvinnor som söker abort i andra europeiska länder. I Portugal finns en relativt omfattande illegal abortverksamhet och de portugisiska kvinnorna har också länder på närmare håll, bl.a. Spanien, att resa till för en abort.

Det är relativt lätt för en polsk kvinna att komma i kontakt med privata vårdgivare i Polen som trots förbudet utför aborter. Den illegala abortverksamheten i Polen är omfattande, uppskattningsvis 70 000–150 000 aborter varje år. Aborterna utförs ofta av läkare med gynekologisk kompetens. Det förekommer att polska kvinnor väljer att resa till ett annat land för en legal abort, främst till grannländerna Tyskland, Ryssland (Kaliningrad), Litauen och Tjeckien. Antalet har dock minskat under senare år och omfattningen bedöms av polska organisationer som liten. De organiserade resor som förekom i mitten på 1990-talet har upphört eftersom researrangörerna blev åtalade. För polska kvinnor är det som regel dyrare och svårare att resa utomlands för en abort än att få aborten illegalt utförd i Polen. En polsk kvinna som genomgått en illegal abort straffas inte i Polen.

Det är enligt utredningens bedömning osannolikt att polska kvinnor i stor omfattning skulle resa till Sverige för abort även om antalet kan öka främst bland kvinnor med någon form av anknytning till Sverige. Denna bedömning delas av polska hälsoministeriet och frivilligorganisationer i Polen.

Här ska också påpekas att Polen nu är medlem i EU och omfattas av EG:s regler för vård i annat EU-land. Det innebär att polska kvinnor ska kunna erbjudas en abort i Sverige trots bestämmelsen i 5 § abortlagen. Den föreslagna lagändringen påverkar därför egentligen inte möjligheten för polska kvinnor att komma hit för en abort.

Kvinnans kostnader för abort

Det helt övervägande antalet kvinnor som kan tänkas komma till Sverige enbart med syftet att få en abort måste själva betala hela kostnaden för aborten. Undantagna är endast de som kommer från ett EU-land där abort ingår i hemlandets sjukvårdsförmån och som därför kan få intyg E 112 från den egna sjukvårdsförsäkringen. Utöver kostnaden för aborten kommer kostnader för resor till och uppehälle i Sverige.

Landstingens priser för en abort varierar mellan 5 000–15 000 kronor beroende på graviditetens längd, metoden som används och var i landet den utförs. Det är ungefär samma prisnivå som i Storbritannien men högre än i Nederländerna där en abort kostar 4 000–10 000. Priset för en illegal abort i Polen uppges vara 4 000–9 000 kronor.

Prisnivån är således relativt hög i Sverige och den totala kostnaden för att genomgå en abort kommer enligt utredningens bedömning bli högre i Sverige för en utländsk kvinna än om hon väljer att genomgå aborten i ett annat land.

Erfarenheter från andra europeiska länder

Nederländerna och Storbritannien har alltsedan abort blev tillåtet i landet låtit utländska kvinnor komma för en abort. Under 1970- och 80-talet reste ett stort antal kvinnor till dessa länder men i dag är det betydligt färre kvinnor som kommer för en abort. Efter-

frågan har minskat avsevärt såväl i Nederländerna som i Storbritannien.

Flertalet utländska kvinnor som har rest till Nederländerna för en abort har kommit från Tyskland, Belgien/Luxemburg och Spanien och fortfarande kommer de flesta därifrån. Antalet kvinnor från dessa länder har dock minskat från 19 000 år 1985 till 2 600 år 2002 som följd av bättre möjligheter att få en legal abort i hemlandet. Från andra länder i Europa och övriga världsdelar kom totalt 2 100 utländska kvinnor till Nederländerna 2002.

Som mest kom 57 000 utländska kvinnor för abort till England och Wales 1973. Antalet har minskat betydligt och har varit ca 10 000 per år sedan början på 1990-talet. Den helt övervägande majoriteten utländska kvinnor som nu reser till Storbritannien för abort kommer från Irländska republiken och Nordirland, hela 86 procent 2004. Endast 800 kvinnor kom detta år till England och Wales från andra länder i Europa och från länder i andra världsdelar för att genomgå en abort.

Både i Nederländerna och i Storbritannien utförs aborterna på specialiserade privata kliniker med anpassad service till utländska kvinnor. Det är lätt för en utländsk kvinna att få kontakt, kliniker-
na annonserar bl.a. via Internet. Aborten genomförs med metoder som innebär att kvinnan som regel kan resa hem samma dag. Medicinsk kontroll och rådgivning före aborten samt uppföljning efter det att aborten är genomförd sker som regel i kvinnans hemland. I t.ex. Irland finns en särskild reglering av hur detta ska gå till.

Erfarenheterna från Nederländerna och Storbritannien pekar på en liten och minskande efterfrågan av abort i ett annat land i Europa. Det enda undantaget är egentligen de irländska kvinnorna som efterfrågar abort främst i England. Det finns ingen anledning att tro att irländska kvinnor skulle föredra att resa till Sverige framför England.

Lagändringen i sig ökar inte efterfrågan på aborter i Sverige

Ändringen av abortlagen medför inte automatiskt att kvinnor söker sig till Sverige för en abort. I Danmark har ingen ökning av antalet utländska kvinnor som genomgår abort skett sedan lagändringen den 1 juli 2004. Här ska också påpekas att lagändringen inte innebär någon utökad skyldighet för landstingen. Ett landsting eller en enskild klinik som har ansträngda resurser för abortverksamhet

måste inte erbjuda utländska kvinnor abort i andra fall än som följer av förordning (EEG) 1408/71.

En stor efterfrågan från utländska kvinnor förutsätter att det finns anpassad information på det egna språket, att det är lätt att få kontakt, att aborten sker snabbt med god service, att priset är konkurrenskraftigt i förhållande till andra alternativ samt att kostnaderna för resa och uppehälle hålls nere. Även om dessa krav är uppfyllda är det inte säkert att det finns någon märkbart ökad efterfrågan från utländska kvinnor att få en abort i Sverige.

Utredningen bedömer att fler utländska kvinnor som har anknytning till Sverige genom släkt och vänner kommer att efterfråga abort i Sverige men det blir knappast frågan om någon organiserad abortverksamhet som vänder sig till utländska kvinnor.

Marginellt anspråk på sjukvården

Antalet aborter som utförs i Sverige har sedan abortlagen trädde i kraft 1975 varierat från 30 000 till drygt 35 000 per år. Variationen mellan vissa år har varit betydande, t.ex. genomfördes drygt tusen fler aborter 2003 än 2002. Även om antalet utländska kvinnor som genomgår abort i Sverige skulle flerdubblas från i dag ca 70 till t.ex. 500 blir anspråken på den svenska sjukvården inte större än vad som ryms inom den variation i antal aborter som landstingen är vana vid.

Utredningens slutsats är att lagändringen endast marginellt kan komma att påverka kvinnosjukvården i Sverige. En eventuell ökning av antal aborter som följd av lagändringen är dessutom finansierad genom att kvinnan själv eller hennes sjukvårdsförsäkring i hemlandet ska betala kostnaden för aborten.

Straffrättsliga konsekvenser

Utredningens förslag innebär ingen förändring av Sveriges möjligheter eller skyldigheter att samarbeta med andra länder i brottmålsärenden. Inte heller påverkas de prövningar som skall göras enligt lagstiftningen vid ett sådant samarbete. Se vidare kapitel 13.

Det finns inget känt fall där en utländsk kvinna som genomgått en abort i Sverige eller en utländsk läkare som utfört en abort i Sverige har straffats i sitt hemland och där svenska myndigheter har

medverkat med rättslig hjälp. Svenska myndigheter är enligt nuvarande regler inte skyldiga att medverka till att en utländsk kvinna eller en utländsk läkare ska kunna lagföras i sitt hemland för en legal abort som genomförts i Sverige.

4 Abortens historia i Sverige

Att avbryta en oönskad graviditet (abort) sker och har sannolikt skett i alla tider och kulturer vare sig det är legalt eller inte. Innan Sverige fick en liberal abortlag 1975 var det svårt att få en legal abort beviljad och en omfattande illegal abortverksamhet förekom. Unga kvinnor dog eller fick allvarliga bestående skador som följd av undermåligt utförda aborter. I dag sker inga illegala aborter i Sverige och de metoder som används innebär att aborter är säkra med få medicinska komplikationer som medför risker för kvinnans liv och hälsa.

Nu gällande abortlag (1974:595) trädde i kraft 1 januari 1975. I sina huvuddrag gäller lagen fortfarande så som den då formulerades. Lagen ger kvinnor rätt att begära abort utan att hennes skäl prövas om aborten sker före utgången av den 18 havandeskapsveckan. Abortlagen ersatte lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap. Under mer än 50 år hade då abortfrågan varit mycket kontroversiell i Sverige.

Före 1939 var abort ett allvarligt brott

Den som önskade en abort före 1939 då lagen om avbrytande av havandeskap trädde i kraft var hänvisad till kvacksalvare eller mindre nogräknade läkare som utförde illegala aborter. Uppskattningsvis genomfördes mer än 20 000 illegala aborter per år i början på 1930-talet¹. Ca 75 unga kvinnor dog varje år i sviterna av illegalt utförda aborter och många fick allvarliga och bestående skador. I slutet av 1920-talet och början på 1930-talet började ett fåtal aborter utföras i fall där läkare bedömde att det på medicinska grunder fanns en allvarlig risk för kvinnans liv och hälsa om

¹ SOU 1935:15 Betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap.

graviditeten fullföljdes. I början på 1930-talet genomfördes ca 200 aborter per år på sådana grunder.

