Nr 70

Kungl. Maj:ts proposition med förslag till abortlag, m. m.; given den 8 mars 1974.

Kungl. Maj:t vill härmed, under åberopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över justitieärenden, föreslå riksdagen att bifalla de förslag om vars avlåtande till riksdagen föredragande departementschefen hemställt.

CARL GUSTAF

LENNART GEIJER

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag till ny abortlag. Samtidigt föreslås kraftigt ökade insatser i fråga om preventivmedelsrådgivning och andra förebyggande åtgärder.

Enligt den föreslagna abortlagen avgörs frågan om abort före utgången av 12:e havandeskapsveckan av kvinnan själv. Hon får vägras abort endast om åtgärden skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Denna förutsättning prövas av en läkare. För abort efter 12:e men före utgången av 18:e veckan fordras utöver vad som gäller vid tidigare abort att det företas en särskild kuratorsutredning. Om kvinnan inte medges abort, är läkaren skyldig att omedelbart hänskjuta frågan till socialstyrelsen för förnyad prövning. Efter 18:e havandeskapsveckan får abort företas bara i undantagsfall. För abort krävs då socialstyrelsens tillstånd, som får lämnas endast om det föreligger synnerliga skäl för åtgärden och det inte kan antas att fostret är livsdugligt.

Som allmän förutsättning för abort gäller att kvinnan är svensk medborgare eller bosatt här i riket. När särskilda skäl talar för det kan socialstyrelsen medge abort även beträffande utländsk kvinna som inte är bosatt här. Abort skall företas på sjukhus eller annan godkänd sjukvårdsinrättning. Samhällets insatser i fråga om abortrådgivning ökas. Kontakt med rådgivningsverksamheten föreslås vara helt frivillig.

De bestämmelser beträffande abort som nu finns i brottsbalken föreslås upphävda. Straffhotet mot kvinnan avskaffas. Straffbestämmelser för den som utan att vara läkare utför abort på annan samt för läkare

som överträder vissa föreskrifter angående abortförfarandet föreslås intagna i abortlagen.

I propositionen betonas att abort alltjämt måste betraktas som en nödfallsutväg och att födelsekontrollen måste ske med hjälp av olika preventiva åtgärder. Inom socialdepartementets verksamhetsområde föreslås därför kraftigt ökade insatser för att på olika sätt förebygga oönskade graviditeter och därmed motverka förekomsten av aborter.

För att få till stånd en utbyggnad av de förebyggande åtgärderna föreslås att sjukvårdshuvudmännen får en lagfäst rätt till ersättning från den allmänna sjukförsäkringen för preventivmedelsrådgivning och information m. m. Motsvarande ersättning skall också kunna utgå till organisationer och andra som med socialstyrelsens tillstånd bedriver preventivmedelsrådgivning. Huvudansvaret för preventivmedelsrådgivningen föreslås vila på sjukvårdshuvudmännen. Rådgivningen skall vara kostnadsfri för den enskilde. Preventivmedel skall i viss omfattning tillhandahållas kostnadsfritt i samband med rådgivningen. Vidare föreslås att p-piller skall omfattas av sjukförsäkringens läkemedelsrabattering även då de förskrivits i enbart födelsekontrollerande syfte. Ersättning för abortrådgivning, som även den skall vara kostnadsfri för den enskilde, föreslås utgå i samma ordning som ersättningen för preventivmedelsrådgivningen.

Sjukförsäkringens kostnader för nämnda åtgärder beräknas till drygt 30 milj. kr. per år.

Till ökade insatser för information om familjeplanering föreslås därutöver ytterligare 1 milj. kr. om året till socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning. Vidare föreslås att det anvisas ett belopp på 2 milj. kr. för information om familjeplanering genom ungdoms- och kvinnoorganisationer och ett belopp på 1 milj. kr. för information genom massmedia om den nya abortlagstiftningen.

Lagförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 1975.

1 Förslag till
Abortlag

Härigenom förordnas följande.

1 § Begär kvinna att hennes havandeskap skall avbrytas och kan åtgärden ske före utgången av havandeskapets tolfte vecka, får abort utföras, om ej åtgärden på grund av sjukdom hos kvinnan kan antagas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

2 § Har havandeskap pågått längre tid än tolv veckor och kan det efter särskild utredning angående kvinnans personliga förhållanden konstateras, att hinder som avses i 1 § ej föreligger mot abort, får sådan åtgärd på kvinnans begäran företagas intill utgången av adertonde havandeskapsveckan.

Utredning som avses i första stycket får underlåtas, om det med hänsyn till tillämplig abortmetod eller av annan särskild anledning är uppenbart att hinder mot aborten ej föreligger.

3 § Efter utgången av adertonde havandeskapsveckan får abort utföras endast om socialstyrelsen lämnar kvinnan tillstånd till åtgärden. Sådant tillstånd får lämnas endast om synnerliga skäl föreligger för aborten.

Tillstånd enligt första stycket får ej lämnas, om det finns anledning antaga att fostret är livsdugligt.

4 § Vägras abort i fall som avses i 1 eller 2 §, skall frågan omedelbart underställas socialstyrelsens prövning.

5 § Abort 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. Åtgärden skall ske på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner.

6 § Kan det antagas att havandeskapet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan medför allvarlig fara för hennes liv eller hälsa, får socialstyrelsen lämna tillstånd till abort utan hinder av bestämmelsen i 3 § andra stycket.

Abort på grund av sjukdom eller kroppsfel som avses i första stycket får utföras av den som är behörig att utöva läkaryrket utan hinder av bestämmelserna i 3 och 5 §§, om ej åtgärden kan anstå utan våda för kvinnan.

7 § Mot socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort får talan ej föras.

8 § Den som har tagit befattning med abortärende får ej obehörigen yppa vad han därvid erfarit om enskilds personliga förhållanden. Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet bryter häremot dömes till böter eller fängelse i högst ett år. Allmänt åtal får väckas endast om målsägande anger brottet till åtal eller åtal är påkallat från allmän synpunkt.

9 § Den som utan att vara behörig att utöva läkaryrket uppsåtligen utför abort på annan, dömes för illegal abort till böter eller fängelse i högst ett år.

Är brott som avses i första stycket grovt, dömes till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida brottet är grovt skall särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för kvinnans liv eller hälsa.

För försök till illegal abort dömes till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken.

10 § Åsidosätter läkare uppsåtligen föreskrift i 4 § eller, om ej annat följer av 6 § andra stycket, i 3 eller 5 §, dömes till böter eller fängelse i högst sex månader.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1975, då lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap skall upphöra att gälla.

2 Förslag till
Lag om ändring i brottsbalken

Härigenom förordnas i fråga om brottsbalken,
dels att 3 kap. 4 § skall upphöra att gälla,
dels att 3 kap. 10 och 11 §§ skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 kap.	
10 §	
För försök eller förberedelse till mord, dråp, barnadråp eller sådan misshandel som ej är ringa *eller försök till fosterfördrivning*, så ock för stämpling till mord, dråp eller grov misshandel eller underlåtenhet att avslöja sådant brott dömes till ansvar enligt vad i 23 kap. stadgas.	För försök eller förberedelse till mord, dråp, barnadråp eller sådan misshandel som ej är ringa, så ock för stämpling till mord, dråp eller grov misshandel eller underlåtenhet att avslöja sådant brott dömes till ansvar enligt vad i 23 kap. stadgas.
11 §	
För fosterfördrivning eller försök därtill må kvinnan själv ej åtalas av åklagare, med mindre åtal av särskilda skäl finnes påkallat ur allmän synpunkt.	

Misshandel, som ej är grov och som icke förövats å allmän plats, eller försök eller förberedelse till sådant brott må åtalas av åklagare allenast om målsägande angiver brottet till åtal eller ock åtal finnes påkallat ur allmän synpunkt.

Vållande till kroppsskada eller sjukdom må, om brottet ej är grovt, åtalas av åklagare endast om målsägande angiver brottet till åtal och åtal finnes påkallat ur allmän synpunkt.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1975.

3 Förslag till
Lag om ändring i lagen (1941:282) om sterilisering

Härigenom förordnas, att 5 § lagen (1941:282) om sterilisering skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	5 §
Finnes vid *avbrytande av havandeskap enligt 7 § lagen den 17 juni 1938 om sådant ingrepp* grundad anledning till antagande, att sjukdom eller kroppsfel som föranleder ingreppet kommer att vid nytt havandeskap medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa, må den läkare, som utför ingreppet, samtidigt å kvinnan företaga sterilisering utan hinder av vad ovan i 3 och 4 §§ sägs. Saknar kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet förmåga att lämna giltigt samtycke, skall läkaren, om så kan ske utan menligt dröjsmål, inhämta samtycke av anhörig till henne.	Finnes vid *abort enligt 6 § andra stycket abortlagen (1974:000)* grundad anledning till antagande, att sjukdom eller kroppsfel som föranleder ingreppet kommer att vid nytt havandeskap medföra allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa, må den läkare, som utför ingreppet, samtidigt å kvinnan företaga sterilisering utan hinder av vad ovan i 3 och 4 §§ sägs. Saknar kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet förmåga att lämna giltigt samtycke, skall läkaren, om så kan ske utan menligt dröjsmål, inhämta samtycke av anhörig till henne.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1975.

4 Förslag till
Lag om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Härigenom förordnas följande.

1 § Staten, landstingskommun eller kommun får enligt vad nedan sägs ersättning för kostnader för rådgivning i födelsekontrollerande syfte som vid personligt besök meddelas den som omfattas av sjukförsäkring enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Motsvarande ersättning utgår även till organisation, som med socialstyrelsens tillstånd bedriver sådan rådgivning.

Ersättning till privatpraktiserande läkare för rådgivning i födelsekontrollerande syfte utgår enligt grunder som regeringen fastställer.

Ersättning enligt denna lag utgår även för rådgivning angående abort.

2 § Ersättning utgår för varje rådgivningstillfälle med belopp som regeringen fastställer. Ersättningen omfattar även kostnaderna för preventivmedel som vid besöket utlämnas till den försäkrade.

3 § Ersättning enligt denna lag utgår endast om rådgivning och i anslutning därtill utlämnade preventivmedel tillhandahålles den försäkrade kostnadsfritt.

4 § Ersättning enligt denna lag bestrides av allmän försäkringskassa.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1975.

5 Förslag till
Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Härigenom förordnas, att 19 kap. 4, 6 och 7 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring[1] skall ha nedan angivna lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
19 kap.	
4 §	
Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med tre och åtta tiondels procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Influtna avgifter fördelas mellan de allmänna försäkringskassorna i förhållande till deras utgifter under året för sjukförsäkringsförmåner, inberäknat de utgifter för läkemedel, som åvila kassorna, samt för förvaltning. Konungen äger förordna, att viss del av medlen skall ingå till en fond, benämnd allmänna sjukförsäkringsfonden, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.	Avgift till sjukförsäkringen enligt 1 § skall utgå med tre och åtta tiondels procent av det belopp, varå avgiften skall beräknas. Influtna avgifter fördelas mellan de allmänna försäkringskassorna i förhållande till deras utgifter under året för sjukförsäkringsförmåner, inberäknat de utgifter för läkemedel *och kostnader enligt lagen (1974:000) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.*, som åvila kassorna, samt för förvaltning. Konungen äger förordna, att viss del av medlen skall ingå till en fond, benämnd allmänna sjukförsäkringsfonden, vilken förvaltas enligt grunder som fastställas i enahanda ordning.

I fråga om sådan arbetstagare hos redare som avses i 1 § första stycket förordningen (1958:295) om sjömansskatt beräknas avgiften till sjukförsäkringen enligt procentsats som Konungen fastställer. Procentsatsen skall för visst år utgöra bestämd andel av den i första stycket angivna procentsatsen. Nämnda andel skall svara mot förhållandet mellan antalet svenska sjömän och hela antalet sjömän på svenska handelsfartyg i medeltal för den 31 oktober under de tre år, som närmast föregått det år då procentsatsen fastställes. Hänsyn tages härvid ej till fartyg med en bruttodräktighet understigande trehundra registerton. Procentsatsen beräknas med två decimaler.

[1] Lagen omtryckt 1973:908.

Nuvarande lydelse *Föreslagen lydelse*

6 §

Sjukförsäkringsavgift fastställes av riksförsäkringsverket efter den allmänna försäkringskassans hörande. Sådan avgift beräknas för helt år och utgår för varje avgiftspliktig med visst belopp i hela kronor, varvid öretal bortfaller.

Avgiften skall vara avvägd så, att den i förening med andra medel som äro tillgängliga för motsvarande ändamål förslår till bestridande av den allmänna försäkringskassans utgifter för sjukförsäkringsförmåner, inberäknat de utgifter för läkemedel som ävila kassan, samt till förvaltningskostnader och erforderlig fondering.

Avgiften skall vara avvägd så, att den i förening med andra medel som äro tillgängliga för motsvarande ändamål förslår till bestridande av den allmänna försäkringskassans utgifter för sjukförsäkringsförmåner, inberäknat de utgifter för läkemedel *och kostnader enligt lagen (1974:000) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.*, som åvila kassan, samt till förvaltningskostnader och erforderlig fondering.

Avgiften består av en fast och en rörlig del. Den fasta delen skall vara lika stor för samtliga avgiftspliktiga försäkrade i landet. Den rörliga delen skall utgöra en kvotdel av den försäkrades inkomst av förvärvsarbete det år avgiften avser. Vid fastställande av denna kvotdel skall beaktas om inkomsten härrör från anställning eller från annat förvärvsarbete. Härrör inkomsten från annat förvärvsarbete än anställning skall även beaktas om karenstid gäller för sjukpenningförsäkringen.

Vid beräkning av inkomst enligt tredje stycket gälla bestämmelserna i 3 kap. 2 § i tillämpliga delar. Hänsyn tages dock ej till lön eller annan gottgörelse som utgör beskattningsbar inkomst enligt förordningen (1958:295) om sjömansskatt.

Försäkrads sjukförsäkringsavgift må icke överstiga ett belopp motsvarande en tiondel av hans till statlig inkomstskatt beskattningsbara inkomst vid taxering året närmast efter det år avgiften avser.

7 §

Statsbidrag utgår för varje år med en tredjedel av allmän försäkringskassas utgifter för sjukförsäkringsförmåner, inberäknat de utgifter för läkemedel som åvila kassan, samt för förvaltning.

Statsbidrag utgår för varje år med en tredjedel av allmän försäkringskassas utgifter för sjukförsäkringsförmåner, inberäknat de utgifter för läkemedel *och kostnader enligt lagen (1974:000)*

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m., som åvila kassan, samt för förvaltning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1975.

6 Förslag till
Lag om ändring i förordningen (1954:519) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m.

Härigenom förordnas, att i förordningen (1954:519) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m.[1] skall införas en ny paragraf, 3 a §, av nedan angivna lydelse.

3 a § Bestämmelserna i 3 § äga motsvarande tillämpning i fråga om medel på vilket läkemedelsförordningen (1962:701) är tillämplig och som förskrives enbart i födelsekontrollerande syfte. Vid beräkning av prisnedsättning får kostnaden för sådant medel dock ej räknas samman med kostnaden för läkemedel som avses i 3 §.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1975.

[1] Senaste lydelse av rubriken 1972:188.

Utdrag av protokollet över justitieärenden, hållet inför Hans Kungl. Höghet Regenten i statsrådet den 8 mars 1974.

Närvarande: Statsministern PALME, ministern för utrikes ärendena ANDERSSON, statsråden STRÄNG, JOHANSSON, HOLMQVIST, ASPLING, LUNDKVIST, GEIJER, BENGTSSON, NORLING, LÖFBERG, FELDT, SIGURDSEN, GUSTAFSSON, ZACHRISSON.

Chefen för justitiedepartementet, statsrådet Geijer, anmäler efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter fråga om *ny abortlagstiftning* och anför.

1 Inledning

Med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 5 mars 1965 tillkallades sakkunniga för utredning om abortlagens tillämpning och därmed sammanhängande spörsmål samt allmän översyn av abortlagstiftningen.

De sakkunniga[1], som antog namnet 1965 års abortkommitté, avlämnade den 1 augusti 1971 sitt betänkande (SOU 1971:58) Rätten till abort. Betänkandet innehåller bl. a. förslag till lag om rätt till abortoperation samt till abortförebyggande åtgärder. Lagförslaget torde få fogas till statsrådsprotokollet i detta ärende som *bilaga 1*.

Betänkandet har remissbehandlats. Yttranden har därvid kommit in från riksåklagaren, hovrätten över Skåne och Blekinge, socialstyrelsen, universitetskanslersämbetet, länsstyrelserna i Stockholms, Göteborgs och Bohus samt Malmöhus län, ärkebiskopen, Svenska kyrkans centralråd för evangelisation och församlingsarbete, familjelagssakkunniga, familjepolitiska kommittén, Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Landsorganisationen i Sverige, Statstjänstemännens riksförbund, Sveriges akademikers centralorganisation, Tjänstemännens centralorganisation, Svenska arbetsgivareföreningen, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Sveriges psykologförbund, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska barnmorskeförbundet, Sveriges socionomförbund, Svensk demografisk förening, Riksförbundet för sexuell upplysning, Sveriges advokatsamfund, Centerns kvinnoförbund, Folkpartiets kvinnoförbund, Moderata samlingspartiets kvinnoförbund, Kvinnoförbundet socialdemo-

[1] Justitierådet Bengt Hult, ordförande, förste byråsekreteraren Görel Alm, biträdande överläkaren Gunnar af Geijerstam, redaktören Ruth Hamrin-Thorell, riksdagsledamoten Mary Holmqvist, riksdagsledamoten Astrid Kristensson, generaldirektören Bo Martinsson, riksdagsledamoten Elvy Olsson och f. d. överläkaren Verner Westberg. Särskilt förordnade experter: docenten Sven Englund, kuratorn Margit Jonsson, kuratorn Gudrun Ödqvist, med. lic. Elisabet Sjövall, byrådirektören Dag Swenson och med. lic. Kjell Öhrberg.

kraterna, Svenska kvinnors vänsterförbund, Centerns ungdomsförbund, Folkpartiets ungdomsförbund, Moderata ungdomsförbundet, Sveriges socialdemokratiska ungdomsförbund, Fredrika-Bremer-förbundet, Husmodersförbundet Hem och Samhälle, Yrkeskvinnors klubbars riksförbund, Sveriges frikyrkoråd, Evangeliska fosterlandsstiftelsen, Filadelfiaförsamlingen i Stockholm, Frälsningsarmén, Svensk kuratorsförening, Föreningen Sveriges tingsrättsdomare och Sveriges Kristna Socialdemokraters Förbund.