Abort var straffbelagt

Fosterfördrivning har i svensk rätt betraktats som en otillåten gärning ända sedan landskapslagarna på 1200-talet. Enligt 1734 års lag stadgades livsstraff – samma straff som för dråp vid fördrivande av foster. Även försök till fosterfördrivning straffades. Rätts-tillämpningen tog dock senare hänsyn till om fördrivandet skett innan fostret kommit till liv vilket straffades lindrigare. Bestäm-melserna kvarstod ända till 1864 års strafflag då straffet för både kvinnan och den som medverkade till aborten stadgades till mellan två och sex års straffarbete. I slutet på 1800-talet mildrades straff-skalan för kvinnan med en lägsta straffsats på ett års straffarbete samtidigt som straffskalan skärptes för den som utförde aborter.

År 1921 mildrades straffsatserna betydligt. En kvinna som använde invärtes eller utvärtes medel för att fördriva sitt foster kunde dömas till fängelse. En kvinna som använde odugliga, inte verkningsfulla abortivmedel var dock strafffri. Den som hade med-verkat till att aborten genomfördes kunde dömas till straffarbete mellan sex månader och två år. Om abortverksamhet bedrevs vanemässigt och för egen vinning kunde följden bli upp till sex års straffarbete.

Under åren 1929–1933 straffades i genomsnitt 21 kvinnor per år för att de avbrutit sin graviditet med fosterfördrivning. Det stora flertalet fick villkorlig dom. Under samma period straffades i genomsnitt 17 personer per år för att de medverkat till eller utfört fosterfördrivning.

Abortfrågan – ett socialt problem

De kriminella aborterna uppfattades som ett allvarligt samhälls-problem. Unga kvinnor miste livet eller fick hälsan förstörd i sviterna av abort. Den allmänna inställningen var att foster-fördrivning måste förhindras genom att straffbeläggas. 1934 års utredning om lag för avbrytande av havandeskap konstaterar dock att straffhotet visat sig otillräckligt för att minska antalet fosterfördrivningar. I stället tycktes antalet öka.

Utredningen lyfte fram vikten av att undanröja de sociala missförhållanden som i regel var orsaken till kvinnans vilja att avbryta sitt havandeskap. Flertalet av de kvinnor som utsatte sig för illegal abort var ogifta. Vid den här tiden var ett utomäktenskapligt barn mycket skambelagt. Kvinnor förlorade i regel sin anställning vid havandeskap och även vid giftermål och hade små möjligheter att ordna bostad och ensam försörja sig själv och sitt barn. Främst borde aborter förebyggas genom sociala reformer som garanterade kvinnors rätt till arbete oberoende av giftermål och havandeskap, tillgång till bostäder för ensamstående mödrar, hjälpverksamhet för obemedlade mödrar och deras barn, inrättande av barnhem och barnträdgårdar, moderskaps- och barnvårdscentraler samt inte minst förbättrad upplysningsverksamhet angående sexuella frågor.

Abortfrågan var uppmärksammasad och omdiskuterad i riksdagen. Den första motionen om att genomföra en utredning om villkor för tillåtna aborter lämnades vid 1927 års riksdag. Motioner om detta lämnades sedan nästan varje år till dess att en utredning tillsattes 1934 med uppdraget att ge förslag om lagstiftning om avbrytande av havandeskap. Bland motionärerna märks Sveriges första kvinna i riksdagen Kerstin Hesselgren och fru Nordgren.

1938 års lag om avbrytande av havandeskap

Den 1 januari 1939 trädde lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap i kraft (prop. 1938:136). Lagen tillät aborter om vissa skäl var uppfyllda nämligen:

- när på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.
- när kvinnan blivit gravid under förhållanden som är straffbelagda och som grovt åsidosatt kvinnans handlingsfrihet t.ex. våldtäkt och utnyttjande av minderårig.
- när det finns risk för att moderns och faderns arvsanlag kan medföra sinnessjukdom, sinnesslöhet eller svår kroppslig sjukdom hos barnet.

Avbrytande av havandeskap på annan grund än sjukdom eller kroppsfel fick inte ske efter graviditetens tjugonde vecka. I de fall där aborten skedde på grund av olämpliga arvsanlag hos kvinnan måste kvinnan samtidigt steriliseras. I dessa fall måste alltid

Medicinalstyrelsen ge sitt godkännande. I övriga fall avgjorde två läkare i tjänsteställning. Aborterna måste ske på en allmän sjukvårdsinrättning och genomföras av legitimerade läkare.

Strafflagen ändrades inte. Både kvinnan och den som utförde aborter på andra grunder än vad som var lagligt kunde straffas med fängelse och straffarbete. Straffsatsen för personer som utförde aborter utan att ha läkarlegitimation var strängare.

Beslutet i riksdagen innebar att lagen blev mer restriktiv än vad som föreslagits av 1934 års utredning².

Utredningen föreslog en socialmedicinsk indikation

Utredning hade föreslagit att havandeskapet även skulle kunna avbrytas på medicinska och sociala indikationer med formuleringen

- när barnets tillkomst skulle ådraga kvinnan varaktig nöd och ofärd som finnes icke kunna på annat sätt avvärras.

Även strafflagen föreslogs ändrad så att kvinnan skulle vara straffri om omständigheterna var synnerligen mildrande. Om aborten utfördes av legitimerad läkare skulle kvinnan också vara straffri.

De flesta remissinstanser³ och även Lagrådet var starkt negativa till att en social indikation infördes som skäl för att avbryta havandeskapet. Man var rädd för en glidning av abortindikationer som skulle medföra en ökning av antalet aborter. Vidare önskade man ingen förändring av strafflagen. Aborter skulle endast kunna utföras i undantagsfall och det ansågs nödvändigt att avskräcka med stränga straff för aborter som utfördes på andra grunder än vad lagen tillät.

Riksdagens beslut innebar inte att abortfrågan avfördes som en högaktuell fråga. I ett svar på en interpellation 1943⁴ konstaterade det ansvariga statsrådet att en förutsättning för 1938 års lagstiftning var att sociala åtgärder vidtogs som relativt snabbt skulle undanröja de ekonomiska och sociala svårigheter vilka föranledde önskemålen om avbrytande av havandeskap. Statsrådet drog slutsatsen att hittills vidtagna reformer inte varit tillräckliga för att föra abortfrågan mot sin lösning. Han ställde förhoppningen till

² SOU 1935:15 Betänkande med förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap.

³ SOU 1937:6 Yttranden över preliminärt förslag till lagstiftning om avbrytande av havandeskap.

⁴ SOU 1944:51 Betänkande i abortfrågan avgivet av 1941 års befolkningsutredning.

förbättrad sexualundervisning i skolorna varvid det var viktigt att inskräpa sexuell återhållsamhet till dess individen är i stånd att bilda familj samt vårda och uppfostra sina barn. Vidare skulle utan dröjsmål en folkskrift ges ut med upplysningar om de personliga riskerna och samhälleliga vådorna av fosterfördrivning.

En svårlöst och kontroversiell samhällsfråga

1938 års lag kom med vissa justeringar att gälla ända tills den 1 januari 1975. Under dessa 35 år var abortfrågan en minst lika svårlöst och kontroversiell samhällsfråga som under 1930-talet. Ett flertal utredningar om abortfrågan genomfördes.

Socialmedicinsk indikation infördes 1946

År 1946 beslutade riksdagen (prop.1946:156) om vissa ändringar i lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap som bl.a. innebar att havandeskapet kunde avbrytas

- när eljest med hänsyn jämväl till kvinnans levnadsomständigheter kan antagas att hennes kroppsliga eller själsliga krafter skulle allvarligt nedsättas genom barnets tillkomst och vården av densamma.

Ett tillägg gjordes i strafflagen som innebar att en kvinna som uppsåtligen dödat sitt foster kunde befrias från straff om omständigheterna var synnerligen förmildrande. Man införde således i stora drag de regler som 1934 års utredning om lag för avbrytande av havandeskap hade föreslagit mer än tio år tidigare.

Beslutet motiverades med att 1938 års lag hade tolkats mer restriktivt än vad som avsetts. I praktiken var det nästan omöjligt för kvinnor att få abort även i de fall där det fanns starka socialmedicinska skäl. Totalt under hela perioden 1939–43 hade endast 55 fall av legal abort beslutats med hänsyn till i huvudsak sociala skäl.

Stort motstånd mot en socialmedicinsk indikation

Riksdagens beslut innebar att en socialmedicinsk indikation för abort infördes trots starkt motstånd. 1941⁵ års befolkningskommission föreslog inga ändringar av abortlagen och strafflagen. Utredningen ansåg att en rättsligt medgiven abort på sociala indikationer skulle innebära en inkompetensförklaring från samhällets sida att komma till rätta med uppenbara och allmänt medgivna svåra sociala förhållanden.

Utredningen satte fokus på sociala reformer och föreslog bl.a. en starkare ställning för en gravid kvinna på arbetsmarknaden. I lagen (1939:171) om förbud mot arbetstagares avskedande i anledning av trolovning eller äktenskap m.m. skärptes kraven på arbetsgivaren. En kvinna som blivit havande och fött barn kunde inte sägas upp på grund av detta om hon varit anställd hos arbetsgivaren minst ett år. Hon hade också rätt att få återgå i arbetet efter att ha varit hemma som längst åtta månader. Vidare föreslog man statsbidrag till landsting som inrättade förebyggande mödra- och barnavårdscentraler. Bidrag gavs även till rådgivande verksamhet för havande kvinnor.

Utredningen ägnade stor möda åt att försöka uppskatta antalet illegala aborter trots bristen på statistik. Den kunde konstatera att antalet aborter inte hade minskat utan snarast ökat sedan lagen om avbrytande av havandeskap trätt i kraft 1939. Antalet legala aborter med stöd av lagen hade ökat från 523 år 1939 till 990 år 1943. Samtidigt uppskattade man att de illegala aborterna, 10 000–20 000 per år hade ökat kraftigt sedan 1920-talet. Abortfrekvensen bedömdes på vissa håll vara så stor bland ogifta kvinnor att det var vanligare att avbryta havandeskapet än att fullfölja det.