Vissa remissinstanser har till sina yttranden fogat särskilt inhämtade yttranden, nämligen riksåklagaren från överåklagarna i Stockholm, Göteborg och Malmö samt från länsåklagarmyndigheterna i Jönköpings, Kopparbergs och Gävleborgs län, socialstyrelsen från professorerna Börje Cronholm, Jan-Otto Ottosson, Axel Ingelman-Sundberg och Harald Johansson, docenten Nils Lundgren samt socialpsykiatriska nämnden, universitetskanslersämbetet från samtliga medicinska fakulteter, länsstyrelserna från länsläkarorganisationen och vissa sociala nämnder i resp. län, Svenska landstingsförbundet från samtliga landsting, Svenska kommunförbundet från sjukvårdsförvaltningarna i Malmö och Göteborg samt Svenska läkaresällskapet från Svenska psykiatriska föreningen och Svensk Gynekologisk Förening.

Dessutom har yttranden kommit in från Svenska Prästförbundet, Svenska Baptisternas Ungdomsförbund, Sjötofta och Ambjörnarps församlingars kyrkoråd, Svenska Baptisternas ungdomsförbund i Medelpad och Medelpads Baptistmission, Örgryte församlings kyrkoråd, Filadelfiaförsamlingen i Gävle, Brämaregårdens församlings kyrkoråd, Katolska Biskopsämbetet, Sveriges kristna ungdomsråd, Pastorsämbetet i Olofström, Svenska kyrkans diakoninämnd, Nykterhetsorganisationen Verdandi, Svenska kyrkans lekmannaförbund, Karlskrona Kyrkobrödrakår, Kyrkans ungdom i Haparanda, Kommunal- och landstingsanställda familjerådgivares förening, kyrkorådet i Karlshamn, Kristen Demokratisk Ungdom, pastorsämbetet i Högby och Mjölby, Jämshögs församlings kyrkoråd, Sveriges Socionomers Riksförbund, KDS-Kvinnor i Norrköping, Grupp 8 – socialistisk kvinnoorganisation, Sveriges Kyrkliga Studieförbund, Frikyrkliga Studieförbundet och KFUM:s Studieförbund, kyrkorådet i Lane-Ryrs församling, kyrkorådet i Skee församling, Riksaktionen Mot fri abort, Kristen Demokratisk Samling, Lurs kyrkoråd, kyrkorådet i Hede församling, Svenska Alliansmissionens ungdomsförbund, kyrkoråden i Näsinge och Lommelands församlingar, Bro kyrkoråd, kyrkoråden i Krokstads och Sanne församlingar, Riksförbundet Kyrkans Ungdom, Kyrkliga Gymnasistförbundet, kyrkorådet i Ljungs församling, Ensamma föräldrars förening, Kristna Studentrörelsen i Sverige, Uddevalla församlings kyrkoråd, Högsbo församlings kyrkoråd, kyrkorådet i Forshälla, Ödsmåls kyrkoråd, Norums kyrkoråd m. fl.

De inkomna yttrandena har – med några få undantag – publicerats i SOU 1972:39, Abortfrågan.

Med hänsyn till bl. a. vad som kommit fram under remissbehandlingen

av kommitténs betänkande och som ett led i ärendets vidare behandling inom justitiedepartementet tillsatte jag i september 1972 en arbetsgrupp med uppgift att bredda underlaget för Kungl. Maj:ts ställningstagande till frågan om en ny abortlagstiftning. Arbetsgruppen[1] har nyligen redovisat resultatet av sitt arbete i en promemoria, Kartläggning av vissa resursfrågor i anslutning till betänkandet (SOU 1971:58) Rätten till abort.

På grundval av det sålunda föreliggande materialet har inom justitiedepartementet utarbetats förslag till bl. a. ny abortlag.

Chefen för socialdepartementet ämnar senare i dag föreslå bl. a. reformer beträffande de abortförebyggande åtgärderna. Dessa förslag och de förslag som jag i det följande kommer att lägga fram bör föreläggas riksdagen i en gemensam proposition. De förslag från chefen för socialdepartementet, om vilka Kungl. Maj:t beslutar denna dag, tas in i dagens protokoll över socialärenden. Utdrag av detta protokoll bör biläggas den gemensamma propositionen som *bilaga A*.

2 Allmänt om preventiv- och abortmetoder

2.1 Inledning

Förloppet av en graviditet kan beskrivas på följande sätt. Mellan två menstruationer inträffar ägglossningen. För de flesta kvinnor sker detta någon gång mellan 10:e och 18:e dagen efter blödningens första dag. Mottagligheten för befruktning hos ett ägg torde uppgå till ett eller högst två dygn. Om det obefruktade ägget under denna tid möter en sädescell i äggledaren kan befruktning ske (konception). Det befruktade ägget förs då ned i livmodern, där det 8–10 dagar efter befruktningsprocessen fäster i livmoderslemhinnan (nidation). Andelen befruktade ägg som inte fäster i livmodern är sannolikt hög. Efter nidation uteblir menstruationen i allmänhet. Graviditeten kan med gängse metoder fastställas cirka tio dagar efter det att den väntade menstruationen uteblivit. Eftersom det inte går att avgöra när befruktning eller nidation avslutades räknas graviditeten från den senaste menstruationens första dag.

En graviditet pågår i genomsnitt 280 dagar. Någon gång mellan 16:e och 20:e havandeskapsveckan kan kvinnan för första gången uppfatta fosterrörelser. I slutet av 28:e graviditetsveckan räknar man med att fosterutvecklingen har nått ett stadium som kan medge självständigt liv. Förbättrade vårdmöjligheter under senare år har medfört att tidsgränsen för möjligheten att överleva kan komma att förskjutas nedåt 24:e havandeskapsveckan.

[1] Rättschefen Carl-Edvard Sturkell, ordförande, avdelningschefen Sven Alsén, departementsrådet Leif Andersson, professorn Ulf Borell, departementsrådet Per Jermsten, departementssekreteraren Lennart Nilsson, kanslirådet Ingemar Nygren, förste sekreteraren Jan Sahlin och avdelningschefen Turid Ström.

2.2 Preventivmetoder

De preventivmetoder (antikonceptionella metoder) som f. n. används kan indelas i

1. naturliga metoder (avbrutet samlag, säkra perioder)
2. mekaniska preventivmedel (pessar, kondom, livmoderinlägg – "spiral")
3. kemiska medel (skum, salvor, vagitorier)
4. hormonella medel (p-piller).

Tillförlitligheten av en preventivmetod kan variera mycket mellan olika individer. Vid konsekvent och korrekt användning är p-piller effektivast. För de kvinnor som kan behålla livmoderinlägg är detta i det närmaste lika säkert. Av de övriga industriellt framställda medlen anses kondom och pessar ge ett säkrare skydd generellt sett än säkra perioder och avbrutet samlag. Avbrutet samlag rekommenderas numera endast då någon förberedelse med preventivmedel inte har skett och "säkra perioder" är en sämre metod än alla de övriga.

Några preventivmedel är förenade med vissa risker för biverkningar. Detta gäller framför allt p-piller och i någon mån spiral. Alla de biverkningar som redovisas i samband med p-piller torde dock uppträda betydligt oftare under vanliga graviditeter.

Förutom genom de nu nämnda preventivmetoderna kan havandeskap förebyggas genom sterilisering enligt lagen (1941:282) om sterilisering. Sterilisering får – till skillnad från övriga preventivmetoder – tillgripas endast i vissa särskilt angivna fall. Enligt 1 § tredje stycket steriliseringslagen får kvinna steriliseras bl. a. om det på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos henne är påkallat med sådan åtgärd för att förebygga havandeskap som skulle medföra allvarlig fara för hennes liv och hälsa. Däremot föreligger det inte f. n. någon rätt för en man att få sterilisering utförd enbart på den grunden att han önskar undvika befruktning. Man har anledning räkna med att en sterilisering innebär ett absolut och permanent skydd mot graviditet.

Lagstiftningen om sterilisering är föremål för översyn av steriliseringsutredningen (Ju 1973:04). Av direktiven för utredningen framgår bl. a. att arbetet framför allt bör inriktas på frågan i vad mån och i vilken utsträckning en rättskapabel persons egen begäran om sterilisering skall kunna få utgöra tillräcklig grund för ett sådant ingrepp.

2.3 Abortmetoder

Tillvägagångssättet vid abort varierar beroende bl. a. på hur länge kvinnan har varit gravid vid ingreppet. Under den första delen av graviditeten (tidigabort) kan havandeskapet i regel avbrytas genom ett

jämförelsevis enkelt ingrepp genom slidan. Gränsen för hur länge detta tillvägagångssätt kan användas beror huvudsakligen på livmoderns storlek men brukar normalt sättas vid utgången av 12:e graviditetsveckan, räknat från senaste menstruationens första dag. Beträffande kvinnor som har fött tidigare kan gränsen ibland utsträckas 2–3 veckor medan den för förstagångsföderskor ibland får sättas någon vecka tidigare. Sker aborten efter utgången av 12:e veckan får mera komplicerade metoder i regel användas (senabort).

Tidigabort utförs i regel genom s. k. primärexaeres. Ingreppet utförs antingen under narkos eller med lokalbedövning. Tidigare utfördes ett primäringrepp genom en s. k. skrapning. Detta innebar att läkaren vidgade livmoderhalsen samt tömde livmodern på innehållet och skrapade rent i livmoderhålan med speciella instrument. Under senare år har en ny metod, s. k. vakuumaspiration (sugmetoden), nästan helt kommit att ersätta skrapning. Metoden innebär att läkaren använder en sugpump för att tömma livmodern. Livmoderhalsen behöver då inte utvidgas lika mycket som vid skrapning och i de tidigaste stadierna kan utrymning i vissa fall ske utan sådan vidgning och utan bedövning.

Metoderna för senabort kan indelas i tvåstegsmetoder och ettstegsmetoder. Till tvåstegsmetoderna hör de s. k. intra- och extraamniala injektionsmetoderna. Dessa innebär att en vätska sprutas in i livmodern, vilket får till följd att missfallsvärkar sätter in och livmoderinnehållet töms genom slidan inom något eller några dygn. För insprutningen, som i regel sker genom bukväggen eller livmoderhalsen och under lokalbedövning, används oftast en 20 %-ig koksaltlösning. Efter missfallet får kvinnan i regel undergå en avslutande skrapning eller vakuumexaeres.

Injektionsmetoderna är påfrestande för patienten. Bl. a. är väntetiden mellan insprutning och missfall (1–3 dygn, i genomsnitt 1 ½ dygn) psykiskt krävande. Smärtförnimmelserna i samband med missfallet kan vara svåra. Det händer att en insprutning inte har avsedd verkan och att missfall inträffar först efter upprepade insprutningar.

Som alternativ till injektionsmetoderna används oftast s. k. vaginal eller abdominell hysterotomi (ettstegsmetoder). Läkaren öppnar därvid livmodern kirurgiskt och tömmer den. Ingreppet kallas vaginalt när operationen sker underifrån genom slidan och abdominellt när bukväggen öppnas. Båda operationerna företas i allmänhet medan kvinnan är nedsövd.

Det bör i detta sammanhang nämnas att det f. n. pågår försök att framkalla abort med vissa kroppsegna fettsyror, s. k. prostaglandiner.

En abort är förenad med vissa risker för komplikationer, även dödsfall, i samband med ingreppet.

Vad först gäller risken för dödsfall kan följande uppgifter om antalet dödsfall på 100 000 aborter vara av intresse:

Sverige	1965–69	13/100 000 aborter
Danmark	1961–66	33/100 000
England o. Wales	1970	18/100 000
USA	1970–71	8,2/100 000
Ungern	1964–67	1,2/100 000
Tjeckoslovakien	1963–67	2,5/100 000

Den tidigare högre frekvensen av dödsfall i de skandinaviska länderna och England beror sannolikt på att det ingår en stor andel sena aborter i materialet. I Ungern och Tjeckoslovakien utfördes däremot ca 98 % av ingreppen som tidigabort. Den under senare år starkt avtagande andelen sena aborter i Sverige bör medföra att de svenska siffrorna numera är gynnsammare. Som jämförelse kan nämnas att antalet dödsfall i samband med förlossning och barnsängsdöd i Sverige år 1970 uppgick till 10/100 000 kvinnor.

När det gäller övriga medicinska komplikationer i samband med abortingrepp kan dessa indelas i omedelbara komplikationer, dvs. sådana komplikationer som inträffar i direkt samband med ingreppet, och sena komplikationer, vilka vanligen märks först längre fram.

De omedelbara komplikationerna betecknas som lindriga eller allvarliga, beroende på om de är av övergående natur eller kan tänkas innebära en risk för framtida men. Till de lindriga komplikationerna hör lindriga infektioner, mindre blödningar och en måttlig temperaturstegring. Allvarliga komplikationer kan vara större blödningar samt infektioner och perforationsskador på livmodern som kräver ett vidgat kirurgiskt ingrepp.

Det material rörande tidiga medicinska komplikationer som hittills har publicerats tyder på att graviditetens längd är den faktor som har störst betydelse för uppkomsten av komplikationer. Sålunda är enligt en omfattande amerikansk undersökning från år 1972 risken för komplikationer fyra gånger högre vid senabort än vid tidigabort. Undersökningen visar vidare att 12:e havandeskapsveckan inte är en ur risksynpunkt definitiv gräns utan att komplikationsfrekvensen vid tidigabort stiger i stort sett kontinuerligt för varje graviditetsvecka. Gynnsammaste tiden för abortens utförande synes enligt undersökningsresultatet infalla före 10:e veckan (se figur 1).

Risken för komplikationer påverkas också i viss utsträckning av vilken abortmetod som används. Vid tidigabort är sålunda komplikationsfrekvensen något lägre vid vacuumaspiration än när ingreppet utförs genom skrapning. Patientens ålder och förekomsten av tidigare graviditet synes vara av mindre betydelse för komplikationsfrekvensen än graviditetens längd.

När det gäller medicinska senkomplikationer är dessas frekvens ännu tämligen ofullständigt utredd. Hittills utförda undersökningar har emellertid inte kunnat visa någon nämnvärd nedsättning av fruktsamheten (fertiliteten) efter abort. Däremot har en högre procent förtidsbörder och troligen också missfall noterats hos kvinnor som genomgått legal abort

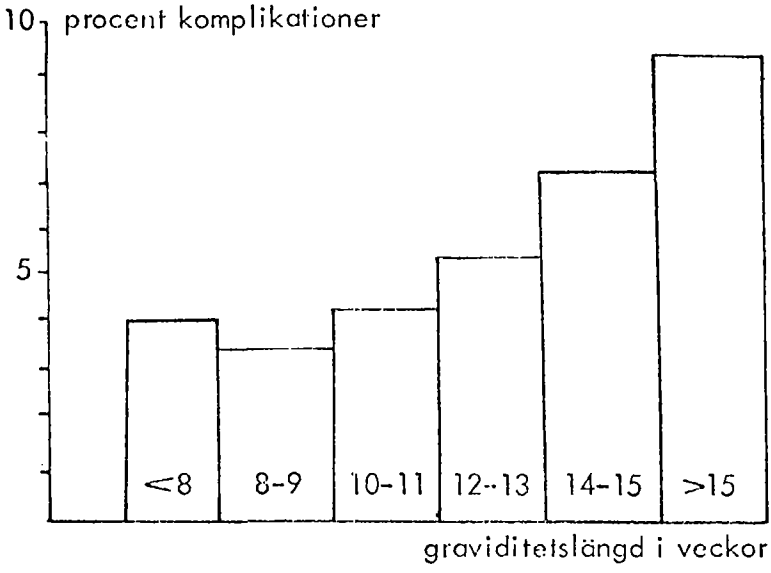

Fig. 1. Komplikationsfrekvensen vid aborter utförda med sugmetod i olika graviditetsveckor (Efter Tietze och Lewit 1972)

men det är ändå osäkert om orsakssammanhanget här är helt klart. För övrigt finns det inte något som tyder på att förloppet av kommande graviditeter och förlossningar påverkas av en abort. Risken för Rh-immunisering bör alltid uppmärksammas vid abort för Rh-negativ kvinna, som inte har fött barn eller inte varit gravid tidigare. Sistnämnda fråga är f. n. föremål för uppmärksamhet från socialstyrelsens sida.

När det gäller risken för komplikationer av psykisk art tyder hittills utförda undersökningar på att psykiskt balanserade kvinnor, som självständigt fattat sitt beslut om abort, löper liten risk för allvarligare psykiatriska följdtillstånd efter abortingrepp. Däremot synes risken för sådana komplikationer vara betydligt större för de psykiatriskt sämst ställda kvinnorna, särskilt i de fall aborten sker i ett sent stadium av graviditeten.

Det vanligaste förfaringssättet vid abort har hittills varit att kvinnan lagts in på sjukhus i och för ingreppet och sedan fått stanna kvar där ett eller flera dygn därefter (sluten vård). Bl. a. för att minska belastningen på sjukvården har emellertid socialstyrelsen hösten 1972 (MF 1972:59) rekommenderat att abortverksamheten vad avser tidiga ingrepp i så stor utsträckning som möjligt förs över till öppen vård. Enligt styrelsen kan alla tidiga aborter utföras polikliniskt utom i vissa särskilt angivna fall. Det gäller här fall när livmoderns storlek motsvarar mer än 12 veckors graviditet, när fysiska eller psykiska rubbningar i kvinnans hälsotillstånd kan öka komplikationsrisken, när kvinnan tidigare har genomgått vissa kirurgiska ingrepp samt när kvinnan samtidigt skall steriliseras. Enligt socialstyrelsens beräkningar bör det bl. a. genom ökad upplysning så småningom vara möjligt att komma fram till en ordning som innebär att mer än 90 % av samtliga aborter utförs före utgången av 12:e graviditetsveckan.

3 Nuvarande abortlagstiftning

3.1 Lagregler

De nuvarande reglerna om abort, som har sin grund i brottsbalkens straffbestämmelser om fosterfördrivning, finns intagna i lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap, i fortsättningen kallad 1938 års lag.

Huvudstadgandet om fosterfördrivning finns i 3 kap. 4 § brottsbalken. Enligt denna bestämmelse kan den som med hjälp av invärtes eller utvärtes medel olovligen fördriver eller eljest dödar foster straffas med fängelse i högst två år. Är det kvinnan själv som utför gärningen kan påföljden för henne efterges, om omständigheterna är mildrande. Är fosterfördrivning, som förövas av annan än kvinnan, att anse som grov, skall straffet bestämmas till fängelse lägst ett och högst sex år. För att avgöra om brottet är grovt skall särskilt beaktas om gärningen har skett vanemässigt eller för vinnings skull eller om den har inneburit särskild fara för kvinnans liv eller hälsa. Fosterfördrivning är straffbar även på försöksstadiet (10 §). Tillämpningen av straffbestämmelserna inskränks när det gäller kvinnan själv av regeln i 11 § att kvinnan får åtalas för fosterfördrivning eller försök därtill endast om åklagare av särskilda skäl finner åtal påkallat ur allmän synpunkt.

I brottsbalken anges inte vad som avses med foster. Straffbestämmelserna torde emellertid vara tillämpliga under hela tiden från befruktningsprocessen till dess kvinnan börjar föda.

Före tillkomsten av 1938 års lag var i princip varje abort straffbelagd som fosterfördrivning. Enligt allmänna rättsgrundsatser bedömdes det emellertid tillåtet att utan stöd av särskild lagbestämmelse utföra abort som var nödvändig för att rädda kvinnans liv eller för att undanröja en allvarlig fara för hennes hälsa. Det ansågs nämligen då föreligga ett nödläge som gjorde fosterfördrivningen befogad. Däremot kunde andra skäl inte i och för sig göra en abort straffri.

Enligt 1938 års lag är abort tillåten under vissa förutsättningar. För detta fordras till en början att någon av lagens fem abortindikationer är uppfylld (1 § första stycket). Havandeskap får sålunda avbrytas när på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa (medicinsk indikation). Vidare tillåts abort när det med hänsyn till kvinnans levnadsförhållanden och omständigheterna i övrigt kan antas att hennes kroppsliga eller själsliga krafter skulle allvarligt nedsättas genom barnets tillkomst och vården om barnet (socialmedicinsk indikation). Som giltig grund för abort anges vidare att kvinnan har hävdats genom våldtäkt eller blivit havande till följd av vissa andra brottsliga gärningar (humanitär indikation) eller att det med skäl kan antas att kvinnan eller det väntade barnets fader genom arvsanlag kommer att på avkomlingen överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller också svårartad sjukdom eller svårt

lyte av annat slag (eugenisk indikation). Slutligen får havandeskap avbrytas när det med skäl kan antas att det väntade barnet på grund av skada under fosterstadiet kommer att lida av svårartad sjukdom eller svårt lyte (fosterskadeindikation).

Som ytterligare förutsättning för att abort skall vara tillåten gäller att åtgärden, om den sker på annan grund än sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan, företas före utgången av 20:e havandeskapsveckan. Om synnerliga skäl föreligger kan dock socialstyrelsen medge att ingreppet får ske intill utgången av 24:e veckan (1 § 2 stycket).

Vid tillämpningen av den humanitära indikationen fordras för abort i vissa fall att begånget brott åtalats eller angetts till åtal. Abort på grund av att kvinnan när hon blev havande inte fyllt 15 år får ske endast om den som har vårdnaden om henne samtyckt till aborten eller det finns särskilda skäl för åtgärden. För abort på eugenisk indikation krävs att kvinnan också steriliseras, om inte sådan åtgärd av särskilda skäl är olämplig (2 §).

Ingrepp får ske endast om kvinnan har begärt åtgärden. Undantag härifrån får dock göras i det fall kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke (3 §).

För att havandeskap skall få avbrytas fordras vidare antingen att två läkare, av vilka den ene skall vara den som utför ingreppet och den andre ha tjänsteställning som Kungl. Maj:t föreskriver, i skriftligt utlåtande har förklarat att förutsättningarna för åtgärden är för handen eller också att socialstyrelsen lämnat tillstånd till abort. När fråga är om tillämpningen av eugenisk indikation eller fosterskadeindikation skall prövningen alltid göras av socialstyrelsen. Detsamma gäller när kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden (4 §). Före prövningen bör barnets fader beredas tillfälle att yttra sig, om det finns skäl till det. Detsamma gäller, om kvinnan är under 20 år hennes vårdnadshavare, om hon är omyndigförklarad förmyndaren, om hon är gift hennes man och om hon är intagen på allmän anstalt dennas läkare och föreståndare. I övrigt får yttrande inte inhämtas utan kvinnans medgivande (5 §).

Ingreppet skall i allmänhet utföras på lasarett, därmed jämförlig allmän anstalt eller sjukstuga av där anställd läkare. Även annan läkare kan få socialstyrelsens tillstånd att utföra aborter på viss anstalt (6 §). I vissa brådskande fall får legitimerad läkare ensam besluta om avbrytande av havandeskap på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan, s. k. nödfall (7 §).

Den som har medverkat vid abortutredning eller abortingrepp får inte i oträngt mål tala om vad som därvid har förekommit (8 §). Socialstyrelsens beslut i abortärende får inte överklagas (9 §).

När det gäller det straffrättsliga ansvaret för utförda aborter innebär 1938 års lag att det inte skall dömas till ansvar för fosterfördrivning eller försök därtill enligt 3 kap. 4 eller 10 § brottsbalken, om prövning av abortfrågan skett enligt 4 eller 7 § 1938 års lag och åtgärden inte skett på

ett senare stadium än som anges i 1 § 2 stycket samt kvinnan, i de fall det behövs, begärt åtgärden. Är dessa föreskrifter uppfyllda medför den omständigheten att andra bestämmelser i lagen, t. ex. reglerna i 6 § om var abort får utföras, åsidosatts inte att straff för fosterfördrivning skall ådömas. Huruvida straff i sådant fall överhuvud skall inträda får avgöras efter de särskilda straffbestämmelserna i 1938 års lag. Ett fall som härvid lämnats straffritt är om kvinnan själv företar åtgärd för att avbryta havandeskapet. En sådan åtgärd har, sedan det i behörig ordning förklarats att förutsättningar för abort föreligger, ansetts ha betydelse endast i den riktningen att den utsätter kvinnan själv för risk till liv eller hälsa (NJA II 1938 s. 706). Vidtas åtgärden av annan än kvinnan skall däremot straff ådömas, varvid skilda bestämmelser tillämpas beroende på om ingreppet verkställts av legitimerad läkare eller av annan.

I kungörelsen (1938:571) med tillämpningsföreskrifter till 1938 års lag finns ytterligare bestämmelser om bl. a. prövningsförfarandet hos socialstyrelsen och läkares behörighet att avge utlåtande angående förutsättningarna för abort.

Särskilda föreskrifter om medel som kan användas för avbrytande av havandeskap finns i förordningen (1938:569) med vissa bestämmelser angående fosterfördrivande medel. Vilka dessa medel är anges i kungörelsen (1938:570) med särskilda föreskrifter i anledning av nämnda förordning.

Försöksverksamhet för att få fram födelsekontrollerande medel vilka kan hindra utvecklingen av befruktat ägg hos kvinna kan ske med stöd av lagen (1967:185) om klinisk prövning av vissa medel för födelsekontroll.

3.2 Statistiska uppgifter

3.2.1 Abortutvecklingen

Då abortkommittén tillsattes år 1965 uppgick det totala antalet legala aborter i landet till drygt 6 000. År 1973 hade antalet ökat till ca 26 000. Abortutvecklingen sedan år 1965 i absoluta tal och i förhållande till antalet levande födda framgår av följande tabell.

År	Antal verkställda aborter	Antal levande födda	Antalet aborter på 100 levande födda
1965	6 208	122 806	5,1
1966	7 254	123 354	5,9
1967	9 703	121 360	8,0
1968	10 940	113 087	9,7
1969	13 735	107 622	12,8
1970	16 100	110 150	14,6
1971	19 250	114 484	16,8
1972	24 170	112 273	21,5
1973	25 990	109 556	23,7

Den sålunda registrerade kraftiga ökningen av antalet aborter synes ha brutits under andra halvåret 1972. Den procentuella årliga ökningen har under perioden 1965–1972 varierat mellan 13 och 34 %. Kraftigast var ökningen mellan åren 1966 och 1967 samt mellan 1971 och 1972. Mellan åren 1972 och 1973 beräknas antalet aborter ha ökat med uppemot 8 %.

Ett annat jämförelsemått på utvecklingen av antalet legala aborter är antalet sådana ingrepp per 100 levande födda. Som framgår av tabellen har vid en sådan beräkning antalet aborter ökat kraftigt under perioden. Ökningen har varit särskilt markant mellan åren 1971 och 1972.

De hittills redovisade siffrorna avser legala aborter. I vilken utsträckning illegala aborter förekommer är mycket svårt att uppskatta. År 1949 uppskattades antalet till ca 10 000. De legala aborterna uppgick samma år till 5 503. År 1949 skulle således det totala antalet aborter ha varit nära 16 000. Enligt abortkommittén tyder allt på att de illegala aborterna nu har sjunkit väsentligt. Kommittén anger att troligen högst ca 6 000 kvinnor men sannolikt betydligt färre skulle ha fått sådan abort under år 1969.

3.2.2 Aborter efter tvåläkarintyg – tillstånd av socialstyrelsen

Aborter med stöd av tvåläkarintyg har ökat kraftigt sedan år 1965, vilket framgår av nedanstående tablå.

År	1965	1967	1969	1970	1971	1972	1973
Antal verkställda aborter efter tvåläkarintyg	860	3 315	7 093	9 496	13 349	19 586	22 252
% av samtliga aborter	14	34	52	60	69	81	86

Däremot har antalet aborter efter tillstånd från socialstyrelsen minskat inte bara relativt utan även i faktiskt antal under de senaste åren.

År	Antal ansökn. hos soc. styr. om abort	därav bifallna i %	% verkställda aborter av antalet ansökn.
1965	6 669	86	80
1966	6 499	89	83
1967	7 365	92	87
1968	7 554	94	86
1969	7 646	95	87
1970	7 548	96	86
1971	6 780	96	87
1972	5 313	96	86
1973	4 371	97	86

Av tabellen framgår att socialstyrelsen sedan år 1965 bifallit en allt större andel av abortansökningarna. Trots denna ökning har andelen

verkställda aborter i stort sett varit oförändrad sedan år 1967. År 1972 ledde 493 bifallna ansökningar, dvs. omkring en tiondel av samtliga bifallna ansökningar, inte till abortingrepp. Anledning till detta var i 250 fall att graviditeten fullföljdes, i 166 fall att spontan abort följde, i 17 fall att graviditet inte förelåg och i 3 fall att abort utfördes i utlandet. I 57 fall var anledningen till att abortförfarandet inte fullföljdes okänd.

3.2.3 Aborternas regionala fördelning

Antalet legala aborter visar, om man bortser från en stark koncentration till stockholmsregionen, en tämligen jämn spridning över hela landet. Den procentuella regionala fördelningen av utförda aborter åren 1968–1972 visar inte på några större regionala förändringar.

Ett mera jämförbart mått på aborternas regionala fördelning än den rent procentuella fördelningen erhålls om aborterna sätts i relation till antalet levande födda inom varje område. Som framgår av tabell 1 nedan är skillnaderna stora mellan de olika regionerna och varierade för år 1972 mellan 11,7 och 40,9 aborter per 100 levande födda. Stockholms kommun svarar här för den klart högsta siffran i landet. Göteborg och Malmö har också ett betydligt högre aborttal än övriga områden. Lägst var Blekinge län med 11,7 aborter per 100 födda.

Tabell 1 Regional fördelning av antalet utförda aborter per 100 levande födda åren 1968–1972 efter kvinnans hemort

	1968	1969	1970	1971	1972
Stockholms kommun	22,6	27,6	30,0	34,6	40,9
Stockholms län utom Sth	6,7	9,2	14,0	16,1	22,9
Uppsala län	10,9	13,9	13,7	16,7	21,4
Södermanlands län	10,6	13,3	17,3	17,6	22,3
Östergötlands län	7,9	8,4	9,6	12,3	14,3
Jönköpings län	5,0	6,3	6,8	9,5	12,9
Kronobergs län	5,8	7,7	9,8	11,8	16,0
Kalmar län	8,9	11,4	13,4	15,2	18,5
Gotlands län	8,1	15,5	13,4	13,8	18,5
Blekinge län	5,4	6,9	7,5	9,5	11,7
Kristianstads län	5,0	8,3	8,8	10,0	12,2
Malmöhus län	4,0	5,8	7,2	13,6	18,0
Hallands län	8,5	10,7	11,9	11,5	13,4
Göteborgs o. Bohus län utom Gbg	2,9	3,7	10,6	13,8	18,2
Älvsborgs län	9,5	11,5	13,0	15,0	19,6
Skaraborgs län	6,8	9,0	9,8	13,1	15,6
Värmlands län	8,2	11,2	11,5	12,5	21,6
Örebro län	10,6	13,3	13,5	19,1	21,3
Västmanlands län	10,7	15,6	16,9	18,9	24,5
Kopparbergs län	8,1	12,4	14,0	15,5	23,8
Gävleborgs län	8,5	11,3	14,8	16,2	21,7
Västernorrlands län	9,1	14,1	15,2	17,1	19,4
Jämtlands län	10,8	15,1	15,6	17,8	23,7
Västerbottens län	6,4	9,5	10,9	15,2	16,9
Norrbottens län	9,6	12,4	14,8	16,8	18,3
Malmö	8,6	10,5	10,3	19,8	28,5
Göteborg	10,1	14,5	17,1	22,8	30,2
Hela riket	9,6	12,7	14,6	16,8	21,5

Fördelas aborterna efter tillstånd från socialstyrelsen och efter tvåläkarintyg för åren 1968–1972 föreligger även där stora regionala skillnader, se tabell 2 nedan. År 1972 varierade andelen aborter utförda efter tvåläkarintyg mellan 13 % (Skaraborgs län) och 98 % (Gotlands kommun). Andelen aborter efter tvåläkarintyg har sedan år 1968 ökat inom samtliga områden utom i Kalmar och Norrbottens län.

Tabell 2 Den procentuella andelen aborter efter tvåläkarintyg i förhållande till samtliga utförda aborter åren 1968–1972

Kvinnans hemortslän	1968	1969	1970	1971	1972
Stockholms kommun	45	61	67	84	95
Stockholms län	10	17	21	34	86
Uppsala län	89	93	97	93	93
Södermanlands län	35	61	79	89	90
Östergötlands län	76	79	81	86	89
Jönköpings län	6	14	33	34	55
Kronobergs län	27	20	28	25	34
Kalmar län	59	76	83	72	57
Gotlands län	39	87	81	89	98
Blekinge län	14	13	13	16	23
Kristianstads län	5	4	19	34	39
Malmöhus län	69	82	89	94	95
Hallands län	33	44	54	64	54
Göteborgs o. Bohus län	40	65	69	82	90
Älvsborgs län	76	88	92	94	96
Skaraborgs län	2	7	10	12	13
Värmlands län	21	25	18	64	82
Örebro län	20	28	32	35	58
Västmanlands län	65	76	90	94	98
Kopparbergs län	67	73	85	88	90
Gävleborgs län	10	16	61	83	85
Västernorrlands län	80	82	76	83	84
Jämtlands län	2	12	9	13	17
Västerbottens län	79	74	74	81	85
Norrbottens län	68	69	64	71	65
Malmö kommun	10	40	37	78	93
Göteborgs kommun	22	54	69	78	86
Utländska medborgare	41	41	67	64	68
Hela riket	41	52	59	69	81

3.2.4 Abortindikationer

Den procentuella fördelningen av aborterna efter de fem abortindikationerna i 1938 års lag framgår av följande tabell.

Indikation	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Medicinsk och socialmedicinsk	97,4	98,0	98,5	98,1	97,2	98,0	98,3	98,5	98,1
därav									
sjukdom	23,6	20,3	12,4	9,4	7,9	6,2	5,1	3,9	2,7
svaghet	64,2	61,1	56,7	47,4	44,3	36,5	31,1	24,0	16,6
förutsedd svaghet	9,6	16,6	29,4	41,3	45,0	55,3	62,1	70,6	78,9

Indikation	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Risk för fosterskada	0,9	0,8	0,6	0,7	1,6	0,4	0,2	0,2	0,7
Humanitär indikation	1,6	1,1	0,8	1,2	1,1	1,4	1,4	1,2	1,2
Eugenisk	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antal aborter	6 205	7 254	9 703	10 940	13 735	16 100	19 250	24 170	25 990

Av tabellen framgår att nästan samtliga aborter (98–99 %) sker enligt de medicinska och socialmedicinska abortindikationerna.

Utvecklingen efter år 1965 visar emellertid att det skett en kraftig förskjutning inom de medicinska och socialmedicinska indikationerna. Dessa delas i statistiken in i grupperna sjukdom, svaghet och förutsedd svaghet. Där har det skett en kraftig förskjutning mot indikationen förutsedd svaghet. År 1965 angavs indikationen förutsedd svaghet för en tiondel av samtliga utförda aborter mot 79 % år 1973. Åberopandet av den mera rent medicinska indikationen "sjukdom" har däremot sjunkit från 24 % år 1965 till knappt 3 % år 1973. Även indikationen svaghet har sedan år 1965 minskat i betydelse. I övrigt är relationerna mellan de olika abortindikationerna i stort sett oförändrade.

Den nu angivna förskjutningen inom de medicinska och socialmedicinska indikationerna gäller i fråga om såväl tillstånd från socialstyrelsen som beträffande tvåläkarintygen. År 1965 var svaghet den vanligaste indikationen (70 %) för aborter utförda efter socialstyrelsens tillstånd medan sjukdom var vanligast vid aborter efter tvåläkarintyg (63 %). Indikationen förutsedd svaghet angavs för 10 % av tillståndsaborterna och 4 % av de aborter som utfördes efter tvåläkarintyg år 1965. År 1972 var motsvarande siffror 69 % resp. 71 %.

3.2.5 Graviditetens längd vid ingreppen

Graviditetens längd vid abort (procentuell fördelning) framgår av nedanstående tabell.

Graviditetens längd	1968	1969	1970	1971	1972	1973
–12 veckor	43,0	50,7	59,5	67,5	73,4	80,3
13–18 veckor	48,5	43,3	36,2	29,2	23,7	17,8
19–20 veckor	6,8	4,7	3,3	2,3	2,1	1,3
21– veckor	1,7	1,3	1,0	1,0	0,9	0,6
Summa	100	100	100	100	100	100
Antal aborter	10 940	13 735	16 100	19 250	24 170	25 990

Förskjutningen mot tidigaborter gäller både aborter efter socialstyrelsens tillstånd och aborter efter tvåläkarintyg. År 1973 gjordes 83 % av tvåläkaraborterna som tidigaborter mot 64 % av de aborter som utfördes efter socialstyrelsens tillstånd.

Antalet aborter som utfördes efter 18:e graviditetsveckan uppgick år 1973 till knappt 2 % av samtliga utförda aborter.