Många remissinstanser däribland Lagrådet och Medicinalstyrelsen var fortsatt starkt negativa till utvidgade indikationer för abort. Förespråkare för vidgade indikationer för legal abort och en avkriminalisering var främst kvinnoorganisationer.

1950 års abortutredning

Utredningens uppdrag var att göra en socialstatistisk bearbetning av de legala aborterna samt granska den abortförebyggande verksamheten bl.a. den förebyggande mödravården. Utredningen skulle

⁵ SOU 1944:51 Betänkande i Abortfrågan avgivet av 1941 års befolkningsutredning.

inte föreslå ändringar av 1938 års lag om avbrytande av havandeskap. Utredningen lämnade sitt betänkande 1953⁶.

Utredningen konstaterade att diskussionen om abortfrågan under de två senaste decennierna varit livlig. Debatten hade i huvudsak präglats av befolkningspolitiska, medicinska och religiösa synpunkter och allt emellanåt hade den personliga rösten kommit till tals som framfört kvinnan och hennes önskemål. Åsikterna representerade alla uppfattningar från den som hävdade den enskilda kvinnans rätt att helt själv bestämma om hon vill föda sitt barn till den som hävdade att varje abort är ett "barnamord" och skall förhindras. Utredningen tog upp de olika argumenten och drog slutsatsen att diskussionen präglades mer av polemiska intressen än av en vilja att i samförstånd söka uppnå bättre förhållande för kvinnorna. Man menade att abortfrågan liksom andra djupgående samhällsproblem inte kommer närmare sin lösning utan en uppriktigt god vilja och allvarliga ansträngningar att föra in sakliga argument i diskussionen.

I utredningen gjordes omfattande undersökningar av abortfrekvens och orsaker till varför kvinnan önskade abort. De legala aborterna hade ökat från drygt 1 000 år 1944 till 5 300 år 1952. Som mest hade 6 300 legala aborter utförts 1951. En mer restriktiv prövning av Medicinalstyrelsen var främsta orsak till de färre aborterna 1952 jämfört med 1951. Utredningen uppskattade att ca 10 000 illegala aborter utfördes omkring 1949. Man drog slutsatsen att en viss minskning av de illegala aborterna skett sedan 1930-talet men att summan av legala och illegala aborter var i stort sett oförändrad.

Utredningen uppskattade att 46 procent av de ogifta kvinnornas havandeskap avbröts med abort medan motsvarande andel för gifta kvinnor var 5 procent. De flesta kvinnor var i åldrarna 20–30 år.

I utredningen gjordes en genomgång av alla de samhällets stödåtgärder som syftade till att förhindra aborter och underlätta för kvinnan att föda och ta hand om sitt barn. Utredningens förslag syftade till att underlätta prövningen av abortansökningar genom att inrätta lokala nämnder som beslutade om abort. Kvinnan skulle ha rätt att hos Medicinalstyrelsen överklaga ett avslag från den lokala prövningsnämnden.

⁶ SOU 1953:29 Abortfrågan, Betänkande avgivet av 1950 års abortutredning.

Indikation för skada under fosterstadiet

År 1963 beslutade riksdagen (prop. 1963:100) om att införa ytterligare en indikation för laglig abort i 1938 års lag om avbrytande av havandeskap med följande lydelse

- när med skäl kan antagas att det väntade barnet på grund av skada under fosterlivet kommer att lida av svårartad sjukdom eller svårt lyte.

Bakgrunden var att foster skadades och missbildade barn föddes på grund av att modern använt läkemedlet neurosedyn under graviditeten. En ogynnsam blodgruppskombination hos föräldrarna och att modern haft sjukdomen röda hund (rubeola) eller utsatts för strålning under graviditeten var andra orsaker till fosterskador som nämnades. Det övervägande antalet remissorgan tillstyrkte denna ändring.

När svenska kvinnor reste till Polen

Att kvinnan själv skulle kunna bestämma om abort var en mycket kontroversiell fråga i Sverige under 1960-talet. Journalisten Hans Nestius var en av förgrundspersonerna som starkt drev kravet på kvinnans rätt till abort. Beskrivningen bygger i stora delar på hans hågkomster och dokumentation av 1960-talets upprörda debatt⁷.

Kvinnans rätt att själv bestämma

En motion till folkpartiets ungdomsförbund i början på 1960-talet var inledningen till en intensiv debatt med ungdomsförbundet som den tydligaste förespråkaren för fria aborter. Motionen lød: *”Jag anser att kvinnan måste få bestämma över sin egen kropp, därför kräver jag rätten till fri abort.”* Även det socialdemokratiska studentförbundet tog senare ställning för fri abort.

Samtliga företrädare för kyrkan och andra kristliga samfund var starka motståndare mot abort. Detta motstånd är i dag tydligast hos den katolska kyrkan vars inställning är att livet är okränkbart och uppstår när sädescell och äggcell förenas. Varje abort är därför att likställa med ett mord.

⁷ Intervju och skriftliga minnen av Hans Nestius i februari 2005.

Motståndet hade också ett starkt inslag av förmynderi och tilltro till myndigheter. Man menade att kvinnan inte visste sitt eget bästa. Graviditeten gjorde henne labil och risken var stor att hon allvarligt skulle ångra en abort och få psykiska störningar livet ut. Därför borde objektiva fristående experter besluta om abort.

Godtycke

Möjligheten till abort var både ojämlig och godtycklig. Villkoren för en legal abort var mycket restriktiva och tillämpades olika i olika delar av landet. På vissa ställen var det så gott som omöjligt att få en legal abort beviljad. Kvinnorna blev godtyckligt och illa bemötta beroende på läkarens eller kuratorns egen inställning till abort. Handläggningen var lång och omständlig och fördröjdes många gånger avsiktligt för att förhindra abort. Välbeställda kvinnor kunde få en visserligen illegal men ändå medicinskt säker abort till höga kostnader. Den som inte hade råd var hänvisad till kvacksalvare eller till att föda ett oönskat barn.

Aborter i Polen

Vid en mycket uppmärksammas konferens om sex och samhälle hösten 1964 blev det allmänt känt att kvinnor kunde resa till Polen och få en abort utförd där. Aborter kunde ske på kvinnans begäran till och med graviditetsvecka 12. Polska kliniker tog även emot utländska kvinnor. En ung kvinna som först nekats abort i Sverige och sedan fått abort i Polen intervjuades anonymt vid konferensen⁸.

Många kvinnor tog efter konferensen kontakt med Hans Nestius för att få närmare upplysningar om möjligheten till abort i Polen. Nestius och den kvinna som hade intervjuats vid konferensen började förmedla kontakter med polsk vård. Uppskattningsvis fick ca 1 000 kvinnor kontakter förmedlade genom dem. Hur många som därutöver sökte sig till Polen för abort är okänt.

⁸ Liberala studentklubben i Stockholm 1965. *Sex och Samhälle*. Tribunserien Bonniers förlag.

Brott mot svensk lag

Riksåklagaren beslutade i februari 1965 att inleda en förundersökning. Riksåklagaren ansåg att en svensk kvinna som utom riket olovligen genomgår abort gör sig skyldig till ett straffbart förfarande. *”Det synes uppenbart att en åtgärd i fosterfördrivande syfte riktad mot ett foster varmed svensk kvinna är havande innebär ett brott mot svenska intressen.”* Ett eventuellt åtal skulle prövas på samma sätt som om gärningen begåtts i Sverige. I Sverige straffades i regel endast förövarna och inte kvinnorna för olagliga aborter. Men eftersom abortören i Polen inte kunde straffas fanns det enligt riksåklagaren särskilda skäl till åtal för *”gärningsmannaskap”* av de kvinnor som rest till Polen. Dessutom skulle den som främjar fosterfördrivning, dvs. Hans Nestius, straffas för anstiftan av eller medhjälp (23 kap.4 § brottsbalken) till kvinnans brott.

Hans Nestius blev kallad till polisförhör. En husrannsakan genomfördes hemma hos honom samma dag som förhöret, den 17 februari 1965, för att säkra bevis och få namn på kvinnor som kunde tänkas ha genomfört abort i Polen. Allt skedde under stor brådska och med mycket stor uppmärksamhet från massmedia. Kvällspressen hade under ett par veckors tid stort uppslagna sociala reportage där kvinnor i olika åldrar och med olika social bakgrund berättade om godtycke, förödmjukelser och övergrepp i samband med att de ansökt om abort i Sverige.

Abolition

Inom några veckor hade den allmänna opinionen svängt till förmån för en friare syn på abort. Den socialdemokratiska regeringen ställdes till svars för den omänskliga abortlagen och var hårt trängd. Regeringens dilemma löstes genom att regeringen den 25 februari 1965 beviljade Nestius och kvinnorna abolition⁹ och den rättsliga processen mot dem avbröts. Enligt regeringsformen (RF 13 § andra stycket) får regeringen om det finns synnerliga skäl besluta att en fortsatt utredning eller lagföring av en brottslig gärning inte skall ske. Abolition är en mycket ovanlig åtgärd som endast beviljats ett fåtal gånger av den svenska regeringen.

⁹ På förslag av Alvar Nelsson, professor i straffrätt Uppsala universitet.

En radikal omsvängning i synen på abort

Den stora massmediala uppmärksamheten 1964–1965 kring att svenska kvinnor kunde resa till Polen för abort var säkert starkt bidragande till en omsvängning av allmänhetens inställning till abort. Händelserna bidrog också till att regeringen våren 1965 tillsatte en parlamentarisk kommitté med uppdraget att ändra abortlagen. Utredningen blev klar 1971 och den nya lagen trädde i kraft den 1 januari 1975. Under tiden förändrades praxis för att bevilja aborter. Antalet legala aborter hade ökat från 2 000–3 000 aborter per år under 1950-talet till närmare 30 000 året innan lagen trädde i kraft. De illegala aborterna upphörde och att resa till Polen för abort var inte längre nödvändigt.