25 % av samtliga aborter utfördes år 1972 i öppen vård (polikliniskt) mot 31 % år 1973. Av tidigaborterna år 1972 utfördes 34 % polikliniskt.

3.2.6 Tidigare förlossningar och aborter

Följande tablå visar den procentuella fördelningen av antalet föregående förlossningar hos kvinnor som beviljats abort.

Tidigare förlossningar	1968	1969	1970	1971	1972
0	36	37	39	40	41
1–2	36	38	37	38	39
3–	28	25	24	22	20
Summa	100	100	100	100	100

Från år 1971 innehåller abortstatistiken även uppgifter om den procentuella fördelningen av antalet tidigare aborter.

Tidigare antal aborter	1971	1972
0	74,3	78,6
1	11,1	12,2
2	1,8	2,2
3	0,4	0,5
4–	0,3	0,2
Uppgift saknas	12,2	6,3
Summa	100	100

3.2.7 Kvinnornas ålder

I nedanstående tabell redovisas den procentuella åldersfördelningen för de kvinnor som fått abort.

Ålder	1968	1969	1970	1971	1972
–14	1,0	1,0	1,0	1,2	1,1
15–19	22,2	21,1	21,3	22,3	22,4
20–24	23,0	23,9	23,8	24,3	24,3
25–29	17,0	18,6	18,9	20,0	21,3
30–34	14,5	15,3	15,2	14,6	14,5
35–39	13,6	12,8	12,2	11,2	10,9
40–	8,7	7,3	7,6	6,5	5,5
Summa	100	100	100	100	100
Antal	10 940	13 735	16 100	19 250	24 170

Åldersfördelningen har inte genomgått några större förändringar under åren 1968–1972. En viss ökning av andelen kvinnor i åldrarna 25–29 år har dock skett medan andelen kvinnor i åldern över 35 år minskat. Kvinnor i åldrarna upp till 20 år har inte nämnvärt förändrat sin relativa andel av aborterna.

3.3 Abortlagstiftningen i övriga nordiska länder

I *Danmark* trädde en ny abortlag i kraft den 1 oktober 1973. Den ersatte en lag från 1970 och innebär en liberalisering av de tidigare bestämmelserna.

Enligt de nya bestämmelserna kan kvinnan i vissa fall få abort utan särskilt tillstånd. Detta gäller i första hand när aborten utförs före utgången av 12:e havandeskapsveckan. Men även därefter kan ingreppet ske utan tillstånd, nämligen om aborten av läkarvetenskapliga skäl bedöms vara nödvändig för att avvärja fara för kvinnans liv eller fara för att hennes kroppsliga eller själsliga hälsa blir allvarligt nedsatt.

I övrigt gäller att kvinnan kan få tillstånd till abort om någon av lagens abortindikationer är uppfylld. I dessa anges socialmedicinska, eugeniska och humanitära grunder för abort. Skäl för abort är vidare risk för fosterskada och det förhållandet att kvinnan på grund av ungdom eller sjukdom inte kan ge barnet tillfredsställande vård. Som social indikation anges att graviditeten, förlossningen eller vården om barnet kan antas medföra en så allvarlig påfrestning för kvinnan att det kan anses påkallat att avbryta graviditeten. Vid denna bedömning skall hänsyn tas till kvinnans ålder, arbetsbörda och personliga förhållanden samt till hennes familjs bostadsförhållanden, ekonomiska villkor och hälsotillstånd.

För tillstånd fordras därjämte att de förhållanden som åberopas till stöd för ingreppet har sådan vikt, att det kan anses berättigat att utsätta kvinnan för de risker som ingreppet innebär.

I de fall då det inte fordras särskilt tillstånd till abort kan kvinnan vända sig direkt till en läkare eller mödrahjälpsinrättning. Går kvinnan till läkare är denne skyldig att upplysa henne om det stöd hon kan få hos mödrahjälpen. Läkaren skall också upplysa henne om tillvägagångssättet vid aborten och om de risker som kan vara förenade med ingreppet.

Tillstånd till abort lämnas av ett "samråd" vid en mödrahjälpsinrättning. Samrådet består av tre personer: föreståndaren för mödrahjälpsinrättningen, dvs. en kurator, och två läkare. Av läkarna skall den ene vara speciellt utbildad i gynekologi och den andre i psykiatri. För tillstånd fordras enhällighet. Avslagsbeslut kan överklagas till en central nämnd. Denna är beslutför med tre personer, nämligen en jurist, som tillika är ordförande, en gynekolog och en psykiater. Också i den centrala nämnden fordras att ledamöterna är ense för att tillstånd skall kunna ges.

Straffansvaret för kvinnan är avskaffat. Däremot kan annan som utför abort i strid med lagens bestämmelser straffas.

Finland fick en ny abortlag år 1970. Lagen innebär en liberalisering av tidigare bestämmelser.

Av 1970 års lag framgår att kvinna i vissa fall kan få abort utan särskilt tillstånd. Detta gäller kvinna som inte har fyllt 17 år och kvinna som har fyllt 40 år vid den tidpunkt då hon blivit havande samt kvinna som redan har fött fyra barn. Beslut om operation kan i dessa fall fattas av sjukhusläkaren ensam.

I övrigt kan kvinna få abort om någon av de i lagen angivna indikationerna är uppfylld. Dessa innehåller medicinska, eugeniska och humanitära skäl för abort. Vidare medges sådant ingrepp vid risk för fosterskada samt när sjukdom eller liknande hos föräldrarna allvarligt begränsar deras förmåga att sköta barnet. Socialt skäl för abort föreligger när förlossningen eller skötseln av barnet skulle vara avsevärt betungande för kvinnan.

Tillstånd till abort meddelas av två läkare eller av medicinalstyrelsen. I vissa fall måste tillstånd ges av styrelsen.

Abort kan företas t. o. m. 16:e havandeskapsveckan. Medicinalstyrelsen kan medge att kvinna som blivit havande innan hon fyllt 17 år får abort t. o. m. 20:e veckan. Detsamma gäller i speciella fall även andra kvinnor. För abort av läkarvetenskapliga skäl finns ingen tidsfrist.

Fosterfördrivning är straffbelagd i strafflagen. Kvinna som undergår abort utan att villkoren i abortlagen är uppfyllda kan straffas.

Den nuvarande abortlagstiftningen i *Norge* trädde i kraft år 1964.

Av lagen följer att abort kan ske när det finns medicinska, eugeniska eller humanitära skäl för åtgärden, när det föreligger risk för fosterskada eller när kvinnan är sinnessjuk. Vid tillämpningen av den medicinska indikationen skall hänsyn tas till kvinnans levnadsvillkor och andra omständigheter, som kan göra henne sjuk eller medföra en fysisk eller psykisk "helseknekk".

Abort får inte utföras efter tredje graviditetsmånaden, om inte särskilda skäl föreligger. För abort fordras i princip tillstånd av två läkare. I vissa fall fordras också tillstånd av "fylkesläkaren".

Straffbestämmelser om fosterfördrivning finns i strafflagen. Straff kan drabba även kvinnan.

4 Abortkommitténs förslag till abortlagstiftning

4.1 Allmänt om födelsekontroll

Enligt kommittén finns det flera belägg för att vi i vårt land är i hög grad inställda på familjeplanering och på att den enskilde inte vill sätta andra barn till världen än han eller hon själv kan ta hand om och ge en tryggad uppväxt. Redan det låga antalet födelser under en lång följd av år tyder på att människor allmänt använder sig av de metoder som finns för att skydda sig mot en inte önskad graviditet.

Kommittén har låtit verkställa en beräkning av födelsekontrollens omfattning i Sverige under år 1969. Beräkningen ger vid handen att förutan sådan kontroll mellan 400 000 och 500 000 barn skulle ha fötts

medan det i realiteten föddes endast ca 108 000. Beräkningen grundar sig på det förhållandet att det fanns ca 1 miljon gifta kvinnor i de fruktsamma åldrarnå och ytterligare ett antal kvinnor i sådan ålder, vilka utan att vara gifta hade samlag så regelbundet att de kunde bli gravida.

Födelsekontrollen sker i vårt land nästan helt och hållet med hjälp av preventivmetoder. Bland de uppskattningsvis 300 000–400 000 födelser som förhindrades år 1969 beräknas högst 20 000 och troligen färre ha undvikits genom abortingrepp; ca 14 000 kvinnor opererades med stöd av abortlagen och ett okänt antal kvinnor – troligen högst ca 6 000 och sannolikt betydligt färre – fick sin graviditet avbruten på annat sätt. Att det är så förhållandevis få kvinnor som underkastar sig abortoperation och åtskilligt färre som anlitar osakkunniga medhjälpare för att avbryta graviditet sammanhänger enligt kommittén med att det redan på 1930-talet skedde en omsvängning i den officiella politiken när det gäller födelsekontroll. Den tidigare mörkläggningen av det som hör till sexuallivets område ersattes då av en medveten satsning från samhällets sida på upplysning och stöd för användningen av skyddsmedel. Det förhållandet att abortfrågan hos oss inte längre är ett folkhälsoproblem utan har reducerats till en marginalfråga från födelsekontrollsynpunkt, förtar emellertid inte frågan dess allvarliga karaktär.

Enligt kommittén bör abortfrågan lösas genom aktiva insatser från samhällets sida. Åtgärderna bör gå ut på att underlätta för den enskilde att planera föräldraskap med ofarliga metoder för födelsekontroll. Vidare bör samhället föra en målmedveten familjepolitik som ger föräldrarna ett sådant socialt och ekonomiskt stöd att kvinnan frivilligt väljer att föda.

4.2 Kriminaliseringen av abort

Kommittén konstaterar inledningsvis att skyldigheten för kvinnan att underordna sig fortplantningen efter befruktningen sedan länge har upprätthållits med strafflagstiftningens hjälp. Utgångspunkten har härvid varit att abort är något inte önskvärt, som samhället av hänsyn till livets helgd bör förbjuda med strafflagstiftningens hjälp. Denna syn att abort är något förkastligt har färgat också de fall då samhället tillåter att havandeskap avbryts.

Enligt kommittén har omvälvningarna i samhället efter industrialismens genombrott samt kvinnans ändrade ställning i familj och samhälle medfört nya värderingar rörande fortplantningen. Mot den traditionella uppfattningen om skyldighet att föda har ställts kravet att kvinnan själv skall bestämma över fortplantningen. Kommittén konstaterar att både mannen och kvinnan i dagens samhälle har påtagit sig andra uppgifter än som av tradition anses tillkomma dem och att den yngre generationen söker efter nya former för delat ansvar mellan könen. Den ökande sexualkunskapen och de radikalt ändrade villkoren för födelsekontroll (introduktionen av p-piller och spiral), vilka har gett kvinnan egna möjligheter att bestämma om och när hon vill föda, har fått till följd att

sexuell avhållsamhet inte anses eftersträvansvärd i och för sig och att även ett flertal synpunkter som tidigare har anlagts på abortfrågan, t. ex. den befolkningspolitiska, numera ter sig föråldrade.

Sammanfattningsvis finner kommittén att de nuvarande straffbestämmelserna om abort på väsentliga punkter bygger på tänkesätt som numera är övergivna. De flesta människor stämplar inte längre varje abort som förkastlig. De hyser i stället medkänsla för de kvinnor som underkastar sig abortingrepp, antingen det sker i den ordning 1938 års lag föreskriver eller ej. Det straff som samhället hotar kvinnorna med om de olovligen hindrar graviditet från att fortsätta utkrävs inte heller i praktiken. Sålunda har enligt vad kommittén inhämtat under åren 1967–1970 icke i något fall åtal för fosterfördrivning väckts mot kvinnan själv. Vidare har de traditionella värderingarna av kvinnans roll för fortplantningen ersatts av en allt större tilltro till såväl kvinnornas som männens egen längtan efter barn samt deras egen förmåga att bedöma sina möjligheter att ta ansvar för ett barn. Kommittén föreslår därför att samhället avstår från det nuvarande straffhotet mot kvinnan, dvs. slopar förbudet mot abort. Detta föreslås ske genom att brottsbalkens bestämmelser om fosterfördrivning upphävs.

4.3 Behov av lagstiftning om abort

Som en följd av att brottsbalkens bestämmelser om straff för fosterfördrivning föreslås slopade tar kommittén upp frågan om det över huvud taget behövs någon lagstiftning om abort.

Vad först angår p-piller med viss kemisk sammansättning och spiral – vilka preventivmetoder som tidigare har nämnts i viss utsträckning torde verka abortivt – finner kommittén att några särskilda bestämmelser från statsmakternas sida inte behövs i fråga om dessa metoder. Användningen av medlen är nämligen underkastad läkarkontroll och socialstyrelsen har utfärdat anvisningar för att säkra största möjliga riskfrihet vid användningen av medlen. I detta sammanhang framhåller kommittén att dagens abortdebatt mycket snart kan komma att framstå som föråldrad med hänsyn till den forskning som pågår för att få fram nya metoder för födelsekontroll och som kan innebära att skydd mot fortsatt graviditet för en kvinna som inte vill föda kan komma att huvudsakligen gälla användandet av ett farmaceutiskt preparat. Om sådana medel blir tillgängliga bör samhället enligt kommitténs mening fordra noggrann kontroll av att de är ofarliga för kvinnan innan de tillhandahålls för födelsekontroll. Preparaten och deras användning bör således bedömas enligt de bestämmelser som gäller om läkemedel och medel för födelsekontroll enligt läkemedelsförordningen (1962:701) och torde därför inte behöva bli föremål för särskild lagstiftning.

Utöver de nu nämnda metoderna står f. n. inga andra abortmetoder till buds än ingrepp på kvinnan, vilka i och för sig är straffbelagda som misshandel av henne enligt 3 kap. 5 § brottsbalken och som är förenade

med risker för hennes hälsa även när de utförs tidigt och av sakkunnig läkare. Kommittén tar upp frågan om sådana ingrepp skall godtas som en ny metod för födelsekontroll – dvs. godkännas som ett nytt "preventivmedel". Kommittén konstaterar därvid att de flesta preventivmedel som män och kvinnor i vårt land har tillgång till är oskadliga. P-pillren fyller allmänt sett de fordringar som samhället ställer på läkemedel, nämligen att medlet inte får medföra skadeverkningar som står i missförhållande till den avsedda effekten. Däremot uppfyller tidig abortoperation inte de fordringar som allmänheten har rätt att ställa på att ett medel för födelsekontroll skall vara oskadligt. Det strider mot den politik som samhället för i fråga om läkemedel och födelsekontrollerande medel att tillhandahålla ett skadligt medel till allmänt bruk i förlitan på att det är tillräckligt med upplysning om att det inte bör användas. Kommittén framhåller vidare att tanken på att abortoperation skulle kunna tillhandahållas på begäran som en alternativ metod för födelsekontroll röjer okunnighet om de villkor som sjukvården arbetar under. De sjukvårdshuvudmän som har svårt att skaffa personal och att få pengarna att räcka för att kunna tillgodose efterfrågan på sjukvård från människor, som är hänvisade till operation som det enda medlet att bli botade, torde ha svårt att acceptera den tanken. Att ingripa med en operation som är förenad med risker för hälsan för ett ändamål som kan nås med ofarliga medel strider mot läkarvetenskapens grundprinciper. Mot denna bakgrund finner kommittén att män och kvinnor inte bör lita till abortoperation annat än som en nödfallsutväg. Kommittén tar därför avstånd från att abortoperation legaliseras som en ny metod för födelsekontroll och att den regleras som en "beställningsoperation", dvs. att kvinnan opereras på enbart begäran och utan hänsyn till de risker som i det enskilda fallet är förbundna med operationen.

Vad angår behovet av lagregler om abortoperation finner kommittén att de kvinnor, som är beredda att underkasta sig operation hellre än ta ansvaret för att föda, har ett rimligt krav på att veta vad som gäller om deras möjligheter att bli opererade. Om inte detta anges i någon författning skulle den enskilde läkarens bedömning av i vilka fall det är befogat att de slipper föda bli utslagsgivande. Abortoperation skiljer sig från andra operativa ingrepp genom att den ger anledning till skiftande moraliska och etiska värderingar vilket medför att risken för subjektivitet i den enskilde sjukhusläkarens avgörande är mycket större när det gäller abortoperation än vid andra ingrepp. Samhället bör därför enligt kommittén inte låta frågan om operation vara en angelägenhet enbart mellan kvinnan och den ansvarige läkaren utan bör ge föreskrifter om abortoperation.

Vad härefter gäller frågan i vilken ordning sådana föreskrifter lämpligen bör ges finner kommittén att detta i och för sig kan ske genom att själva grundprincipen, dvs. skyldigheten att ombesörja vård, skrivs in i sjukvårdslagen och att de närmare föreskrifterna om operationen ges i administrativ ordning. Av hänsyn till kvinnan anser kommittén dock att en annan linje bör väljas. Graviditet innebär för en kvinna som anser att

hon inte kan ta ansvaret för ett barn sådana påfrestningar att hon bör vara tillförsäkrad en i lag inskriven rätt till operation. En sådan rätt förutsätter att statsmakterna anger de fall då rätt till abortoperation föreligger. Att sådana fall anges är av väsentlig betydelse även för den enskilde sjukhusläkaren.

Förutom att de omständigheter som grundar rätt till abort anges i lag föreslår kommittén att kvinnan genom lagstiftning skyddas mot att osakkunniga personer åtar sig att göra ingrepp på henne. Samhället har också anledning att tillförsäkra kvinnan vård utan särskilda kostnader för henne på sjukhus eller annan likvärdig inrättning. Vidare bör det ges rättssäkerhetsgarantier för att frågan om rätt till operation blir allsidigt bedömd. För sistnämnda ändamål bör det i lag ges föreskrift om att frågan om rätt till abort skulle avgöras av särskilda nämnder vid sjukhusen.

4.4 Grunder för rätt till abort

När det gäller att ange de omständigheter som bör grunda rätt till abort erinrar kommittén inledningsvis om att gällande abortlagstiftning bygger på brottsbalkens straffbestämmelser om fosterfördrivning och att i de s. k. abortindikationerna avgränsas fall då det från statsmakternas sida har ansetts rimligt att en kvinna befrias från skyldigheten att finna sig i att hennes graviditet fortsätter. Kommitténs förslag att abort avkriminaliseras innebär emellertid att det i fortsättningen inte finns utrymme för en motsvarande bedömning. Avgörandet i det enskilda fallet bör i stället ske från den utgångspunkten att abort skall utföras när kvinnan - efter den belysning av hennes situation som rådgivningen ger - står fast vid att hon föredrar att underkasta sig operation framför att ta ansvaret för att föda. Som abortmetod är emellertid operation förenad med risker för kvinnans liv och hälsa, och när vägande skäl talar mot att hon opereras bör också ett annat bedömande komma i fråga.

När det gäller tillämpningen av den nuvarande abortlagstiftningen konstaterar kommittén att gränsen mellan de olika indikationerna är flytande i den praktiska tillämpningen, framför allt när det gäller den medicinska och den socialmedicinska indikationen. När operation har utförts har det skett av skäl som rubricerats än som sjukdom eller kroppsfel, än som svaghet och än som förutsedd svaghet, beroende på den innebörd som vederbörande bedömare har gett åt vart och ett av dessa begrepp. Det är m. a. o. en i hög grad subjektiv bedömning som här skett över hela linjen. Sådana föreställningar som att t. ex. sjukdom skulle erbjuda en fastare eller mera objektiv hållpunkt för bedömningen än andra begrepp stämmer inte med verkligheten. De nuvarande abortindikationerna bygger på ett begreppsmässigt betraktelsesätt och de diskussioner som sedan har förts om vilka skäl som borde godtas för abort har till stor del skett med utgångspunkt i ett sådant betraktelsesätt och till synes i omedvetenhet om subjektiviteten i bedömningarna. Föreställningen om "rent medicinska" resp. "rent sociala" omständig-

heter framstår numera som en övervägande teoretisk konstruktion.

På grundval av uppgifter som kommittén har samlat in via kuratorer angående de skäl som kvinnor angett för abort samt de erfarenheter som har samlats av biverkningar för kvinnan av att opereras finner kommittén att det inte är möjligt att i lagtext i detalj reglera de omständigheter som bör grunda rätt för kvinnan att bli opererad. Endast mer eller mindre typiska eller uppenbara fall kan beaktas och allmänna riktlinjer anges för bedömningen av det enskilda fallet. Kommittén föreslår därför att bestämmelserna utformas på sådant sätt att de i största möjliga utsträckning täcker de omständigheter som i det enskilda fallet skall grunda rätt till abortoperation liksom de omständigheter som utgör vägande skäl mot att kvinnan utsätts för operation.

Kommittén anger tre grupper av *omständigheter som bör grunda rätt till abortoperation,* nämligen 1) hälsorisker, 2) risk för skador under fosterutvecklingen m. m. samt 3) övriga omständigheter.

Vad först angår h ä l s o r i s k e r n a framhåller kommittén att framstegen inom den moderna läkarvetenskapen har medfört att riskerna för en frisk kvinna när hon föder numera är små. De medicinska behandlingsmetoderna har förbättrats också i fråga om de svåra sjukdomarna. Inom mödrahälsovården har man möjlighet att i tid upptäcka och behandla brister i hälsotillståndet hos kvinnan när hon är gravid och att minska påfrestningarna för henne lika väl som riskerna för henne då hon föder. Till framstegen hör att man har andra möjligheter än tidigare att följa olika graviditetsstadier och att göra en noggrannare bedömning av riskerna för kvinnan av att hennes graviditet fortsätter och av att föda. Så har läkaren t. ex. ett ganska stabilt vetenskapligt underlag för att med ledning av sina undersökningsfynd bedöma vad en hjärt- eller lungsjukdom, skador i njurar eller andra vitala organ, sockersjuka etc. innebär av ökade risker för kvinnan om hon föder. Fall förekommer – exempelvis vid graviditetsförgiftning – då han har sådant underlag för bedömningen att kvinnans liv är i överhängande fara eller att hon vid fortsatt graviditet hotas av t. ex. havandeskapskramper (eklampsi). I sällsynta undantagsfall kan han så sent som när hon har börjat föda vara tvungen att ingripa med operation för att rädda henne ur en akut livsfara. Då läkaren ingriper med operation på en kvinna som har varit gravid så länge att hon bär en livsduglig varelse, är det dock inte fråga om abortoperation. De åtgärder som han då kan se sig tvungen att vidta om vitala intressen står på spel går ut på att framkalla en för tidig födsel.

När en gravid kvinna är beredd att undergå abortoperation, är det inte bara kroppsliga sjukdomstillstånd, kroniska eller akuta, som läkaren måste räkna med när han bedömer vilka risker hon utsätts för om hennes graviditet fortsätter. Bedömningen gäller inte heller enbart själva graviditetsförloppet och födandet. I den prognos, som han ställer, ingår också en bedömning av efterförloppet, dvs. ett ställningstagande till frågan hur kvinnans hälsotillstånd skulle påverkas av att ha ett barn att sörja för. Även när kvinnan inte företer kroppsliga sjukdomssymtom, kan hennes

kroppskonstitution vara så bräcklig eller hennes fysiska kondition så nedsatt, att läkaren utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet måste säga sig, att kvinnan kanske klarar att föda, men att hennes kraftresurser sannolikt också blir uttömda eller i vart fall avsevärt nedsatta redan därigenom eller genom vården av ett barn. Från samma utgångspunkt är det som läkaren vid sin riskbedömning tar avgörande hänsyn även till kvinnans psykiska tillstånd.

Sålunda vet man av erfarenhet att nervösa störningar ofta förvärras och att konflikter och problem, som annars hålls under kontroll, inte sällan tar en allvarlig vändning i samband med en graviditet. Detta gäller särskilt om kvinnan anser att hon inte kan ta ansvaret att föda. Då konflikterna är mycket påtagliga, inställer sig en depression, som kan bli så djup och intensiv att självmordstankar ingår i sjukdomsbilden. Ibland är depressionen åtkomlig för behandling, eventuellt i samband med sjukhusvård, i form av t. ex. vila, medicinering, psykoterapi eller miljösanering. Ibland är det nödvändigt att ingripa med abortoperation för att förhindra att kvinnan sätter självmordsplanerna i verket eller för att häva depressionen. Man vet också att de närmaste dagarna och veckorna efter det att kvinnan har fött normalt sett är mycket psykiskt påfrestande för henne. Det förekommer att psykoser, t. ex. schizofreni och manisk-depressiv sjukdom, men även svåra depressioner av annat slag kan bryta ut under denna tid. I andra fall kan psykiska förvirringstillstånd inträda, som oftast fordrar sjukhusvård, då kvinnan är ur stånd att ta hand om sig själv eller barnet. Ännu 2—3 månader efter det att kvinnan har fött, ibland även senare och i en del fall i anslutning till att hon slutar amma, kan svåra depressioner uppträda. Även då är de ibland förenade med risk för självmord.

I och för sig är de här angivna allvarliga psykiska sjukdomstillstånden hos en kvinna i anslutning till att hon är gravid och föder ganska sällsynta och risken för att kvinnan skall drabbas av en sådan sjukdom är i vanliga fall ringa. Redan lindrigare psykastenisk eller depressiv insufficiens, uttröttningstillstånd eller allmän nerslitning har läkaren emellertid att räkna med när han skall bedöma, om fortsatt graviditet medför fara för kvinnans hälsa. Han är också skyldig att uppmärksamma den risk för hennes hälsa som föreligger, när hennes aktuella tillstånd är utan anmärkning, men allvarliga psykiska störningar har inträffat i samband med tidigare graviditet.

Läkaren har att bedöma inte bara i vad mån som kvinnans tillstånd skulle försämras, om inte förloppet hejdas, utan lika väsentlig är för honom frågan i vad mån som fortsatt graviditet kan antas hindra att hon blir bättre eller återställd till hälsa. När kvinnan t. ex. befinner sig i ett psykiskt sjukdomstillstånd, kan det ibland vara nödvändigt att tillgripa abortoperation för att förbättra hennes tillstånd eller för att kunna genomföra en psykiatrisk behandling eller också för att förebygga att hennes tillstånd försämras. På motsvarande sätt utgör graviditet en fara för kvinnans hälsa, inte bara i de fall då hon är fysiskt eller psykiskt nersliten och hennes graviditet skulle sätta ned hennes tillstånd ytterliga-

re, utan också när hennes krafter inte kan återställas utan att hon opereras. Abortoperationen utgör i sådant fall ett led i den medicinska behandlingen av kvinnan i syfte att om möjligt återställa hennes hälsa.

Kommittén framhåller att målsättningen för den moderna läkarvetenskapen har vidgats i takt med de vunna framstegen och de nya vetenskapliga rönen. Lika självklar, som man tidigare har tagit uppgiften att bota, dvs. att återställa människors hälsa, lika självklar anses numera uppgiften vara att bibehålla en god hälsa, dvs. att förebygga uppkomsten av sjukdomar eller andra brister i hälsotillståndet av såväl fysisk som psykisk art. Möjligheterna till tidig diagnos och behandling har förbättrats även inom psykiatrin. Frågan om behandling är sålunda aktuell även innan ett psykiskt insufficienstillstånd är ett faktum. Behandlingssituationen föreligger redan när risken är påtaglig för att det skall inträda. Det är också från den utgångspunkten, som riskerna för kvinnans hälsa bedöms när hon är beredd att undergå abortoperation. Det är sålunda inte bara när hennes krafter redan är allvarligt nedsatta och en fortsatt graviditet skulle hindra att de återställs eller medföra att hennes svaghetstillstånd förvärras, som hennes hälsa är i fara från läkarvetenskaplig synpunkt. Detta gäller också när en påtaglig risk föreligger att en sådan allvarlig kraftnedsättning skall inträda. I bägge fallen är läkaren skyldig att behandla kvinnan efter vetenskap och beprövad erfarenhet, och kan faran inte undanröjas på annat sätt, kan han av behandlingsmässiga skäl se sig nödsakad att utföra en abortoperation.

Enligt kommittén bör rätten till abortoperation under de angivna förutsättningarna för framtiden säkerställas genom bestämmelser som ger rättvisa åt den läkarvetenskapliga metodiken av i dag och som motsvarar vad som numera utgör vetenskap och beprövad erfarenhet på området. När den gällande lagen anger i vilka fall som läkare får utföra abortoperation straffritt, fordrar den t. ex. att faran för hälsan skall kunna tillskrivas sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan; att hänsyn tas till hennes levnadsförhållanden och övriga omständigheter föreskrivs bara när det gäller operation i förebyggande syfte. Det är emellertid alltid på en totalvärdering av samtliga undersökningsfynd i det enskilda fallet – psykologiska, medicinska eller sociala – som läkare bygger sitt ställningstagande, både när det gäller prognos och behandling. Syftet med behandlingen må vara att förebygga eller bota, likaväl som det må vara sjukdom eller andra brister i hälsotillståndet som det är fråga om. Det är inte heller sjukdom i och för sig, som tillmäts avgörande betydelse när abortoperation utförs, utan den avgörande frågan är om ett fortsatt förlopp medför fara för kvinnans hälsa. Att knyta an till sådana begrepp som sjukdom eller kroppsfel är därför inte rättvisande, och att ange att hänsyn tas till levnadsförhållandena – som t. ex. personliga eller ekonomiska omständigheter, familjens bostadssituation, arbetsbördan m. m. – är lika överflödigt som att ange att hänsyn tas till exempelvis kvinnans ålder och tidigare graviditeter. Inte heller behöver bestämmelser ges om vad som ligger i sakens natur, nämligen att bedömningen av

riskerna vid ett fortsatt förlopp inte gäller enbart graviditetsförloppet, utan också födandet, amningen, omhändertagandet av ett barn och vården om detta. Att den gällande abortlagen tar upp bestämmelser i det hänseendet för läkarens bedömning beror på att den har till syfte att uttömmande ange vad som är straffritt och tillåtet, dvs. vilka risker som får beaktas. Om läkare numera vid bedömningen av vilka risker för hälsan, som är förbundna med fortsatt graviditet, skulle låta bli att ta hänsyn till exempelvis en uppenbar risk för amningspsykos eller risken att en rygginsufficiens förvärras genom vården om ett barn, handlar han i strid med beprövad erfarenhet.

Bland förutsättningarna för att det naturliga förloppet skall få hejdas upptar den nuvarande lagen också bestämmelse om att faran för kvinnans hälsa skall vara allvarlig. Bestämmelsen leder närmast tanken till en överhängande fara och är missvisande för läkarvetenskaplig praxis. Det är inte enbart sannolikhetsgraden för att skada inträffar som är avgörande, utan avgörandet gäller i hög grad även skadans omfattning, t. ex. hur pass mycket försämrat en kvinnas tillstånd skulle bli, om hon inte opereras, respektive hur pass dålig hon är, när hennes graviditet riskerar att hindra en förbättring eller ett tillfrisknande. Är det en svår sjukdom eller allvarliga fysiska eller psykiska skador, som det är fråga om, utgår läkaren från att kvinnans hälsa är i fara, även om den grad av sannolikhet som han har att räkna med är jämförelsevis låg. I andra fall kan det vara just den höga graden av sannolikhet, som beaktas i samband med risken för en nedsättning av kvinnans hälsotillstånd.

För att uttrycka rådande praxis när det gäller den läkarvetenskapliga bedömningen av risker för hälsan, och för att säkra kvinnans rätt till abortoperation då ett fortsatt förlopp innebär sådana risker för henne, föreslår kommittén att det i den nya lagstiftningen ges bestämmelse om att kvinna har rätt till abortoperation, när det kan antas att hennes hälsa skulle råka i fara eller hennes krafter allvarligt nedsättas, om havandeskap fortsätter. Att efter förebild av 1938 års lag ta upp en föreskrift om att kvinnan har rätt att bli opererad när hennes liv är i fara är enligt kommittén överflödigt med nuvarande betraktelsesätt.

Beträffande riskerna för skador under fosterutvecklingen m. m. konstaterar kommittén att forskningen på det genetiska området under de senaste decennierna har gett sådana resultat att det beträffande en del sjukdomar är känt hur de ärvs. I fråga om sjukdomar och ärftligt betingade utvecklingsrubbningar, där arvsgången ännu är okänd eller osäker, finns goda möjligheter att med ledning av erfarenhetsmässigt framräknade värden bedöma risken för att de överförs direkt från föräldrar till barn. Möjligheterna till tidig diagnostik och uppspårning av skadliga arvsanlag har förbättrats. Rådgivning i genetiska frågor har prövats endast i blygsam omfattning, men erfarenheterna av den rådgivning som har bedrivits är positiva. Inom den rådgivningsverksamhet som förekommer på något enstaka håll i anslutning till vården av utvecklingsstörda barn har det visat sig vara till hjälp och stöd för föräldrarna att få en sakkunnig bedömning och vägledning beträffande

eventuella risker för nästa barn. På senare tid har man också fått klart för sig hur arvsanlag kan modifieras och hämmas, inte bara av övriga arvsanlag hos individen, utan även av den miljö som han lever i. Möjligheterna till behandling har förbättrats vid t. ex. svåra psykiska sjukdomar. Vården av psykiskt eller på annat sätt utvecklingsstörda har gett påtagliga resultat. Med insikten att andra faktorer än arvsanlag kan göra sig gällande har följt att ärftligt betingade sjukdomar och lyten inte längre intar en särställning. På samma sätt som när det gäller andra sjukdomar och lidande hos människorna är samhällets strävanden inriktade på behandling av den sjuke eller utvecklingsstörde och på åtgärder för hans anpassning i samhället.

Enligt kommittén är det mot denna bakgrund som den gällande abortlagen har kommit att tillämpas restriktivt när det gäller abortoperation på grund av arvsrisk. De tankegångar, som lagen vilar på, när den för att komplettera vad som gäller om sterilisering medger abort av hänsyn till risken att vissa sjukdomar sprids inom befolkningen, ter sig numera främmande. Man har också funnit att det saknas tillräckligt vetenskapligt underlag för tanken att abortoperation skulle vara ett medel att utrota vissa sjukdomar. Även när det gäller s. k. dominant ärftliga sjukdomar – svåra sådana sjukdomar är mycket sällsynta – är abortoperation ett ineffektivt medel för att hindra spridningen. Detta gäller än mera vid s. k. recessivt ärftliga sjukdomstillstånd. Psykiska utvecklingsstörningar är mera sällan ärftligt betingade. I den mån som de orsakas av skadliga arvsanlag, följer de i sin nedärvning inga enkla linjer utan antas vara betingade av komplicerade arvsförhållanden, s. k. polygena system. För vissa former av grava utvecklingsstörningar är det en recessiv arvsgång som har påvisats.

I den praktiska tillämpningen anses också den eugeniska abortindikationen ta sikte främst på risken för sjukdom eller lyte hos just den individ, som kvinnan sannolikt skulle föda om hennes graviditet fortsätter. Föreligger det inte någon sådan risk, utgör den omständigheten att denne skulle föra sjukdomsanlag vidare till följande generationer endast undantagsvis skäl för abortoperation. I praktiken har problemställningen när det gäller att tillämpa den eugeniska abortindikationen m. a. o. blivit i stort sett densamma som när det gäller tillämpningen av den s. k. fosterskadeindikationen, dvs. fall då risken för sjukdom eller lyte hos den nya individen har uppkommit under fosterutvecklingen av andra orsaker än arvsanlag.

Kommittén konstaterar i anslutning härtill att statsmakterna förhållandevis nyligen haft anledning att precisera sin ståndpunkt, när det gäller abortoperation på grund av risk för sådana fosterskador. I förarbetena till 1963 års ändring i gällande abortlag angavs sålunda att kunskaperna ännu är otillräckliga om vilka faktorer det är utom arvsanlag som kan orsaka skador under fosterutvecklingen. Att en kvinna har haft sjukdomen röda hund, att hon har utsatts för röntgenbestrålning eller att hon har tagit in vissa läkemedel nämndes som exempel. Det var inte heller frågan om varför eller i vilka fall skada uppstår, som var lagstiftarens ärende. Det var

för de fall, då risk föreligger att skada har inträffat, som han ville precisera sin ståndpunkt, nämligen att tillåta abort i sådana fall. Skälen för ståndpunkten var medmänskliga hänsyn.

Att de flesta barn föds friska och att det är i undantagsfall, som gravida kvinnor har att räkna med risken att arvsanlag eller skador av andra orsaker under fosterutvecklingen ger upphov till svåra lidanden för det barn som de sannolikt skulle föda, förringar inte tragedien i de fall då sådan risk föreligger. Vid medvetandet om att avsevärd risk föreligger att barnet kan födas skadat eller till svåra lidanden, torde de flesta kvinnor vilja avstå från att föda, även om deras graviditet var planerad och oavsett vilken hjälp från samhällets sida som de kan räkna med att barnet får.