Abortlagen (1974:595) gav uttryck för en radikalt förändrad syn på aborter. Tidigare hade statsmakterna utgått från att det var nödvändigt att förbjuda aborter och utdela straff. Genom detta markerades att aborter är förkastliga även i de fall de var lagliga. Abortlagen bygger på en tilltro till kvinnans egen förmåga att bedöma sin situation och sina möjligheter att ta hand om ett barn. Om kvinnan finner att abort är den bästa lösningen av de problem som en oönskad graviditet medför ska hon också få en abort.

Förändrad syn på sexualitet och fortplantning

1965 års abortkommitté¹⁰ konstaterade att den ökade sexualkunskapen och tillgången till preventivmedel hade ändrat värderingarna på det sexuella området. Sexuell avhållsamhet ansågs inte längre eftersträvarvärt i sig. De flesta människor ansåg tvärtom att samlag har ett positivt egenvärde. Även om synen på äktenskap och stadigvarande förbindelser varierar i befolkningen menade kommittén att man allmänt övergivet åsikten att en kvinna som inlåtit sig på ett samlag har ett moraliskt ansvar för graviditeten. I stället fanns kanske uppfattningen att en kvinna som inte vill ha barn är skyldig att skydda sig. Kommittén ansåg dock att det var omöjligt att lägga moraliska värderingar på sexualitet och aborter.

Man menade att fokus på abortsituationen skymmer att män och kvinnor i regel önskar att få barn och att kvinnan gärna föder då hon är säker på att kunna ge barnet den omvårdnad det behöver och en tryggad uppväxt. Samhällets reglering av aborter bör bygga

¹⁰ SOU 1971:58 Rätten till abort, 1965 års abortkommitté.

på en tilltro till kvinnans förmåga att tänka rationellt och själv bedöma vilka möjligheter hon har att ta hand om ett barn. Den rätt till trygghet och omvårdnad som varje barn bör ha, har bättre förutsättningar att bli tillgodosedda när kvinnan vill ha barnet än när hon vill slippa föda. Ett planerat föräldraskap ligger både i den enskildes och i samhällets intresse.

Tillämpningen av 1938 års abortlag hade förändrats

Trots att reglerna för abort varit i stort sett oförändrade sedan mitten av 1940-talet hade tillämpningen av reglerna förändrats (prop. 1974:70). Antalet legala aborter hade ökat från ca 1 000 aborter per år under 1940-talet till närmare 30 000 år 1974 dvs. innan den nya abortlagen trädde i kraft. De flesta aborter, 85 procent beslutades med s.k. tvåläkarintyg och en förskjutning hade skett från sena till tidiga aborter. 80 procent av aborterna skedde före utgången av graviditetsvecka 12.

Det fanns stora skillnader i praxis. Läkarens egen inställning till abort spelade stor roll för prövningen vilket påverkade kvinnans möjlighet till framför allt en tidig abort beroende på var i landet hon bodde. Abortutredningen kunde bli en lång och omständlig procedur med utfrågning av såväl kurator, gynekolog som psykiater som tog tid och som innebar att aborter skedde i senare skeden under graviditeten än nödvändigt till men för kvinnan och till höga kostnader för samhället.

Samtidigt uppskattade man att det var ovanligt med illegala aborter. Läkare uppgav att det knappast förekom att patienter visade symtom på komplikationer efter en genomgången illegal abort. Ingen ställdes inför rätta för fosterfördrivningen under början av 1970-talet.

1965 års abortkommitté var försiktig i sina förslag

Som grund för den nya abortlagen låg förslag från 1965-års abortkommitté. Förslagen innebar dels att abort inte skulle straffbeläggas samt att kvinnan i lag skulle vara tillförsäkrad rätt till abort. Kommittén var dock försiktigare i sina förslag om en ny abortlag än vad riksdagen senare beslutade. Kommittén föreslog att kvinnan skulle ha rätt till abort men att lokala nämnder skulle

besluta efter prövning av skälen till abort. Enligt förslaget skulle en kvinna ha rätt till abort om hennes hälsa skulle råka i fara eller hennes krafter allvarligt nedsättas om havandeskapet fortsatte, om det kunde antas att barnet skulle komma att lida av svårartad sjukdom eller svårt lyte eller om det av annan anledning var oskäligt betungande för kvinnan att fortsätta havandeskapet. Några särskilda tidsgränser föreslogs inte.

Förslaget fick ett blandat mottagande av remissinstanserna¹¹. Flera remissinstanser ville gå längre än kommittén. Riksåklagaren och flertalet domstolar biträdde förslaget om en avkriminalisering. Man menade också att lagen bör grundas på förtroende för kvinnan och att hon bör få en lagfäst rätt till abort. Att reglera grunderna för abort eller att ha särskilda lokala nämnder som skulle besluta menade man var onödigt.

Socialstyrelsen ansåg i sitt remissvar att rätten till abort skulle begränsas till 18 graviditetsveckor och att vederbörande läkare skulle besluta. Endast om det fanns starka medicinska skäl mot en abort i det enskilda fallet skulle läkare kunna vägra kvinnan abort. Några särskilda kriterier för att bevilja abort behövdes inte. Abort efter graviditetsvecka 18 borde prövas av socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd. Lokala nämnder var onödiga. Läkarsällskapet delade Socialstyrelsens uppfattning men ville ha en mer ingående prövning mellan vecka 12 och vecka 18. Även Svensk sjuksköterskeförening ansåg att kvinnans egen önskan var skäl nog för en abort.

Kvinnoorganisationer, samtliga politiska kvinnoförbund och ungdomsförbund med undantag av Moderata samlingspartiet ansåg det angeläget med en ny abortlag och att kvinnans rätt till abort och hennes egen önskan skulle vara utgångspunkten.

Biskopsämbetet och alla trossamfund som lämnat in remissvar var motståndare till en ny abortlag och starkt kritiska till den praxis som vuxit fram i tolkningen av abortlagen. Man menade att lagen även i fortsättningen måste utgå från fostrets egenvärde och därmed stadga ett allmänt förbud mot abort. Kriterier för att bevilja aborter bör vara mycket restriktiva. Abort är en nödlösning och såväl lagstiftning som reformer måste syfta till att få ned antalet aborter till ett minimum.

¹¹ SOU 1972:39 Abortfrågan, remissyttranden över 1965 års abortkommittés betänkande Rätten till abort(SOU 1971:58).

1974 års lag gäller med små ändringar

Abortlagen (1974:595) som trädde i kraft den 1 januari 1975 gäller med små ändringar fortfarande. Lagen ger kvinnan möjlighet att på egen begäran få abort om den sker före graviditetsvecka 18. För en abort senare under graviditeten måste kvinnan ha tillstånd från Socialstyrelsen. Enligt praxis beviljas inte abort efter graviditetsvecka 22. Se vidare kapitel 9 där bestämmelserna i lagen beskrivs.

Redan 1980 års abortkommitté¹² kunde konstatera att en stor del av de intentioner som fanns bakom 1974 års abortlag hade uppfyllts. Kommittén menade att det var orealistiskt att tro att man med dagens eller framtida preventivmetoder helt kan undvika aborter. Ingen av de preventivmetoder som är tillgängliga är perfekta. Även med en korrekt preventivmedelsanvändning inträffar årligen flera tiotusental ofrivilliga graviditeter. Även den mänskliga faktorn kan leda till misslyckanden. Sexualitet är inte rationell och logisk.

Tidsgränsen för abort

Motioner om en översyn av hela eller delar av abortlagen har behandlats i riksdagen ända sedan abortlagen trädde i kraft 1975. Motioner som vänder sig mot huvudprincipen att kvinnan själv skall vara den som inom vissa tidsgränser avgör om hon vill fullfölja graviditeten har konsekvent avslagits.

Socialutskottet konstaterade i sitt betänkande (1986/87: SoU 5) om familjeplanering och abort att abortlagen inte tillåter abort efter den tidpunkt då fostret kan anses livsdugligt. Vid lagens tillkomst ansågs denna tidpunkt vara 24–28 graviditetsveckor. Den medicinska utvecklingen har emellertid inneburit förbättrade förutsättningar att rädda mycket tidigt födda barn. Utskottet ansåg därför att en prövning av tidsgränsen för abort borde ske så att en sen abort inte kommer för nära den tidpunkt då fostret kan bedömas som livsdugligt. Utredningen om det ofödda barnet fick uppdraget att göra denna prövning¹³.

Utredningen ansåg att det inte fanns skäl att ändra abortlagen. Man ansåg att abort före graviditetsvecka 18 gav en betryggande säkerhetsmarginal, vilket också berodde på förbättrade diagnostiska

¹² SOU 1983:31 Familjeplanering och abort, erfarenheter av ny lagstiftning.

¹³ Den gravida kvinnan och fostret – två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter.

möjligheter att fastställa fostrets ålder. Vidare ansåg man att Socialstyrelsens rättsliga råd som prövar sena aborter har uppdraget att följa den medicinska utvecklingen och vid behov sänka den gräns som gäller enligt praxis för när abort ska vara tillåten, dvs. 22 graviditetsveckor. Detta blev också riksdagens beslut (prop. 1994/95:142, 1994/95:SoU 18).

5 Abort – ett etiskt dilemma

Det finns en konflikt mellan kvinnans rätt att själv få bestämma om och när hon önskar föda ett barn och fostrets rätt att få fortsätta att utvecklas till ett barn. I grunden handlar konflikter om abort om detta etiska dilemma. Vems intresse, kvinnans eller fostrets ska väga tyngst? Finns det situationer när det är mer moraliskt försvarbart att genomföra abort i förhållande till andra situationer? Är kvinnan tillräckligt ansvarstagande för att själv kunna göra ett etiskt val?