En kvinna, som befarar att hon kommer att föda ett sjukt eller skadat barn, har rätt att få tillgång till vetenskaplig expertis för bedömningen av riskerna i det hänseendet och stöd och råd från samhällets sida. Befinner hon sig i den situationen, att det enligt vetenskap och beprövad erfarenhet finns skäl att anta att hon kommer att föda sitt barn till svår sjukdom eller svårt lyte, bör hon vara tillförsäkrad rätt till abortoperation. Frågan om operation torde för åtskilliga kvinnor i den situationen utgöra ett svårt val och ofta torde situationen innebära sådana påfrestningar för kvinnan, att hon har rätt till abortoperation redan på grund av de risker för hennes hälsa som dessa påfrestningar innebär. Är en kvinna i sin önskan att få barn villig att utstå fortsatt graviditet och att föda trots riskerna för barnet, bör hon ha rätt till hjälp och stöd från samhällets sida. När det är risk för att skador under fosterutvecklingen kommer att ge upphov till svåra kroppsliga eller själsliga lidanden hos en ny mänsklig individ, bör samhället dock av hänsyn såväl till denne som till kvinnan och hennes familj bistå med rådet att kvinnan underkastar sig operation i de fall då hon själv är beredd till det.

De upptäckter som har gjorts under det senaste decenniet har gett ökad aktualitet åt frågan om fosterskador. Med hänsyn till den omfattning, i vilken undersökningar bedrivs rörande inverkan av olika faktorer på fosterutvecklingen – virus, strålning, gifter av olika slag, läkemedel m. m. – och rörande sambandet mellan sjukdomar hos föräldrar och deras barn, bör lagstiftaren inte stå främmande för att nya orsakssammanhang blir kända och att det vetenskapliga underlaget för bedömningen av faran för den nya individen kan ändras. När det gäller att i lag tillförsäkra kvinnan rätt till abortoperation i de fall, då hon löper risk att föda sitt barn till svåra lidanden, bör rätten därför inte bindas vid orsaken till att sådan risk föreligger utan knytas till det förhållandet att en sådan risk är för handen.

Mot denna bakgrund föreslår kommittén att kvinna för framtiden tillförsäkras rätt till abortoperation när det kan antas att det barn, som hon sannolikt skulle föda om hennes graviditet fortsätter, kommer att lida av svårartad sjukdom eller svårt lyte.

I detta sammanhang tar kommittén upp frågan om sterilisering som villkor för abort. Kommittén konstaterar därvid att det nuvarande kravet

i 2 § tredje stycket 1938 års lag att kvinna skall steriliseras i samband med abortoperation på grund av arvsrisk inte upprätthållits i praktiken efter år 1964. Enligt kommittén vilar också bestämmelsen på tankegångar som ter sig främmande numera, varför den föreslår att steriliseringsvillkoret inte får någon motsvarighet i en ny lag.

Vad härefter angår ö v r i g a o m s t ä n d i g h e t e r som bör grunda rätt till abort anger kommittén vissa situationer, som kan tjäna som exempel på när kvinnan bör vara tillförsäkrad abort. En sådan situation är att kvinnan har flera barn. När det gäller en flerbarnsmamma som föredrar att underkasta sig abort framför att föda torde enligt kommittén en utomstående ha svårt att avfärda hennes farhågor att inte orka med ytterligare ett barn som obefogade. I de flesta fall torde det vara påtagligt att kvinnans krafter blir så allvarligt nedsatta om hon inte opereras att rätt till abort föreligger på grund av de risker för hennes hälsa som en fortsatt graviditet och en ny barnsbörd medför. Även om situationen inte är så klar bör samhället enligt kommittén utgå från att, om en kvinna vill slippa föda därför att hon finner bördan av att vårda och fostra ytterligare barn för betungande, avsevärd risk föreligger för att denna kvinna blir nersliten, om inte hennes graviditet hindras att fortsätta. Kommittén anser därför att hon bör vara tillförsäkrad rätt till abort.

Som ytterligare exempel på omständigheter som bör grunda rätt till abort anför kommittén att kvinnan närmar sig klimakteriet eller befinner sig i en allvarlig konfliktsituation, t. ex. på grund av otrohet eller svårigheter i samlevnaden med mannen. Beträffande tonåringarna och de unga kvinnorna framhåller kommittén att det är uppenbart att de i dagens läge har små möjligheter att ensamma klara ett barn. Samhället får anses ha lyckats dåligt med sin uppgift att tillgodose behovet av sexualupplysning och ge individen möjlighet att planera föräldraskap med ofarliga metoder när unga kvinnor blir gravida medan de ännu står under utveckling med vad det innebär av fortsatt skolgång, studier eller annan utbildning och förberedelser för att i framtiden försörja sig och bilda familj. De psykiska och sociala resurser som fordras för att ta ansvar för ett barns vård och uppfostran är det få kvinnor som förfogar över i de åren. Enligt kommittén bör redan det förhållandet att kvinnan ännu inte är mogen för föräldraskap höra till omständigheter som grundar rätt till abort.

I detta sammanhang behandlar kommittén det förhållandet att de unga kvinnorna erfarenhetsmässigt inte så sällan upplever en press från omgivningen att undergå abort. Det kan också förekomma att kvinnan begär ett avslag på sin abortansökan att visa upp. I sådana fall borde enligt kommittén en socialpsykiatrisk rådgivning ha en väsentlig funktion att fylla.

Det huvudsakliga skälet till att en kvinna är beredd att underkasta sig abort är enligt kommittén nästan alltid mer eller mindre starka farhågor för att hon inte kan ta hand om barnet. Som exempel på omständigheter

som bidrar till att hon inte vill eller kan åta sig ansvaret att föda nämns psykiska och sociala anpassningssvårigheter av olika slag, t. ex. upprepade lagöverträdelser, alkohol- eller narkotikamissbruk, arbetshämningar, prostitution. En grupp av kvinnor som på grund av anpassningssvårigheter av annat slag kan ha begränsade möjligheter att ta vård om ett barn är de som lever här i landet som invandrare eller flyktingar. Enligt kommittén bör kvinnan ha rätt att själv ta hand om det barn som hon föder och bortadoption bör inte betraktas som ett alternativ till abort. Samhället bör därför tillförsäkra kvinnan rätt till abort, när hon av någon anledning saknar möjligheter att själv ta hand om barnet.

Kommittén tar slutligen upp det fallet att kvinnan har speciella eller personliga skäl att inte föda. Som exempel på sådana skäl nämns att kvinnan har blivit våldtagen, planeringsskäl (studier, yrkesliv) och "vill ej ha barn". Beträffande dessa skäl framhåller kommittén att den ökade sexualkunskapen och de radikalt ändrade villkoren för födelsekontroll har ändrat värderingarna på det sexuella området. Kvinnan har fått egna möjligheter att skydda sig mot följderna av samlag och själv planera när hon vill ha barn. De flesta människors medkänsla är därför numera inte heller reserverad för kvinnor som har blivit gravida trots att de inte av egen fri vilja har inlåtit sig på samlag utan gäller den kvinna som har blivit gravid trots att hon inte vill ha barn. Om samhället skall fylla sina förpliktelser gentemot kvinnan i anledning av oplanerad graviditet bör hon tillförsäkras rätt till abortoperation när hon har så speciella och rent personliga skäl att inte föda som de nyss angivna. Står hon i dessa fall fast vid att hon föredrar att bli opererad framför att föda, även efter klarläggandet av hennes situation och den rådgivning hon därvid erhållit, måste det enligt kommittén antas vara så betungande för henne att hennes graviditet fortsätter att hon bör vara tillförsäkrad rätt till operation.

När det gäller att i lag ange de "övriga omständigheter" som sålunda bör grunda rätt till abort har kommittén valt att ta fasta på det som utmärker kvinnans situation när hon inte kan ta hand om ett barn men ändå blivit gravid, nämligen de påfrestningar som hon är utsatt för genom att graviditeten fortsätter. Enligt kommitténs mening bör räckvidden av samhällets förpliktelser mot henne lämpligen anges genom en allmän bestämmelse om att rätt till abortoperation föreligger, när det av hänsyn till påfrestningarna för kvinnan är oskäligt betungande för henne att graviditeten fortsätter.

Eftersom varje abortoperation är förenad med risker för kvinnans hälsa bör enligt kommittén rätten till abort gälla endast i princip. Liksom i fråga om varje annan patient och i fråga om de kvinnor som föder är läkaren beträffande kvinna som vill slippa föda skyldig att följa yrkets normer, dvs. att följa vetenskap och beprövad erfarenhet vid bedömning av riskerna med en abort. Föreligger vägande skäl mot operation måste kvinnan kunna förlita sig på att hon inte utsätts för denna.

Kommittén konstaterar att uppfattningen om vilka *omständigheter som utgör skäl mot abortoperation* och har sådan tyngd att de bör leda

till bedömningen att hinder föreligger mot att kvinnan opereras, har förskjutits allteftersom erfarenheterna av abortoperationer har vidgats. Det vetenskapliga underlaget för bedömningen av riskerna för omedelbara komplikationer och sena följdtillstånd efter sådana operationer har breddats. Även om kunskaperna på området fortfarande är ofullständiga, finns det en rad olika omständigheter som erfarenhetsmässigt är ägnade att öka riskerna påtagligt i det enskilda fallet och som kan utgöra hinder mot att kvinnan undergår operation. Att ange dessa omständigheter rent generellt är inte möjligt, eftersom de skiftar från kvinna till kvinna och till stor del beror såväl av hennes fysiska och psykiska tillstånd som av hur länge hon har varit gravid. Så t. ex. har erfarenheten visat att riskerna med abortoperation är större ju längre kvinnan har varit gravid både vad beträffar sannolikheten för skadeverkningar och vad beträffar allvaret av den skada som kan åsamkas henne. Riskerna för att komplikationer inträffar vid eller till följd av operation måste i det enskilda fallet vägas mot de risker som är förenade med att operation inte sker, dvs. mot de risker som är förbundna med ett fortsatt förlopp. I de fall, då riskerna med operationen är påtagligt mycket större, bör givetvis kvinnan inte opereras. Allmänt sett har erfarenheten visat, att ju sämre kvinnans hälsotillstånd är, dvs. ju starkare de läkarvetenskapliga skälen är för abortoperation, desto större är riskerna för att komplikationer inträffar, dvs. skälen mot operation. Sådana skäl mot operation, antingen de gäller kroppsliga eller själsliga förhållanden, brukar i de allra flesta fall utgöra skäl även mot att kvinnans graviditet fortsätter och att hon föder. Erfarenheten bestyrker också det omvända förhållandet, att ju svagare läkarvetenskapliga skäl som föreligger för operation, desto mindre är riskerna för komplikationer, dvs. desto mera sällan finns det anledning att räkna med skäl mot operation.

När det gäller att närmare ange de omständigheter som kan utgöra skäl mot operation uppehåller sig kommittén först vid sådana omständigheter som kan sägas vara av kroppslig natur. Förutom sådana sjukdomstillstånd och rubbningar i kroppsfunktionerna – t. ex. hjärtsvaghet, lungsjukdomar eller njurlidanden – som utgör skäl inte bara mot abortoperation utan också mot att förloppet fortsätter, utgör även andra brister i hälsotillståndet skäl mot operation av hänsyn till de påtagligt ökade risker för skadeverkningar som de medför för kvinnan, om hon opereras. Hit hör pågående infektion, t. ex. en akut inflammation i könsorganen. Ofta kan infektionen hävas, men så länge den pågår, utgör den ett så starkt skäl mot operation, att hinder föreligger mot att kvinnan opereras, även om hon har varit gravid endast kort tid och oavsett operationsmetod. Vissa andra organiska sjukdomstillstånd utgör skäl mot att en viss operationsmetod används. Sjukdomar som medför försämrad koksaltutsöndring kan t. ex. innebära, att koksalt inte bör användas för injektion vid någon av tvåstegsmetoderna.

Andra omständigheter som utgör skäl mot operation hänför sig till kvinnans förmåga att på nytt bli gravid och att föda vid ett senare tillfälle. Sålunda utgör ofrivillig sterilitet ett särskilt fruktat följdtillstånd

till abortoperation. Risken i det hänseendet går inte att värdera säkert i siffror, men enligt hittills framlagda undersökningsresultat kan den skattas till högst 4–5 % och med största sannolikhet en lägre andel. För kvinnor som önskar sig barn längre fram, bör även den i och för sig ringa risken för sterilitet beaktas som skäl mot operation, särskilt när det gäller unga flickor och kvinnor som är gravida för första gången eller som ännu inte har haft tillfälle att föda. För en kvinna som är Rh-negativ och inte har fött eller inte har varit gravid förut bör på motsvarande sätt beaktas risken för att komplikationer tillstöter, när hon vid ett senare tillfälle vill bli gravid och föda. Även andra omständigheter som är ägnade att minska möjligheterna för en kvinna som vill ha barn vid ett senare tillfälle -- t. ex. att hon lider av sockersjuka – kan utgöra skäl mot operation.

Huruvida de nu angivna skälen mot operation har sådan tyngd, att de utgör hinder mot att kvinnan undergår operation, får enligt kommittén avgöras från fall till fall. Som allmän regel bör gälla att kvinnan får upplysning om de risker som föreligger och möjlighet att diskutera igenom problemen och att operation inte bör utföras, då hon själv inte är villig att ta några risker i fråga om sin framtida förmåga att föda barn eller inte vill riskera, att ett barn som hon eventuellt senare föder kan komma att lida av sjukdom eller missbildning.

Andra skäl mot operation är av psykisk natur. Efterundersökningar av det psykiska tillståndet hos kvinnor som har undergått abortoperation bestyrker det förhållande som angavs nyss, nämligen att riskerna för sjukdomstillstånd, insufficienser och negativa reaktioner är större, ju sämre kvinnans psykiska tillstånd är när hon opereras. Erfarenheterna har också visat, att risken för icke önskvärda efterreaktioner är större, ju längre hon har varit gravid. Några av de faktorer som utlöser de kraftigare efterreaktionerna vid sen abortoperation är väl kända, bl. a. de större påfrestningarna på kvinnan av att uppleva sin graviditet under längre tid och av de operationsmetoder som används för att hejda förloppet när hon har varit gravid ända bortåt 4--5 månader.

Kommittén framhåller vidare att det numera på ett annat sätt än tidigare finns anledning att räkna med ett samband mellan psykiska efterreaktioner och bristande självständighet i beslutet att undergå abort. Negativa reaktioner efter sådant ingrepp inträffar sålunda företrädesvis för den kvinna som har utsatts för påtryckningar från mannen eller andra i sin omgivning att underkasta sig operation, och som upplever att hon inte frivilligt har avstått från att föda utan har pressats till det av andra. Att kvinnan hellre vill föda men är beredd att underkasta sig operation av hänsyn till påtryckningar från någon i hennes närmaste omgivning, utgör därför ett starkt skäl mot operation. För att säkerställa minsta möjliga risk för negativa efterreaktioner är det också väsentligt, att rådgivningen åt kvinnor som är beredda till abortoperation är inriktad just på att undersöka, att kvinnan inte har pressats till sitt beslut och att hon inte avstår från sina möjligheter att föda utan att själv vilja det. Det stöd som kvinnan behöver för att övervinna sina valsvårigheter varierar från kvinna

till kvinna. Erfarenhetsmässigt är stödbehovet störst för ungdomar, men också mogna kvinnor kan i vissa situationer vara i behov av särskilt stöd. Ett sådant exempel är att kvinnan av sin omgivning har pressats att begära operation. Ett annat är att kvinnan gärna vill ha barn men är beredd att underkasta sig operation av hänsyn till risken för fosterskada.

Sammanfattningsvis finner kommittén att frågan om skäl mot att kvinnan undergår abort innebär sådana avvägningar i det enskilda fallet att den lika litet som skälen för operation kan regleras i detalj. Att såväl kvinnans skäl för operation som skälen mot att hon utsätts för operation skall avvägas innan rätt till operation fastställs framgår av de föreslagna grunderna för abort vid hälsorisker och betungande havandeskap. Det torde ligga i sakens natur att en liknande avvägning skall ske när abortgrunden är risk för sjukdom eller lyte hos barnet.

4.5 Tidpunkten för abort

När det gäller de risker som är förenade med abort framhåller kommittén att statsmakterna vid tillkomsten av 1938 års lag utgick från att dessa var desamma oberoende av hur länge graviditeten hade fortgått vid ingreppet och att det inte fanns något belägg för att en tidig abortoperation var lättare att utföra än en sen operation. De erfarenheter som finns att tillgå numera ger emellertid enligt kommittén klart belägg för att riskerna och påfrestningarna för kvinnan ökar allteftersom graviditeten fortskrider. Av gjorda undersökningar framgår också att ett koncentrerat utredningsförfarande och en tidig operation i allmänhet har upplevts som något positivt. Enligt kommittén saknas det fog för antagandet att gravida kvinnor under de första månaderna är så deprimerade att de är oemottagliga för sakskäl eller mer eller mindre oförmögna att bedöma sin situation.

Eftersom kvinnan har rätt att fordra att hon utsätts för minsta möjliga risk anser kommittén att hon har ett berättigat anspråk på att bli opererad så snart som möjligt. Då påfrestningarna för henne är så avsevärt mycket större om hon opereras sent har hon också ett oavvisligt krav på att inte behöva genomlida sen operation annat än undantagsvis då hon själv önskar att i det längsta behålla sina möjligheter till fortsatt graviditet. För att fylla sina förpliktelser mot kvinnan när det gäller sexuallivet och fortplantningen har samhället sålunda ansvar för att den kvinna som har blivit gravid och vill slippa föda opereras så tidigt att det naturliga förloppet kan hejdas på det för henne mest skonsamma sättet, nämligen f. n. genom vakuumexaeres eller skrapning. Eftersom den avgörande gränsen för hur länge dessa metoder kan användas genomsnittligt torde gå vid ungefär 12 veckor från sista menstruationens första dag skulle det enligt kommittén kunna ifrågasättas om inte en *tidsfrist för abort om 12 veckor* kan utgöra ett lämpligt medel för samhället att fylla sitt ansvar för kvinnan.