Slutbetänkande från utredningen om det ofödda barnet (SOU 1989:51) innehåller en ingående beskrivning av konflikten mellan den oföddes och de blivande föräldrarnas – i första hand kvinnans intressen vid fosterdiagnostik och abort. Beskrivningen i detta kapitel utgår i stora delar från denna beskrivning¹.

Människosyn och människovärde

En humanistisk människosyn innebär att varje individ har ett lika människovärde oavsett kön, etniskt ursprung, religionstillhörighet, funktionshinder, utbildningsnivå och andra liknande faktorer. I den allmänna uppfattningen om människovärdet ligger bl.a. principen om livets okränkbarhet, personens integritet och rätten att vara bärare av mänskliga rättigheter. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från 1948 ger en modern uppfattning om människovärde och mänskliga rättigheter. Frågan om det ofödda barnet kan och bör tillskrivas oinskränkt människovärde och mänskliga rättigheter får dock inget svar i förklaringen. Denna uttalar sig bara om individer som fötts till mänskligt liv: *”Alla människor är födda fria och lika i värde och rättigheter.”*

¹ SOU:1989:51 Den gravida kvinnan och fostret – två individer. Om fosterdiagnostik. Om sena aborter. Slutbetänkande av utredningen om det ofödda barnet.

En uppfattning som omfattas av bl.a. katolska kyrkan är att det redan spirande mänskliga liv som uppstår vid befruktningen bör tillskrivas oinskränkt människovärde. Redan då finns alla anlag till fortsatt individuellt mänskligt liv. Senare händelser som de första fosterrörelserna, fostrets livsduglighet utanför kvinnans kropp och födelsen är bara utvecklingsfaser i det redan påbörjade livet.

En graviditet kan under inga förhållanden avbrytas med ett sådant synsätt, inte ens om kvinnans liv är i fara eller om graviditeten är en följd av en våldtäkt. Att visa respekt för kvinnans personliga integritet blir oförenligt med principen om livets okränkbarhet. Fostrets rätt att utvecklas sätts framför kvinnans liv och hälsa.

En annan uppfattning går ut på att man skiljer på mänskligt liv som en möjlighet och mänskligt liv som utvecklat. Genom befruktningen uppstår liv som är genetiskt programmerat att utvecklas till en människa. Men det är ännu fråga om mänskligt liv som en möjlighet. Detta spirande liv bör tillskrivas ett stort värde alltifrån befruktningen och normalt skyddas så långt det är möjligt. Ändå kan principen om livets okränkbarhet inte göras gällande på samma oinskränkta sätt som i fråga om ett utvecklat människoliv.

Människovärdet kommer helt och odelbart gälla alla personer. Däremot framstår fostrets värde inte som oinskränkt förrän det uppnått ett stadium då det börjar kunna uppfattas som en mänsklig person. Svårigheten är att det inte går att ange någon bestämd tidpunkt från vilken detta gäller. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna kringgår denna svårighet genom att enbart tala om födda.

Två skyddsvärda individer

Enligt utredningen om det ofödda barnet (SOU 1989:51) är modern och det blivande barnet två individer som båda är skyddsvärda. Deras intressen kan sammanfalla men också råka i konflikt. Även om båda är skyddsvärda måste man ibland låta den enes intresse gå före den andras. Det spirande människolivet har stort värde och kan inte enbart ses som en del av kvinnans kropp. Men fostret är långt fram i graviditeten beroende av kvinnans kropp för sin utveckling till ett barn.

Om kvinnan befinner sig i en pressad situation och saknar den psykiska beredskapen att föda kan eventuella krav att fullfölja

graviditeten upplevas som en kränkning av hennes personliga integritet. Humanitära skäl talar för att hennes önskan att få abort skall väga tyngre än det i och för sig berättigade intresset hos det spirande människolivet att få fortsätta att utvecklas till en människa. Allt eftersom fosterutvecklingen fortskrider bör fostrets intresse väga allt tyngre.

Den oföddes intresse

Ett foster har i princip rätt till utveckling och rätt att födas vilket innebär att en abort inte kan motiveras ur fostrets intresse. Ett abortbeslut innebär som regel att kvinnans och mannens intressen av att inte fullfölja graviditeten tillåts väga tyngre än fostrets intresse att utvecklas och födas. Enligt utredningen (SOU 1989:51) finns bara ett fall där abort helt klart inte strider mot fostrets intresse. Det är om fosterdiagnostik kan konstatera att fostret är så allvarligt skadat att det inte kommer att överleva förlossningen eller kommer att dö kort tid därefter.

Fosterdiagnostiken har emellertid väckt en debatt om den ofödde har intresse av att inte bli född med svåra sjukdomar och handikapp. Man bör således inte bara tala om fostrets rätt till liv utan bör också ställa vissa kvalitetskrav på livet för att det ska vara värt att leva. Mot detta står handikapporganisationernas entydiga och mycket kraftiga reaktioner mot att det skulle ligga i fostrets intresse att aborteras endast av skäl att det väntade barnet kan förväntas ha en sjukdom eller ett handikapp.

Ett samhälle där endast det friska godtas och där handikappet nedvärderas blir enligt utredningen inhumant. I stället för att gradera människors värde efter om de är friska eller har funktionsinder är det i stället samhällets och människornas sak att skapa förutsättningar för de handikappade att leva ett så fullvärdigt liv som möjligt.

Kvinnans önskan om abort handlar inte om den oföddes intresse att slippa födas med ett handikapp utan om föräldrarnas bristande vilja och förmåga att ta hand om ett handikappat barn. Föräldrarnas oro och vånda överförs på det väntade barnet.

Ytterligare en aspekt är den oföddes rätt att få födas välkommen. Föräldrar som inte har den psykiska beredskapen att ta hand om ett barn, friskt eller handikappat har dåliga förutsättningar att ge barnet en positiv och trygg uppväxtmiljö. Inte heller rätten att få

födas välkommen är enligt utredningen skäl för abort med hänsyn till fostrets intresse. Om föräldrarna inte har den psykiska beredskapen att ta hand om ett barn har kvinnan ofta inte heller beredskapen att fullfölja graviditeten. Men då är det föräldrarnas intressen det handlar om och inte den oföddes intresse.

Kvinnans val

Den svenska abortlagen stadgar att abort får utföras på kvinnans begäran om aborten sker före utgången av graviditetsvecka 18. Efter denna tidpunkt måste kvinnan ha synnerliga skäl för en abort och hon måste ansöka om tillstånd hos Socialstyrelsens rättsliga råd. Om fostret är livsdugligt får inte abort ske.

Abortlagen som sådan innehåller inget moraliskt etiskt ställningstagande om aborten sker före graviditetsvecka 18². Lagen ger kvinnor en politiskt grundad rätt att var och en för sig bestämma om de vill genomgå abort och det är kvinnan själv som ska göra de etiska avvägningarna. Det är hon som ska väga sina skäl för att inte fullfölja graviditeten mot fostrets spirande liv. Vid önskan om abort sent i graviditeten träder lagen in och ger företräde för fostrets rätt att leva framför kvinnans önskan om abort.

Tidigare abortlag i Sverige (före 1975) överlät åt myndighetspersoner att göra de etiska avvägningarna och besluta på kvinnans vägnar. Lagen angav godtagbara skäl för en abort och kvinnan måste bevisa att hon hade dessa skäl för att få en abort beviljad. Medicinska skäl var godtagbara medan sociala skäl som t.ex. bristande förmåga att ta hand om ett barn tillmättes liten betydelse. Se kapitel 4.

Förändringen av synen på kvinnans rätt att bestämma om en abort i Sverige beror på värderingsförskjutningar i samhället med en ökad betoning på den enskilda individen och dennes integritet och självbestämmande i förhållande till samhället (SOU 1989:51). Detta har lett till större frihet för både män och kvinnor vid val av former för samlevnad och familjebildning. Kvinnans starkare samhällsställning i allmänhet och hennes äktenskapliga likställdhet med mannen är också viktiga förutsättningar för den ändrade synen. Abortlagen ger uttryck för att hänsynen till kvinnans personliga integritet och självbestämmande måste vägas tungt i en

² Sundström, P. *Abortetik i ny dager*. Nya Doxa 1994.

abortsituation, så tungt att den före graviditetsvecka 18 slår ut principen om det spirande livets okränkbarhet.

För de allra flesta kvinnor grundas en begäran om abort på den sociala situation hon befinner sig i. Aborter genomförs till helt dominerande del under de tre första månaderna av graviditeten. En mindre del av aborterna begärs efter en konstaterad fosterskada senare under graviditeten. Även då beror begäran om abort som nämnts till övervägande del på kvinnans (föräldrarnas) bedömning av sin sociala situation och förmåga att ta hand om ett handikappat barn.

Utredningen (SOU 1989:51) framhåller att det inte kan vara någon rättighet än mindre plikt att föda ett friskt barn. Fosterdiagnostik får inte ha funktionen att kvalitetsbestämma foster och utsortera foster som inte uppfyller vissa kvalitetskrav. Det finns emellertid situationer där fosterdiagnostik måste få göras ur kvinnans intresse. Om kvinnan vet att det finns en förhöjd risk och bedömer att det inte är möjligt att ta hand om ett handikappat barn är fosterdiagnostik viktigt för att stilla oron. Exempel är kvinnor som redan har ett handikappat barn eller som vet att det finns en ärftlig sjukdom i släkten. Det kan även gälla kvinnor som uppnått en viss ålder.

Gradering av skäl för abort

Abortlagarna i de flesta länder i världen innehåller en moralisk gradering av skälen för abort. I nästan alla länder är det tillåtet att göra abort om graviditeten av medicinska skäl innebär en allvarlig risk för kvinnans liv. Det finns emellertid en handfull länder där abort enligt landets lag inte får genomföras under några som helst omständigheter. Se kapitel 6.

Ett annat godtagbart skäl för abort är i regel att graviditeten är ett resultat av övergrepp och tvång. Reglerna och samhällets attityder kan emellertid göra det svårt för en kvinna att få en abort beviljad efter en våldtäkt. Flera länder kräver att åtal måste ha väckts för att abort ska beviljas.

Abort kan även beviljas enligt lagarna i många länder när det finns en stor risk för att det väntade barnet kommer få ett handikapp eller en allvarlig sjukdom. Denna indikation har blivit mer vanlig genom förbättrade metoder för fosterdiagnostik. Läkare får i regel ansvaret att bedöma om skadans art motiverar en abort. I

flera länder krävs att två av varandra oberoende läkare gör samma bedömning och ofta ska en myndighet fatta det avgörande beslutet.

De tre indikationerna, kvinnans liv i fara, våldtäkt och ett skadat foster har således i de flesta länder bedömts som moraliskt godtagbara skäl för abort. När det sedan kommer till andra skäl som att kvinnan inte har psykisk kapacitet att ta hand om ett barn, att hennes livssituation är svår, att hon inte orkar föda eller önskar ett barn är praxis och lagstiftning mycket varierad. I en stor del av världen är sådana skäl överhuvudtaget inte godtagbara för abort.

Generellt visar abortlagarna i världen en bristande tilltro till att kvinnan själv skulle ha förmåga att göra etiska avvägningar och på ett moget sätt fatta beslut om abort. Även i länder där abort av sociala skäl är tillåtet och där det i praktiken inte är svårt att få en abort beviljad överläts det formella beslutet till läkare eller någon myndighet. Som exempel kan nämnas Finland och Storbritannien.

Det är ytterst ovanligt, Sverige är ett undantag, att abort får genomföras enligt kvinnans önskan efter graviditetsvecka 12 utan att hennes skäl prövas av någon myndighet.

Olika religioners syn

Motståndet till abort är starkt präglat av olika trosinriktningar. Abortlagarna speglar i många länder religionens ställning i samhället. Här beskrivs kortfattat den kristna, judiska och muslimska synen på abort³.

Kristen syn

Den kristna traditionen har präglats av en spänning mellan två aspekter på sexualitet. Den ena aspekten innebär att livet är en gåva av Gud. Fortplantningen är en del av livet och därmed något som är gott. Den andra aspekten innebär att sexualiteten är något problematiskt och åtminstone potentiellt ont, en belastning eller en plåga. Delar av den kristna traditionen har mot denna bakgrund starkt präglats av skepsis till sexualiteten. Människor som helhjärtat ägnar sig åt sin gudstro förväntas ofta avstå från sexualitet för att kunna koncentrera sig på det gudomliga.

³ Görman, U. Kap. 5 *Religion, sexualitet och abort* ur *Erfarenheter och egna val- en bok om abort*. Gothia 2000.

Svenska kyrkan

Det finns i luthersk tradition en stor spännvidd mellan olika gruppers uppfattningar om sexualitet och abort. Några gemensamma drag är tilltron till den enskilda kristna människans förmåga att förstå och ta ställning i svåra frågor. Abort uppfattas som en konflikt mellan olika parter där abort ibland kan vara en nödlösning.

Svenska ekumeniska nämnden (ersattes 1992 av Sveriges kristna råd), ett samarbetsorgan för de flesta kristna samfund i Sverige, uttalade sig i abortfrågan 1991. Kyrkorna var eniga i sin uppfattning att det ofödda livet har människovärde och ska skyddas men att det inte går att vinna gehör för att i grunden ändra den svenska abortlagen. Det finns inget alternativ till kvinnans självbestämmande. Nordiska lagar bör dock harmoniseras och den svenska lagen ändras så att abort endast tillåts till och med den tolfte havandeskapsveckan. Faderns roll bör ytterligare diskuteras. Samhällets sociala omsorg bör förbättras och samhället bör sätta in en rad abortförebyggande åtgärder.

Kyrkomötet i Svenska kyrkan avslog år 2002 en motion⁴ om att mötet skulle ta avstånd från abort som ett legitimt sätt att avbryta en graviditet. Motiveringen var:

att eftersom abort är tillåtet enligt svensk lag är det inte möjligt att hävda att abort inte skulle vara legitimt. Att något är legitimt innebär nämligen att det är förenligt med gällande lagstiftning.

Mötet gav också uttryck för att abort är en allvarlig fråga. Kyrkan har ett särskilt ansvar att stå på deras sida som är utsatta i samhället. Hit hör många kvinnor som står inför valet att genomgå en abort. Kvinnan bör ges stöd av kyrkan för att fatta det beslut som framstår som det rätta för henne. För vissa kvinnor innebär detta att välja abort.

Katolska kyrkan

Äktenskapet är enligt den romersk-katolska kyrkan ett sakrament, ett mysterium som förmedlar Guds nåd. Till de gåvor Gud ger i äktenskapet hör den äktenskapliga kärleken och fortplantningen.

⁴ Svenska Kyrkan 2002. *Abortfrågan*. Kyrkolivsutskottets betänkande 2002:3, Kyrkomötet 2002.

Det sexuella umgänget är enligt katolska kyrkan förbehållet äkta makar. Att med preventivmedel försöka förhindra fortplantningen ”motsäger den fulla sanningen i sexualakten som uttryck för äkten-skaplig kärlek” enligt påvens uttalande i Livets evangelium⁵. Preventivmedel anses uppmuntra till lössläpphet och bristande ansvar för sexualiteten. Kyrkan anser också att det är svårt att skilja på preventivmetoder och abortmetoder.

Mänskligt liv börjar enligt romersk- katolsk uppfattning vid konceptionen och är redan då värt fullt skydd. Varje mänskligt liv är heligt och okränkbart. Även om embryot eller fostret ännu inte är fullgånget är det potentiellt en människa. Om det får utvecklas på ett naturligt sätt realiseras denna möjlighet och därför ska det respekteras som en människa.

Motståndet mot abort är en viktig profilfråga inom den katolska kyrkan. Påven hänvisar i Livet evangelium till sin läroauktoritet och fördömer i starka ordalag abort som en avskyvärd skändlighet. En framkallad abort, hur den än genomförs, är ett avsiktligt och direkt dödande av en människa i begynnelsekedet av dess existens mellan befruktning och födelsen.

De nordiska katolska biskoparna har 1999 i ett herdabrev uttalat sig om det ofödda barnets värdighet⁶. Deras uttalande understryker den katolska kyrkans syn på abort.

Vår rätt till självbestämmande får aldrig utövas på bekostnad av någon annans rätt till liv. ... Det faktum att vissa graviditeter betraktas som oönskade eller oplanerade ger oss ingen rätt att avsiktligt avbryta dem, eftersom ett mänskligt liv har väckts som är oändligt värdefullt i Guds ögon.

De nordiska biskoparna gör dock undantag för medicinska ingrepp som kan leda till fostrets död men som utförs för att rädda kvinnans liv. I sådana fall är avsikten inte att abortera barnet utan att rädda liv. Biskoparna motsätter sig abort av varje annat skäl även när det väntade barnet har en diagnostiserad allvarlig sjukdom eller ett svårt handikapp.

⁵ Påven Johannes Paulus II *Encyklika evangelium vitae* 1995.

⁶ Katolska kyrkan 1999. *Att värna om livet. Herdabrev från de nordiska katolska biskoparna om det ofödda barnets värdighet.*

Judendomen

Att vara fruktsam och föröka sig är ett gudomligt bud enligt judisk tro. Att vara gift är en religiös plikt. Äktenskapet har en rad syften. Ett är fortplantningen, den sexuella gemenskapen är ett annat. Ytterligare ett syfte är att undvika synd. Vad som är rätt sexualitet är noga definierat i Toran (den judiska lagen). Om en graviditet behöver undvikas så är användandet av preventivmedel påbjudet för att inte förhindra den sexuella gemenskapen.

Fostret är enligt judisk tradition en människa i vardande, men det är ännu inte en människa. Det är inte en självständig enhet så länge som det befinner sig i livmodern och uppfattas inte som en person förrän efter födelsen. Därför kan varken ett missfall som framkallas av någon annan eller en abort på moderns begäran uppfattas som mord.

Inom judendomen pågår en diskussion om abort med starkt skilda inställningar. Det är olika grader av hänsynstagande till modern som avgör om abort ska anses acceptabelt. Den stränga inriktningen hävdar att abort ska utföras om moderns liv är hotat av graviditeten men att några andra skäl för abort inte finns. Liberalare inriktningar menar att abort får utföras även av andra skäl som att graviditeten skulle förstöra kvinnans äktenskap och liv.

Några gemensamma drag finns till de olika inställningarna. Abort betraktas inte som mord. Fostret har lägre status än en människa. Abortindikationer är alltid relaterade till moderns välbefinnande. Abort skall ske om graviditeten hotar moderns liv.

Islam

Familjen är den grundläggande sociala enheten i det islamiska samhället. I äktenskapet finns det en förväntan att få barn men det är inte äktenskapets huvudsyfte. Den sexuella gemenskapen mellan man och hustru bidrar till att uppfylla två huvudsyften med äktenskapet, kärlek och förståelse.

Födelsekontroll har diskuterats under lång tid inom islam. De flesta skolor accepterar avbrutet samlag som preventivmetod. Den traditionella diskussionen har kommit att tillämpas på moderna former av preventivmedel. De slutsatser man i allmänhet dragit är

att preventivmedel är acceptabla. I allmänhet uppfattas abort som ett sämre alternativ än att använda preventivmedel.

Abort är inom islam en komplicerad fråga som är föremål för stor oenighet. Muslimska lärde tar ställning i kontroversiella frågor genom ett auktoritativt uttalande, en fatwa. Gemensamt för de lärdes uttalanden under senare delen av 1900-talet är att abort är förbjudet efter 120 dagar när fostret har besjälats enligt muslimsk tradition. De 120 dagarna räknas från befruktningen vilket motsvarar ca 19 graviditetsveckor. Enda undantaget för en abort senare är om den utförs för att rädda moderns liv. Villkoren för abort före 120 dagar avspeglar hela skalan från att det är förbjudet till att det accepteras om familjen så önskar.