Kommittén finner emellertid att en 12-veckorsfrist är förenad med betydande olägenheter. En sådan olägenhet är att det är svårt att iaktta

en frist när det är ovisst från vilken dag den bör räknas. Både kvinnan och läkaren kan komma att ställas inför den svårigheten, om hon inte kommer ihåg när hon senast hade sin menstruation eller missminner sig i det hänseendet. Särskilda svårigheter kan uppkomma för den kvinna som har blivit gravid trots att menstruationen har uteblivit under längre eller kortare tid, t. ex. när hon ammar eller befinner sig i närheten av klimakteriet. En annan nackdel med en 12-veckorsfrist är att den lätt kan inge föreställningen att kvinnan alltid skulle kunna bli opererad med vakuumexaeres eller skrapning inom den tiden, vilket ofta nog inte är fallet, exempelvis för unga förstföderskor. I stället för att bespara kvinnan påfrestningarna av senabort skulle fristen kunna vilseleda henne att söka vård alltför sent för att kunna bli opererad med de metoderna. Skall en tidsfrist användas för att säkerställa att kvinnan opereras på det för henne mest skonsamma sättet bör den av hänsyn till den enskilda kvinnan sättas väsentligt kortare än den tid under vilken de lindriga metoderna kan användas genomsnittligt sett. Som en allvarlig olägenhet med tidsfrist anför kommittén slutligen att kvinnan därigenom skulle kunna anse sig tvungen att underkasta sig operation inom den tiden av rädsla för att annars inte bli opererad.

De nu nämnda olägenheterna gör att det enligt kommittén bör undersökas om det inte finns andra medel att bespara kvinnan påfrestningarna av en sen operation. Vad som oundgängligen fordras för att det målet skall nås är att kvinnan har klart för sig hur viktigt det är att hon kommer till sjukhuset i tid om hon inte vill föda samt att utredningen av frågan om riskerna för henne av en operation inte fördröjs i onödan utan sker så snabbt som möjligt. Det förhållandet att utvecklingen under senare år gått i riktning mot en allt större avkortning av graviditetstiden vid operation tyder på att kvinnorna har blivit alltmer medvetna om sin situation och inriktade på att söka vård tidigt. Även utredningstiden har kunnat förkortas trots att kuratorer och läkare måste ägna sig åt en omfattande intygsskrivning för att att fylla formföreskrifterna i den nuvarande lagen. Kommittén anser därför att en tidsfrist ter sig ganska överflödig mot bakgrund av de förändringar som har skett.

När det gäller att söka lämpligare medel än en frist för att bespara kvinnan upplevelsen av en senabort torde samhället enligt kommitténs mening kunna utgå från att kvinnan inte behöver pressas att söka vård tidigt. En saklig upplysning och information om abortoperation och om hur avsevärt mycket mera påfrestande det är att bli opererad sent än tidigt, om möjligheterna att få tidig graviditetsdiagnos kostnadsfritt inom mödrahälsovården och även hjälp av kurator där samt om vikten av att komma till sjukhuset snarast torde vara en effektivare metod att bespara kvinnan sen operation än en kort tidsfrist. Kommittén föreslår därför att samhället i stället för att ställa upp en tidsfrist skyddar kvinnan genom att i lag tillerkänna henne rätten att bli opererad så tidigt som möjligt och alltid med för henne skonsammast möjliga metod.

Även om man med den ordning kommittén har föreslagit har

anledning att vänta sig att de allra flesta kvinnor som önskar abort i fortsättningen kommer att opereras tidigt torde det enligt kommittén dock inte kunna undvikas att enstaka kvinnor likväl kommer att få genomgå sen operation. Fråga uppkommer därför om det behövs några *bestämmelser om senaste tidpunkt för abortoperation.*

Vad först angår de nuvarande tidsfristerna på 20 resp. 24 veckor konstaterar kommittén att dessa har ställts upp för att tillförsäkra operatören en betryggande marginal mot att ingrepp sker då kvinnan bär en livsduglig varelse. Fristerna får överskridas när det föreligger strikt läkarvetenskapliga skäl till det, dvs. vid vad som går under benämningen sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan. Att 1938 års lag på detta sätt reglerar läkarens inskridande med sen operation har enligt kommittén sin naturliga förklaring i att vid lagens tillkomst och även för bara ett tjugotal år sedan erfarenheterna av abortoperationer var ringa. För att på detta område fastställa normer för läkarens handlande – vetenskap och beprövad erfarenhet – fordrades då uttalande av den samlade expertisen. Enligt kommittén är dagens situation en annan och man behöver inte hysa något tvivel om att en läkare skulle avböja att inskrida med operation om han har ens den ringaste anledning att befara att livsduglighet har inträtt, annat än då rent vitala intressen står på spel. Under sådana förhållanden anser kommittén att bestämmelser om senaste tidpunkt för abort är överflödiga.

4.6 Beslutsförfarande

Beträffande det prövningsförfarande som förekommer enligt 1938 års lag framhåller kommittén att detta liksom den bakomliggande tankegången att bestämmelser behövs om en särskild ordning för utredning och beslut i frågan om kvinnan kan ges tillstånd att undergå abort har sin grund i det straffrättsliga förbudet mot abort. Avkriminaliseras abort behöver samhället inte upprätthålla en ordning av det slaget. Om samhället avstår från straffhotet mot kvinnan, befrias hon från skyldighet att finna sig i att hennes graviditet fortsätter. Det är inte heller ett prövningsförfarande som kvinnan är hjälpt med när hon är beredd till abort. I stället behöver hon personligt stöd och råd, bistånd att reda ut sin situation samt belysning av de möjligheter hon har att kunna föda och ta ansvar för ett barns vård och fostran. Finner hon att hon bör avstå från att föda bör hon också kunna lita på att hon opereras, om inte vägande skäl talar mot att hon utsätts för operation.

Samhället har anledning att i lag bereda kvinnan garantier för att hennes rätt blir allsidigt prövad. För det ändamålet föreslår kommittén att särskilda nämnder med lekmannainslag inrättas vid sjukhusen i omedelbar anslutning till det verksamhetsområde som kvinnans efterfrågan gäller, dvs. gynekologi och obstetrik. Dessa sjukvårdsorgan bör i sin verksamhet vara sammankopplade med den graviditetsrådgivning som kommittén föreslår skall äga rum inom mödra- och barnahälsovårdens ram.

Kommittén föreslår att en sådan nämnd skall finnas vid sjukhus där kvinnan kan räkna med att få specialistvård. Med hänsyn till svårigheterna att tillgodose efterfrågan på specialister bör det dock inte vara uteslutet att inrätta nämnd också vid sjukhus, där den gynekologiska vården ombesörjs av läkare utan specialistkompetens i kvinnosjukdomar och förlossning men med sådan kompetens i allmän kirurgi.

Beträffande nämndens sammansättning föreslår kommittén att den skall bestå av tre personer. Självskriven som ledamot och som ordförande skall den vara som ansvarar för vård av det slag som det vid det aktuella sjukhuset är fråga om, dvs. gynekolog eller kirurg. När det gäller övriga ledamöter anser kommittén det vara lämpligt att ta vara på ett inslag som har visat sig vara värdefullt i det nuvarande systemet, nämligen sammansättningen av socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd. Kommittén föreslår därför att det i nämnden även skall ingå läkare med särskild erfarenhet i psykiatri samt en lekman med erfarenhet av allmänna värv.

Den föreslagna nämnden skall enligt kommittén vara det ansvariga sjukvårdsorganet när det gäller omhändertagandet och vården av kvinnan. Nämnden skall emellertid ha möjlighet att i relativt vid omfattning uppdra åt ansvarig gynekolog eller kirurg att besluta på nämndens vägnar. Möjligheten för nämnd att lämna sådant uppdrag föreslås dock avse endast beslut om rätt för kvinnan att bli opererad. Beslut av motsatt innebörd, dvs. att rätt inte föreligger att bli opererad, skall däremot inte få delegeras. För att bereda kvinnan ytterligare rättssäkerhetsgarantier föreslår kommittén att ett beslut av nämnden att vägra abort omedelbart skall underställas socialstyrelsen. Har rätt att bli opererad fastställts av nämnd eller socialstyrelsen föreslås det ankomma på sjukvårdshuvudmannen att tillse att kvinnan blir opererad.

Den utredning som skall föregå abort bör enligt kommittén begränsas till de uppgifter som kvinnan är beredd att självmant lämna läkaren. Kvinnan skall ha rätt att kontakta kurator men någon skyldighet att göra det föreslås inte. Intyg eller annan skriftlig dokumentation utöver den inom mödrahälsovården och sjukvården vanliga journalföringen skall inte förekomma.

4.7 Reservationer m. m.

Reservationer har avgetts av ledamöterna Görel Alm och Astrid Kristensson. Experten Elisabet Sjövall har avgett särskilt yttrande.

Görel Alm framhåller i sin reservation att kommitteförslaget om avkriminalisering av abort bör tolkas så att kvinnan inte kan förmenas rätten att erhålla abort under betryggande former genom samhällets försorg. Även om abort inte är någon lämplig metod för planering av föräldraskap får riskerna vid sådant ingrepp inte tillmätas annan vikt än kvinnan själv ger dem. Detta bör gälla utan gränsdragning mellan tidiga och sena aborter. De av kommittén angivna grunderna för abort bör kompletteras så att det klart framgår att det är kvinnans egen upplevelse

av de oskäligt betungande förhållandena som bör vara avgörande för abortfrågan. I konsekvens härmed bör de lokala nämndernas inflytande reduceras så att de främst blir rådgivande organ. Läkare skall ha generell rätt att utföra abort. Skyldighet för honom att hänskjuta frågan till ett samrådsförfarande i nämnden skall föreligga endast i sådana fall när det råder tveksamhet om aborten skall utföras. Sådan tveksamhet får endast grundas på att kvinnan själv är vacklande i sin önskan om abort som en utväg ur en svår situation.

Astrid Kristensson anför att hon inte kan ansluta sig till kommitténs grundläggande tankegång att fostrets rättsskydd skall avskaffas. Abort bör även framdeles vara i princip förbjuden. I en ny abortlag, som bör ha karaktären av undantagslagstiftning, bör föreskrivas när abort får utföras.

Fostrets rättsskydd måste avvägas mot andra legitima intressen, främst den blivande moderns. Det bör även i fortsättningen vara lagstiftningens uppgift att lösa de intressekonflikter som därvid uppkommer. I princip bör fostrets skydd förstärkas allteftersom havandeskapet fortsätter. Medan av kvinnan åberopade och av lagstiftningen godtagna motiv för havandeskapets avbrytande bör tillmätas särskild vikt under graviditetens första skede, bör fostrets rätt ges ökad tyngd allteftersom havandeskapet fortskrider. Förbudet mot abort bör under vissa omständigheter kunna genombrytas före 12:e veckan. Efter denna tidsgräns bör starkare motiv åberopas för att abort skall medges och efter 4–5 månader, då risk för livsdugligt foster finns, bör abort inte få ske med mindre så vitala skäl föreligger som en konflikt mellan kvinnans hälsa och fostrets liv. Det torde med hänsyn till svårigheterna att bedöma graviditetens längd inte vara möjligt att ställa upp fasta tidsgränser.

Någon ovillkorlig principiell rätt till abort bör inte föreligga. Även i tidiga graviditetsstadier krävs att lagstiftningen anger de indikationer som skall vara för handen för att intresseavvägningen skall leda till abortmedgivande. Den nuvarande abortlagens principiella konstruktion bör bibehållas. Nuvarande praxis torde i tillräcklig grad tillgodose kvinnans önskemål att få abort. Det av kommittén i 2 § 3 lagförslaget använda uttrycket "oskäligt betungande" kan anses som ett lämpligt sammanfattande uttryck för de situationer som kan motivera att abortansökan bifalls. Det bör anförtros åt vederbörande läkare att ta ställning till abortfrågan efter en totalbedömning av samtliga psykologiska, medicinska och sociala omständigheter i det enskilda fallet. Abort bör beviljas då dessa omständigheter sammantagna uppfattas som oskäligt betungande, varvid stort avseende bör fästas vid kvinnans och mannens egen bedömning. Mannens uppfattning i abortärendet skall inhämtas, om inte särskilda skäl talar mot det.

Utredningen i ett abortärende bör ske snabbt och utan onödiga formaliteter. Det får anses till fyllest att kurator skaffar sig en allmän uppfattning om bakgrunden till abortansökningen. Gynekologen bör därefter ensam kunna besluta om abort när han finner uppenbart att det föreligger lagliga förutsättningar för ingrepp. Är gynekologen tveksam

eller anser han att förutsättningar för abort inte är för handen, skall han hänskjuta ärendet till nämnden. Finner nämnden att skäl för abort inte föreligger, är ärendet därmed avgjort såvida inte kvinnan själv underställer ärendet socialstyrelsens prövning.

Elisabet Sjövall anför i sitt särskilda yttrande att ett införande av helt fria aborter, vilket är innebörden av kommitténs förslag, dels genom utformningen av lagtexten och dels genom slopandet av den övre tidsgränsen utgör ett allvarligt och unikt steg. Möjlighet till sena aborter bör framdeles finnas i överensstämmelse med de tidsgränser som gäller enligt nuvarande lag. Kvinnan bör ha rätt till abort som en familjeplaneringsåtgärd, om aborten kan utföras som primäroperation med lindrig metod. Därjämte bör kvinnan ha rätt till såväl tidiga som sena aborter på grunder som i huvudsak motsvarar nu gällande lag. Avgörandet får träffas av gynekologen och kvinnan tillsammans. Anser gynekologen att han inte kan avgöra om indikationerna är för handen får han konsultera annan läkare, exempelvis psykiater. Kurator bör liksom f. n. biträda i utredningsarbetet och eftervården. Rådgivning hos annan läkare och hos kurator bör vara frivillig. Kvinnan skall ha rätt att överklaga läkarens beslut hos socialstyrelsen. De av kommittén föreslagna nämnderna bör inte inrättas.

5 Remissyttranden över kommitténs förslag till abortlagstiftning

Kommitténs förslag har fått ett blandat mottagande av remissinstanserna. Flera instanser framhåller att förslaget ansluter väl till den utveckling mot en liberal abortpraxis som har skett under de senaste åren och finner att de föreslagna grundläggande principerna om kvinnans rätt till abort och om en avkriminalisering av abort bör utgöra grundvalen för en ny abortlagstiftning. I åtskilliga remissyttranden reses däremot allvarliga invändningar mot förslagen. I några fall hävdas att betänkandet inte kan ligga till grund för ny lagstiftning. Andra instanser anmärker på att kommittén inte tillräckligt noggrant har behandlat vissa grundläggande frågor, t. ex. av etisk, psykologisk och demografisk natur. Från flera håll framhålls att kommittén inte har analyserat verkningarna av de föreslagna reglerna eller närmare utrett vilka resurser samhället har att klara av ett ökat antal aborter.

Remissinstanserna understryker genomgående vikten av en samordning av förebyggande åtgärder och ändringar i abortlagstiftningen. Det framhålls bl. a. att de förebyggande insatserna måste effektiviseras så att abort också i fortsättningen kommer att framstå som en åtgärd av undantagskaraktär.

Principen att det är kvinnan som skall ha det avgörande inflytandet på frågan om graviditeten skall fullföljas eller avbrytas har vunnit anslutning i ett stort antal remissyttranden. Flera remissinstanser ställer sig emellertid klart avvisande till principen. Åtskilliga remissinstanser föreslår olika regler för skilda stadier av graviditeten. Det påpekas också att den av kommittén förordade principen om kvinnans bestämmanderätt inte

kommit till uttryck i lagtexten, vilken fortfarande ger intryck av ett prövningsförfarande beträffande vissa abortindikationer.

När det gäller frågan om särskilda tidsgränser för abort råder nästan total enighet om att den nya abortlagstiftningen liksom f. n. bör innehålla en övre tidsgräns efter vilken ingrepp i princip inte bör få ske. Denna gräns föreslås ligga någonstans mellan 18:e och 24:e havandeskapsveckan. Ett stort antal instanser förordar också skilda regler före och efter utgången av 12:e veckan. Tanken är då att senabort skall föregås av ett mera ingående prövningsförfarande än tidigabort.

Förfarandet med särskilda nämnder som meddelar beslut om abort avvisas nästan genomgående. I stället föreslås att beslut skall fattas av vederbörande gynekolog, ibland av två läkare, eller av socialstyrelsen. Vad gäller frågan om rådgivning till abortsökande kvinna väger det ganska jämt mellan det antal remissinstanser som vill ha en ordning som innebär att sådan rådgivning blir obligatorisk och de instanser som förordar att rådgivningen skall vara helt frivillig. I några yttranden förordas frivillighet vid tidigabort men obligatorisk kuratorskontakt efter 12:e veckan.

Kommitténs förslag om en avkriminalisering av abort har vunnit stor anslutning.

I övrigt hänvisas beträffande remissyttrandena till vad jag kommer att anföra i det följande, chefens för socialdepartementet anförande senare denna dag samt den tryckta redovisningen av remissyttrandena i SOU 1972:39, Abortfrågan.

6 Justitiedepartementets arbetsgrupp

Arbetsgruppen har inriktat sig på huvudsakligen följande frågor:

1. Abortutvecklingen.
2. Abortverksamhetens relativa betydelse för landets gynekologiska vårdresurser.
3. Abortrådgivningens organisation och frågan om ansvar för och finansiering av den framtida rådgivningen.
4. Preventivmedelsrådgivningens organisation och frågan om ansvar för och finansiering av en utbyggd rådgivning.
5. Preventivmedelskostnaderna och olika former för att minska den enskildes utgifter för preventivmedel.
6. Kostnader och ansvar för information och upplysning i abortförebyggande syfte.

Arbetsgruppen har vidare behandlat följande frågor av huvudsakligen medicinsk eller administrativ natur:

a) Ansvaret för att abort blir utförd.
b) Sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka vid abort.
c) Var skall abort få utföras?
d) Behörighet att utföra abort.
e) Rätt till abort utanför sjukvårdsområdet.

I det följande lämnas en redogörelse för gruppens överväganden och förslag såvitt rör abortutvecklingen och abortverksamhetens relativa

betydelse för landets gynekologiska vårdmöjligheter. De nyss nämnda frågorna av huvudsakligen medicinsk eller administrativ karaktär återkommer jag till i ett följande avsnitt. Beträffande övriga frågor hänvisas till chefens för socialdepartementet anförande senare denna dag.

När det gäller abortutvecklingen finner arbetsgruppen det svårt att förutsäga hur en ändrad abortlagstiftning kan komma att påverka antalet aborter. Det är emellertid sannolikt att ökade möjligheter att få abort kommer att medföra en tendens till ökning av antalet aborter särskilt i de delar av landet, där frekvensen i dag är lägst. Bl. a. för att motverka en sådan tendens föreslår arbetsgruppen olika åtgärder i syfte att stimulera till ökade insatser för preventivmedelsrådgivning och information om familjeplanering.