Många som talar för en traditionell tolkning av islam menar att abortpraxis i västerlandet är ett uttryck för västerländskt hyckleri och skenhelighet. Vid några tillfällen under senare år har representanter för ett antal muslimska länder (Algeriet, Egypten, Libyen, Pakistan och Sudan) och för Vatikanstaten agerat gemensamt. Så skedde vid FN:s befolkningskonferens i Kairo 1994 och FN:s kvinnokonferens i Peking 1995 med dess uppföljningsmöte i New York 2000. Ländernas representanter motsatte sig förslag att öka kvinnors självbestämmande bland annat när det gäller reproduktion, kvinnors skydd mot våld, erkännande av ensamstående mödrar och homosexuella.

Islamiska lärde i Sverige har inte haft något att invända mot den svenska abortlagen.

6 Kvinnors reproduktiva hälsa

Tillgången till preventivmedel och säkra aborter har stor betydelse för kvinnors reproduktiva hälsa. I Sverige har vi sedan 50 år tillbaka obligatorisk sexualupplysning i skolorna, tillgång till billiga preventivmedel även för ungdomar, särskilda ungdomsmottagningar och sedan 30 år en abortlag som utan krångel ger kvinnan rätt att själv avgöra om hon vill genomgå en abort om den sker före utgången av graviditetsvecka 18.

Det är få länder i världen som har en lika okomplicerad syn på sexualitet och reproduktion. På de flesta håll är frågorna laddade och starkt påverkade av religiösa och kulturella hänsyn. Vuxnas brist på adekvat stöd gör att ungdomar smittas av hiv/aids för att de inte vet hur man skyddar sig. Kvinnor dör för att de saknar kunskap om sexualitet, för att de saknar tillgång till preventivmedel, nekats en medicinskt säker abort och för att de utsätts för våld och sexuell exploatering. Okunskap om preventivmetoder och bristande tillgång till preventivmedel samtidigt som abort är förbjudet gör att många kvinnor är utlämnade till kvacksalvare. Många unga kvinnor dör eller får allvarliga skador som en följd av undermåligt utförda aborter. Det gäller särskilt fattiga kvinnor i utvecklingsländerna.

Reproduktiv hälsa är ett av fyra prioriterade områden i Sveriges utvecklingssamarbete. Utrikesminister Laila Freivalds sa i sin utrikespolitiska deklARATION i februari 2004:

Frågor kring sexualitet och samlevnad, sexuellt likaberättigande, mödrahälsovård, tillgång till preventivmedel, säkra och lagliga aborter och kvinnors ställning får inte tystas ned. Sverige och EU måste fortsätta att driva på för ett mer progressivt och effektivt internationellt arbete.

Sverige driver dessa frågor inom FN, Världshälsoorganisationen (WHO) och inom utvecklingssamarbetet för att åstadkomma utveckling i ett land. Inom EU är dock kvinnors reproduktiva hälsa

och rätt till abort svårare för Sverige att lyfta fram. Regler om vilken hälso- och sjukvård ett land tillhandahåller inklusive reglerna för abort är en nationell angelägenhet för länder inom EU. Kvinnors rätt att få bestämma över sin kropp och få besluta om abort betraktas inte i alla länder som en mänsklig rättighet. Sverige kan dock uppmärksamma vikten av att kvinnor kan få tillgång till legal abort i sammanhang där folkhälsofrågor behandlas inom EU. De svenska EU-parlamentarikerna kan påverka genom sina respektive partigrupper och med hjälp av lobbyorganisationer.

Den internationella befolkningskonferensen i Kairo 1994

År 1994 genomförde FN en konferens om befolkning och utveckling i Kairo (International Conference on Population and Development, ICPD). Vid konferensen formulerades ett handlingsprogram¹ (Program of Action, PoA) om reproduktiv hälsa. Programmet betecknas av många som ett paradigmskifte i synen på utveckling och befolkningens hälsa². Tidigare debatter och konferenser satte demografiska mål och man använde termer som befolkningsexplosion och överbefolkning. Konferensen i Kairo innebar att länderna blev överens om att kvinnans livsvillkor, hennes behov och rättigheter var avgörande för ett lands utveckling. Befolkningsfrågan betraktades ur individens perspektiv.

Sverige hade med de nordiska länderna beslutat att driva en helhetssyn på sexuella och reproduktiva rättigheter för ungdomar och kvinnor vid konferensen³. De nordiska ländernas ståndpunkter fick starkt stöd inte minst beroende på att USA under president Clintons administration drev frågorna i samma riktning.

Handlingsprogrammet var det första internationella dokumentet som erkände befolkningens rätt till reproduktiv hälsa. Dokumentet är en tjugoförårig handlingsplan som 179 länder har enats om. 1999, fem år efter konferensen hölls en uppföljningskonferens som bekräftade det man var överens om 1994⁴ i Kairo (ICPD+5).

¹ UN 1994. *Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt 1994*. Doc. A/Conf. 171/13.

² RFSU 2004. *Fokus Kairo, tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter*.

³ SOU 1994:37, Rapport för FN:s konferens om Befolkning och utveckling i Kairo 1994. *Sexualupplysning och reproduktiv hälsa i Sverige under 1900-talet*, Bygdeman, M. Lindahl, K.

⁴ UN 1999. *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICDP +5)* Doc. A/S-21/5/Add.1.

Reproduktiv hälsa

Handlingsplanen innebar att det internationella samfundet för första gången enades om en bred definition av reproduktiv hälsa:

Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant (PoA § 7.2)

Överenskommelsen understryker att kvinnor och män ska ha tillgång till "*reproductive health services*" i vid bemärkelse dvs. information och rådgivning om preventivmetoder, tillgång till säkra preventivmedel och andra metoder för att reglera barnafödande som de själva väljer om det inte strider mot lagen, samt tillgång till god hälso- och sjukvård under graviditet och förlossning.

I överenskommelsen 1994 finns preciserade målsättningar som bekräftades vid uppföljningskonferensen 1999. Länderna har således förbundit sig att alla som det behöver ska ha tillgång till preventivmedel 2015. Då ska även alla barn bli förlösta med hjälp av utbildad personal.

Programmet omfattar även ungdomars rätt till sexualupplysning, preventivmedel, vård och behandling. De vuxnas och föräldrarnas skyldigheter och ansvar att informera om och ge råd om sexualitet och reproduktion betonas liksom ungdomars rätt till vård och omsorg med ett respektfullt bemötande. Hänsyn ska dock tas till kulturella värderingar och religiös åskådning.

Programmet tar även upp kvinnors och flickors rätt att bestämma över sin fertilitet samt det könsrelaterade våld som utövas mot kvinnor. Även ländernas åtgärder för att hindra spridning av hiv/aids är viktiga delar i programmet.

Tillgång till säker abort

Legala och säkra aborter var den stora kontroversiella frågan vid mötet i Kairo. För första gången konstaterades i ett internationellt dokument att farliga aborter är en starkt bidragande orsak till mödradödlighet. Ett av målen är att begränsa mödradödligheten med två tredjedelar till 2015.

De nordeuropeiska länderna, USA samt många kvinnoorganisationer i hela världen ville att världssamfundet skulle erkänna kvinnors rätt till legala och säkra aborter men mötte ett mycket starkt motstånd främst från företrädare för katolska kyrkan och vissa muslimska länder. Resultatet blev en kompromiss med följande lydelse:

In no case should abortion be promoted as a method of family planning. All Governments and relevant intergovernmental and non-governmental organizations are urged to strengthen their commitment to women's health, to deal with the health impact of unsafe abortion as a major public health concern and to reduce the recourse to abortion through expanded and improved family-planning services. Any measures or changes related to abortion within the health system can only be determined at the national or local level according to the national legislative process. In circumstances where abortion is not against the law, such abortion should be safe. In all cases, women should have access to quality services for the management of complications arising from abortion. Post-abortion counselling, education and family-planning services should be offered promptly, which will also help to avoid repeat abortions." (PoA § 8.25)

Kompromissen innebär således att aborter ska vara säkra i de länder där aborter är lagliga. Alla kvinnor, även i länder där abort inte är tillåtet, ska tillförsäkras god vård vid komplikationer efter en abort och också få råd och undervisning i preventivmetoder för att undvika upprepade aborter. I programmet betonas att varje land har rätten att bestämma reglerna för abort.

Halvtid för handlingsprogrammet

Formuleringarna i handlingsplanen från befolkningskonferensen i Kairo 1994 har, trots starkt motstånd, haft stor betydelse för att flytta fram positionerna i många länder för befolkningens

reproduktiva hälsa. Den bedömningen görs av många organisationer⁵.

Rätten till liv och hälsa ställer krav på regeringar att ge information och rådgivning samt undanröja rättsliga hinder mot reproduktiv hälsovård. De ska inrätta sjukvårdstjänster som är åtkomliga, lättillgängliga och av hög kvalitet.

Rätten att bestämma hur många barn man vill ha, gör regeringar skyldiga att se till att män och kvinnor har tillgång till olika former av preventivmedel. De ska också få upplysning om och tillgång till rådgivning om sexualitet och reproduktiv hälsa.

Regeringarna åläggs också att skydda kvinnor från fysiska kränkningar och övergrepp och andra inskränkningar i kvinnors självbestämmande över den egna kroppen. Idag har fler kvinnor än någonsin tillgång till moderna preventivmedel. Trenden sedan 1994, trots bakslag, går också mot att erkänna kvinnans rätt att välja abort genom att lagstiftningen liberaliseras.

Abortmotståndet

Åtgärder för att förbättra möjligheter till reproduktiv hälsa är kontroversiella och starkt ifrågasatta. I länder där värderingar med fundamentalistiska drag dominerar, oavsett religion, finns ett starkt motstånd mot abort och abort är med få undantag olagligt. Så är det i Latinamerika och många länder i Afrika och Asien men också i ett antal länder i Europa. USA:s sittande president George W Bush har förklarat sig vara motståndare till abort och sexualundervisning i skolorna. Presidenten har återinfört "the Gag Rule" (munkavleregeln) som innebär att amerikanska biståndsmedel inte lämnas till organisationer som arbetar med information eller rådgivning kring abort. USA drog in bidragen till FN:s befolkningsfond (UNFPA) 2002 under förevändning att organisationen uppmuntrade till och sponsrade aborter. Ett flertal andra inhemska och internationella organisationer som arbetar med reproduktiv hälsa har förlorat bidragen.

⁵ RFSU 2004. *Fokus Kairo, tio år av kamp för sexuella och reproduktiva rättigheter.*

Lagarna

Alla länder har någon form av reglering av aborter. Restriktionerna varierar från att kvinnor kan få abort på egen begäran som i Sverige, till att det är helt förbjudet som i t.ex. Chile, El Salvador och Malta. Reglerna kan mer eller mindre försvåra kvinnors möjlighet till abort. Attityder från vårdpersonal och otillräcklig tillgång till medicinska resurser eller vård av otillräcklig kvalitet kan också betyda begränsningar av möjligheterna till abort. Tabell 6.1 visar villkoren för abort i världens länder som bygger på en sammanställning gjord av UNDP, United Nations Population Division⁶.

Tabell 6.1 Villkor för laglig abort i 193 länder omkring 1999

Orsak för att tillåta abort	Alla länder		Därav utvecklingsländer	
	Tillåtet	Förbjudet	Tillåtet	Förbjudet
Rädda kvinnans liv	189	4	143	2
Kvinnans fysiska hälsa	122	71	80	65
Kvinnans mentala hälsa	120	73	79	66
Våldtäkt eller incest	83	110	44	101
Fosterskada	76	117	37	108
Ekonomiska och sociala skäl	63	130	27	118
Kvinnans begäran	52	141	21	124

Källa: United Nations Population Division 2001. *Abortion Policies: A Global Review.*

Effekter av medicinskt osäkra aborter

Världshälsoorganisationen, WHO, ser som en av sina uppgifter att ge medlemsländerna råd för att utveckla kvaliteten inom hälso- och sjukvården. En viktig del omfattar reproduktiv hälsa där säkra aborter och vård av kvinnor som fått komplikationer av medicinskt osäkra aborter ingår. WHO har tagit fram en rapport som ger länderna politiska och tekniska råd om hur säkra aborter ska kunna erbjudas⁷. WHO har också gjort en kartläggning av omfattningen av illegala, medicinskt osäkra aborter⁸.

Illegala aborter är ett förnekad hälsoproblem i utvecklingsländerna enligt WHO. Kvinnor riskerar sin hälsa och sina liv

⁶ UNDP 2001. *Abortion Policies: A Global Review (1999)*. United Nations Population Division, Department of Economic and Social Affairs.

⁷ WHO 2003. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*.

⁸ WHO 2004. *Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality 2000*.

genom att de hänvisas till utbildade abortörer som använder riskfyllda tekniker, ofta under osanitära förhållanden. En osäker abort är enligt WHO:s definition att en ofrivillig graviditet avslutas antingen av personer som inte har nödvändiga kunskaper och/eller i en omgivning som inte håller nödvändig medicinsk standard.

När motiven är starka att kontrollera antalet graviditeter men tillgången till preventivmedel är begränsad inträffar många oplanerade graviditeter. Många vill avsluta graviditeten och låter genomföra abort vare sig det är lagligt eller olagligt. Det är vad som nu sker i utvecklingsländerna.

Illegala aborter – en stor hälsorisk

Enligt WHO:s uppskattning blir 210 miljoner kvinnor gravida varje år och 130 miljoner barn föds. En stor del av graviditeterna avslutas med spontana eller planerade aborter. 27 miljoner legala och ca 19 miljoner illegala aborter genomförs varje år enligt uppskattningen. I världen avslutas en av var tionde graviditet med en riskfylld illegal abort.

I utvecklade länder där aborter är lagliga och genomförs med säkra metoder är komplikationer mycket sällsynta men även i utvecklingsländerna är komplikationerna relativt ovanliga när aborterna är legala. Det är de illegala aborterna som innebär stora hälsorisker för kvinnorna, framförallt i fattiga utvecklingsländer. WHO uppskattar att 68 000 kvinnor dör varje år i konsekvenser av osäkra aborter. Allvarliga komplikationer är också vanliga som infektioner, kronisk smärta och infertilitet. Riskerna beror också på tillgången till sjukvård. Behandlingen av komplikationer efter en illegal och medicinskt osäker abort ställer i många utvecklingsländer anspråk på en stor del av de begränsade sjukvårdsresurserna. Det förekommer att hälften av inläggningarna på obstetriska vårdplatser avser kvinnor som fått komplikationer efter en illegal abort. Till det kommer behov av operationer, intensivvård, blod och mediciner.

Mödradödlighet beror till stor del på osäkra aborter

Dödligheten som följd av graviditet och av abort varierar avsevärt i världen och är mångdubbelt högre i utvecklingsländerna än i länder med bättre tillgång till hälso- och sjukvårdsresurser. Dödligheten som följd av en illegal abort är dock avsevärt högre även i utvecklingsländerna än om aborten har utförts legalt. I tabell 6.2 visas WHO:s uppskattning och jämförelse av mödradödligheten mellan utvecklingsländerna och USA⁹.

Tabell 6.2 Jämförelse av mödradödlighet mellan utvecklingsländer och USA, antal dödsfall per 100 000 fall 2000

<i>Graviditeten avslutas genom</i>	<i>Utvecklingsländer</i>	<i>USA</i>
Förlossning av levande barn	250–800	14
Förlossning med kejsarsnitt	160–220	41
Legal abort	4–6	1
Illegal abort	100–1 000	50

Källa: WHO 2004. Unsafe abortion.

Det förekommer medicinskt osäkra aborter i de flesta delar av världen. Undantag är nästan hela Europa, Nordamerika och östra Asien (t.ex. Kina) där aborter är legala, säkra och relativt tillgängliga. Även i vissa länder i andra delar av världen som i Vietnam, Turkiet och Tunisien förekommer knappast några illegala osäkra aborter. Å andra sidan förekommer även osäkra aborter i länder där det finns möjligheter till legala aborter som t.ex. i Indien, Bangladesh, Nepal och Sydafrika. Trots relativt liberala abortlagar kan det vara svårt för kvinnor att få en legal abort på grund av resursbrist eller okunskap om möjligheten. Det tar tid innan information om och resurser för legala och säkra aborter finns tillgängliga för alla kvinnor som önskar en abort i dessa länder.

Relativt flest osäkra aborter utförs i Latinamerika där 29 osäkra aborter per 1 000 kvinnor 15–44 år beräknas ske. Afrika är närmast den region som har den högsta förekomsten av osäkra aborter, 24 per 1 000 kvinnor 15–44 år. I Östafrika är den abortrelaterade mödradödligheten högst i världen; 140 dödsfall per 100 000 levande födda barn. Även i mellersta Afrika och Västafrika är dödligheten

⁹ WHO 2004. *Unsafe Abortion, Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000.*

som konsekvens av abort mycket hög, 110 respektive 90 per 100 000 födda barn. I Sydamerika är motsvarande siffra 40. I Östasien, Nordamerika, Nord- och Västeuropa är mödradödligheten som följd av abort försumbar (0 i statistiken). Se vidare *tabell 6.3*.

Tabell 6.3 Uppskattning av antal illegala, medicinskt osäkra aborter och mödradödligheten som följd av abort per år omkring 2000

<i>Världsdel</i>	<i>Antal osäkra aborter, 1000-tal</i>	<i>Osäkra aborter per 1000 kvinnor 15–44 år</i>	<i>Antal dödsfall som följd av abort</i>	<i>Dödsfall som följd av abort i förhållande till 100 000 levande födda</i>
<i>Afrika</i>	4 200	24	29 800	100
Östafrika	1 700	31	15 300	140
Mellanafrika	400	22	4 900	110
Nordafrika	700	17	600	10
Sydafrika	200	17	400	30
Västafrika	1 200	25	8 700	90
<i>Asien</i>	10 500	13	34 000	40
Östasien	0	0	0	0
Södra Centralasien	7 200	22	28 700	70
Sydöstra Asien	2 700	21	4 700	40
Västra Asien	500	12	600	10
<i>Europa</i>	500	3	300	5
Östeuropa	400	6	300	10
Nordeuropa	10	1	0	0
Sydeuropa	100	3	<100	1
Västeuropa	0	0	0	0
<i>Nordamerika</i>	0	0	0	0
<i>Latinamerika</i>	3 700	29	3 700	30
Karibien	100	12	300	40
Centralamerika	700	21	400	10
Sydamerika	2 900	34	3 000	40
Världen totalt	19 000	14	67 900	50
<i>Utvecklade länder</i>	500	2	300	3
<i>Utvecklingsländer</i>	18 400	16	67 500	60

Källa: WHO 2004. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality 2000.

En restriktiv abortlag påverkar kvinnors hälsa och mödradödligheten i ett land. En tydlig illustration till detta är utvecklingen av mödradödligheten i Rumänien. Före 1966 skedde en omfattande abortverksamhet i landet och det var inte svårt för en rumänsk kvinna att få en legal abort. Aborter förbjöds 1966 och därefter steg den abortrelaterad mödradödligheten dramatiskt från 20 dödsfall per 100 000 levande födda barn per år i början på 1960-talet till 150 per år under 1970- och 1980-talet. När aborter blev lagliga igen 1989 minskade mödradödligheten på ett år från 150 till 20, dvs. den nivå som man hade innan aborter förbjöds.