Vad härefter angår frågan om sjukvårdsresurserna har arbetsgruppen sett som sin uppgift att bl. a. belysa spörsmålet om det föreligger någon risk för att aborterna alltmer skall komma att ta i anspråk de gynekologiska vårdresurserna till förfång för annan gynekologisk vård. Arbetsgruppen har i denna fråga kunnat bygga på det arbete som utförts av en arbetsgrupp inom socialstyrelsen, tillsatt i maj 1972 med uppgift att utreda teknik, organisation samt personella och materiella resursbehov för tidiga abortingrepp. Ytterligare material har arbetsgruppen inhämtat genom en enkät till sjukvårdshuvudmännen i juni 1973 angående deras uppfattning om hur de senaste årens ökade abortsiffror påverkat de gynekologiska vårdresurserna. Dessutom har arbetsgruppen tagit del av viss sjukvårdsstatistik, bl. a. socialstyrelsens vårdplaneringslistor.

Den del av socialstyrelsens nyss nämnda utredningsuppdrag som behandlar operationsteknik och patientomhändertagande har legat till grund för socialstyrelsens cirkulär (MF 1972:59) med råd och anvisningar rörande tidiga abortingrepp. Under utredningsarbetet fann man att tidiga abortingrepp som utförs i öppen vård inte innebär större risk för komplikationer än sådana som utförs i sluten vård. Med hänsyn härtill samt för att minska abortverksamhetens belastning på den slutna sjukvården har socialstyrelsen därför rekommenderat att abortverksamheten vad avser tidiga abortingrepp i så stor utsträckning som möjligt förs över till öppen vård. En målmedveten satsning, bl. a. genom ökad upplysning, bör enligt socialstyrelsen kunna leda till att mer än 90 % av samtliga aborter kommer att utföras före utgången av 12:e graviditetsveckan.

Som ett andra led i sitt utredningsarbete har socialstyrelsen lagt fram förslag till lämplig organisation för den tidiga abortverksamheten. Därvid har också resursbehovet vid handläggning av abortärenden beräknats såväl enligt gällande lagstiftning som enligt en lagstiftning vilken ändrats i huvudsak enligt abortkommitténs förslag. Styrelsen har dock vid sina beräkningar utgått från att de av abortkommittén föreslagna lokala nämnderna inte kommer att inrättas. Enligt de gjorda beräkningarna kräver 10 000 tidigaborter med nuvarande lagstiftning ungefär 60–85

årsarbetskrafter, därav 12–19 läkararbetskrafter, och med en ändrad lagstiftning ungefär 50 årsarbetskrafter, därav 7–10 läkararbetskrafter. Justitiedepartementets arbetsgrupp har med utgångspunkt i dessa beräkningar uppskattat att den direkta kostnaden för en tidigabort i öppen vård skulle variera mellan 420 och 665 kr. vid nuvarande lagstiftning och mellan 325 och 410 kr. vid en ändrad lagstiftning.

Kostnaden för en senabort ligger betydligt högre vilket beror på bl. a. längre operationstid. Vid den sena aborten tillkommer i allmänhet också en vårdtid på 4–7 dygn, vilket innebär en merkostnad på 1 400–2 500 kr. per abort, om vårddagskostnaden beräknas till 350 kr. Vid samtliga aborter tillkommer kostnader för sjukskrivning (1–2 veckor), produktionsbortfall m. m.

Med ledning av socialstyrelsens undersökningar har justitiedepartementets arbetsgrupp uppskattat sjukvårdshuvudmännens kostnader för abortverksamheten under år 1972 (24 170 fall) till ca 35 milj. kr. (25 % av aborterna utfördes som tidigabort i öppen vård). Om 90 % av aborterna år 1972 hade utförts som tidigaborter i öppen vård, vilket enligt socialstyrelsen är en realistisk frekvens för framtiden, skulle enligt samma beräkningssätt kostnaderna i stället ha varit ca 18 milj. kr. Motsvarande kostnader kan vid ett förenklat utredningsförfarande uppskattas till ca 14 milj. kr.

I den förut nämnda enkäten tillfrågade arbetsgruppen sjukvårdshuvudmännen om det stigande antalet legala aborter kunnat utföras utan ökning av befintliga resurser. 15 av 26 sjukvårdshuvudmän svarade att ökningen av antalet aborter hade rymts inom befintliga resurser medan 8 huvudmän angav att resurserna inte räckt till. För 3 huvudmän hade resurserna delvis räckt, dvs. vissa sjukhus inom området men inte alla hade klarat ett ökat abortantal.

Arbetsgruppen har för att bilda sig en uppfattning om aborternas betydelse för de gynekologiska vårdresurserna även undersökt dels aborternas andel av det totala antalet vårddagar inom den slutna gynekologiska vården, dels förändringar i antalet personer som förts upp på vårdplaneringslistor, dels förändringar i fråga om väntetider för gynekologisk vård.

Vad först beträffar antalet vårddagar inom den slutna gynekologiska vården uppgick de år 1972 till omkring 820 000. Detta motsvarar en genomsnittlig beläggning på omkring 85 % med ett totalt antal vårdplatser om 2 644. Med utgångspunkt i det genomsnittliga antalet vårddagar för aborter i sluten vård kan antalet vårddagar år 1972 för aborter uppskattas till omkring 56 000, vilket motsvarar mindre än en tiondel av det totala antalet vårddagar.

Vad angår den öppna vården har antalet besök inom vårdgrenen gynekologi och obstetrik beräknats till 844 000. Samma år genomfördes ca 24 000 aborter. Med två besök per abort inom den öppna vården skulle de kvinnor som undergår abort svara för knappt 6 % av samtliga besök inom denna specialitet. En del av dessa besök sker emellertid hos

mödrahälsovården, varför belastningen på vårdgrenen gynekologi och obstetrik inom den öppna vården i verkligheten är lägre.

Uppföljningen beträffande vårdplaneringslistor och väntetider för gynekologisk vård under perioden den 1 februari 1969—den 30 september 1972 visar inte några större förändringar, trots ett kraftigt ökat antal aborter under samma tid. Den genomsnittliga väntetiden för gynekologisk vård under år 1969 var 1,3 månader och den var inte längre under perioden februari–september 1972 trots att jourfallsfrekvensen, som bör påverka väntetiderna negativt, ökat under år 1972.

En undersökning rörande 200 kvinnor som fått abort under mars månad åren 1970, 1972 och 1973 visar att av de kvinnor som fätt abort under år 1973 omkring 90 % hade fått aborten utförd inom 14 dagar från beslutet, medan motsvarande andel år 1972 var 72 % och under år 1970 endast 70 %.

Enligt arbetsgruppen visar det genomgångna materialet att den stigande abortfrekvensen inte har minskat sjukvårdshuvudmännens möjligheter att tillhandahålla annan gynekologisk vård. Tvärtom tyder siffrorna på en avsevärd flexibilitet hos sjukvårdshuvudmännens gynekologiska vårdresurser. De visar också att abortverksamheten endast tar i anspråk en mindre del av dessa resurser. Sammanfattningsvis kan konstateras att till och med en så stor ökning av abortfrekvensen som den som inträffat under de senaste åren har kunnat mötas utan att detta medfört någon dramatisk belastning på landets samlade gynekologiska vårdresurser. Även om en ny abortlagstiftning skulle få till följd en viss ökning av abortfrekvensen torde en sådan ökning endast få marginell betydelse för vårdresurserna. Detta gäller särskilt om den nya lagstiftningen skulle innebära ökade möjligheter till tidigabort och därmed vara mindre resurskrävande än vad f. n. är förhållandet.

Arbetsgruppen anser det emellertid ytterst angeläget att alla tendenser till ökad abortfrekvens motverkas genom ökade insatser beträffande preventivmedelsrådgivning och information. Sådana insatser föreslås också av arbetsgruppen.

7 Departementschefen

7.1 Inledning

Abortfrågan har under de senaste decennierna varit föremål för livlig debatt i vårt land. Frågan rymmer i sig flera problem av etisk, medicinsk, social, juridisk och ekonomisk art. Den nuvarande abortlagstiftningen får i mycket anses innefatta en kompromiss mellan olika värderingar och synsätt i dessa frågor.

Före tillkomsten av 1938 års lag om avbrytande av havandeskap var i princip varje abort straffbelagd enligt strafflagens bestämmelser om fosterfördrivning. Enligt allmänna rättsgrundsatser ansågs abort dock straffri, om den var nödvändig för att rädda kvinnans liv eller för att undanröja en allvarlig fara för hennes hälsa. Däremot kunde t. ex. humanitära eller sociala skäl inte i och för sig göra en abort tillåten.

Under 1920- och 1930-talen restes vid flera tillfällen från skilda håll krav på en grundlig översyn av abortlagstiftningen. Ett av de tyngst vägande skälen för en sådan översyn angavs vara att antalet illegala aborter successivt hade ökat mycket kraftigt. År 1934 tillsattes en kommitté med uppdrag att undersöka i vilken utsträckning straffet för fosterfördrivning kunde slopas. Kommitténs förslag föranledde livlig debatt och ledde först efter en betydande omarbetning till den alltjämt gällande abortlagen.

1938 års lag innehöll i sin ursprungliga lydelse bara tre av de nuvarande fem abortindikationerna, nämligen den medicinska (fortsatt graviditet innebär fara för kvinnans liv eller hälsa), den humanitära (kvinnan har blivit havande genom våldtäkt, annat sedlighetsbrott eller liknande) och den eugeniska indikationen (barnet löper på grund av arvsanlag risk att få svår sjukdom). Någon motsvarighet till en av kommittén föreslagen rent social abortindikation togs inte upp i lagen. Den övre gränsen för abort på annan än medicinsk indikation bestämdes till utgången av 20:e havandeskapsveckan. Abortärendena skulle avgöras av två läkare utan möjlighet för kvinnan till överprövning. Abort på eugenisk indikation skulle dock prövas av dåvarande medicinalstyrelsen.

Under slutet av 1930-talet kom den offentliga abortdiskussionen i allt högre grad att röra sig om de abortförebyggande åtgärderna. Sålunda inriktade den år 1941 tillsatta befolkningsutredningen sitt arbete på abortfrågans sociala aspekter, varvid utredningen särskilt försökte ge en allsidig belysning av den psykologiska och sociala situation som de abortsökande kvinnorna befann sig i. Utredningens förslag ledde till flera viktiga åtgärder från statsmakternas sida. Sålunda beviljades statsbidrag till upprättande av rådgivningsbyråer för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte. Vidare infördes år 1946 en helt ny indikation i abortlagen, den socialmedicinska indikationen (kvinnans

krafter skulle allvarligt nedsättas genom barnets tillkomst eller vården om barnet). Denna reform motiverades bl. a. med att erfarenheterna av 1938 års lag syntes ha visat att lagtexten behövde förtydligas och att den medicinska indikationens tillämpningsområde behövde utvidgas något. Inte heller den nya indikationen medgav abort på rent sociala skäl. Samtidigt ändrades prövningsförfarandet så att medicinalstyrelsen fick rätt att pröva abortansökan på samtliga indikationer. Vidare förlängdes den övre tidsgränsen för abort till utgången av 24:e havandeskapsveckan.

Den abortförebyggande verksamheten och därmed sammanhängande problem blev föremål för förnyad utredning av 1950 års abortutredning. Utredningens förslag väckte i vissa hänseenden stark kritik och föranledde endast begränsade reformer. En utvidgning av abortindikationerna kom till stånd år 1963 genom tillkomsten av den s. k. fosterskadeindikationen (barnet har skadats under fosterstadiet).

I början av 1960-talet blev abortfrågan åter föremål för livlig debatt, bl. a. i samband med införandet av den nyss nämnda fosterskadeindikationen och med anledning av att det konstaterats att svenska kvinnor reste utomlands för att få abort. Åtskilliga förslag till ändring av gällande abortbestämmelser fördes fram. För att få till stånd en aktuell kartläggning av läget i abortfrågan tillsattes 1965 års abortkommitté. Kommittén fick i huvudsak tre uppgifter, nämligen att undersöka tillämpningen av 1938 års lag och vissa andra faktiska förhållanden, att ta upp frågan om den framtida inriktningen av lagstiftningen och göra en allmän översyn av denna samt att utreda frågan om samhällets åtgärder i abortförebyggande syfte.

Gällande abortlag kom till vid en tidpunkt när förhållandena och värderingarna i samhället i skilda avseenden var andra än de är i dag och när samhällets insatser på det abortförebyggande området och i fråga om stödet vid graviditet och föräldraskap ännu var mycket blygsamma. Det kan i detta sammanhang bl. a. finnas skäl erinra om att både upplysningen om och försäljningen av preventivmedel ännu på 1930-talet omgärdades av kraftiga restriktioner. 1938 års lag skall också i första hand bedömas med utgångspunkt i att den var ett led i försöken att komma till rätta med ett sedan flera år tillbaka successivt stigande antal illegala aborter.

När det gäller samhällsutvecklingen under de mer än 35 år som har förflutit sedan lagen trädde i kraft vill jag här bara erinra om de betydelsefulla familjepolitiska och sociala reformer som har genomförts och som bl. a. har förbättrat kvinnans ställning, såväl socialt som ekonomiskt. Samtidigt har vi bl. a. genom en bättre undervisning fått till stånd en mera öppen och ärlig diskussion i sexuella frågor. Vidare har den medicinska forskningen gjort betydande framsteg. Vi har sålunda fått nya och effektivare preventivmetoder som på ett helt annat sätt än tidigare har gjort det möjligt för kvinnan att själv bestämma när hon vill bli gravid. En del av de nya preventivmedlen, p-piller och spiral, har medfört att den tidigare klara gränsen mellan antikonception och abort i viss mån blivit mindre skarp. Till detta kommer att det på

skilda håll i världen bedrivs en intensiv forskning med syfte att framställa nya och effektivare antikonceptionella medel liksom medel som hindrar en påbörjad graviditet att fortsätta. Den försöksverksamhet som f. n. sker på detta område tyder bl. a. på att det kan bli möjligt att avbryta graviditet på farmaceutisk väg. I fråga om abortingrepp har nya och mera skonsamma metoder kommit i bruk, särskilt i fråga om tidigaborter. Denna förenkling av själva abortförfarandet har fått till följd att det numera är möjligt att utföra huvudparten av ingreppen i öppen vård. Vidgade kunskaper om de risker för komplikationer som är förenade med abort har samtidigt gjort att man blivit alltmer medveten om betydelsen av att ingreppen utförs på ett tidigt stadium av graviditeten. Någon helt tillförlitlig uppgift om antalet illegala aborter föreligger inte men mycket talar för att sådana ingrepp numera är ganska ovanliga. Från läkarhåll uppges också att det numera knappast förekommer patienter som visar symptom på genomgången illegal abort.

Även om abortlagstiftningen i sina grunddrag har varit i stort sett oförändrad sedan mitten av 1940-talet har tillämpningen av reglerna undergått betydande förändringar. Medan det under 1950-talet och början av 1960-talet utfördes 2 000–3 000 legala aborter om året har antalet ingrepp stigit ganska brant sedan mitten av 1960-talet och uppgick år 1973 till ca 26 000. Samtidigt har det skett en förskjutning från aborter efter tillstånd av socialstyrelsen till aborter med stöd av s. k. tvåläkarintyg. Sålunda föregicks så sent som på mitten av 1960-talet 80–90 % av ingreppen av prövning hos socialstyrelsen medan numera cirka 85 % av ingreppen utförs efter tvåläkarintyg. Av de ansökningar som nu går till socialstyrelsen bifalls 96 à 97 %. Beträffande tidpunkten för abort har under senare år skett en förskjutning från sena till tidiga aborter och f. n. utförs cirka 80 % av ingreppen med lindrig metod före utgången av 12:e graviditetsveckan. När det gäller tillämpningen av de olika abortindikationerna sker f. n. 98–99 % av samtliga aborter enligt de medicinska och socialmedicinska indikationerna. I fråga om den inbördes fördelningen mellan indikationerna har det under senare år skett en kraftig förskjutning mot den socialmedicinska indikationen (förutsedd svaghet), som numera åberopas som grund för något mer än tre fjärdedelar av aborterna mot en tiondel år 1965. Denna utveckling synes ge vid handen att det i dag till stor del är läkarens subjektiva uppfattning som avgör vilken indikation som kan anses vara tillämplig i de enskilda fallen.

Vad gäller de straffrättsliga bestämmelserna om fosterfördrivning så har dessa inte tillämpats i fråga om kvinnan under de senaste åren. Inte heller har det för den eugeniska abortindikationen uppställda steriliseringskravet upprätthållits i praktiken under senare år. Jag vill också erinra om att jag har tillsatt en utredning med uppgift att se över lagstiftningen om sterilisering. Till frågor som utredningen skall uppmärksamma särskilt hör den i vilken utsträckning en begäran om sterilisering skall få utgöra tillräckligt underlag för ett sådant ingrepp.

De nu antydda förhållandena gör att den nuvarande abortlagstiftningen i flera avseenden framstår som föråldrad. Den bör därför redan av dessa skäl bli föremål för en genomgripande omarbetning i syfte att få bestämmelserna bättre anpassade till de förhållanden och värderingar som råder i samhället i dag och till de nya rön som har gjorts inom bl. a. den medicinska forskningen. Till detta kommer emellertid att tillämpningen av nu gällande bestämmelser på detta område också är förenade med vissa allvarliga praktiska olägenheter. Vad jag då närmast tänker på är den skiftande praxis som förekommer på det lokala planet när det gäller förutsättningarna för beviljande av abort. Skillnader föreligger såväl i fråga om tolkningen av abortindikationerna som när det gäller villigheten att utfärda tvåläkarintyg. Det är sålunda inte uteslutet att läkarnas egen inställning till abortfrågan kan komma att spela stor roll för prövningen av abortansökningarna med påföljd att kvinnans möjligheter till abort och framför allt tidigabort blir beroende av var i landet hon är bosatt. Vidare kan själva handläggningen av abortärendena variera kraftigt mellan olika sjukvårdsområden. Även om förfarandet i många fall, särskilt vid tidigabort, förenklats under senare år, förekommer det alltjämt på sina håll att utredningen blir en alltför utdragen och omständlig procedur för kvinnan. Hon utsätts sålunda inte sällan för mycket ingående utfrågningar av såväl kurator som gynekolog och psykiater, vilket särskilt i de fall då ansökningen har skett på ett tidigt stadium av graviditeten och efter moget övervägande för henne framstår som både onödigt och oberättigat. Det skall emellertid samtidigt inte förnekas att ett utdraget förfarande i vissa fall kan ha den fördelen att det ger kvinnan tillfälle att noggrant tänka igenom sin situation och kanske finna någon annan bättre lösning på sina problem än abort, men en betydande risk föreligger likväl att förfarandet oftare kan bli till skada för henne genom de psykiska påfrestningar som väntan och osäkerheten medför och genom att ingreppet får utföras med mera påfrestande abortmetod i ett senare skede av graviditeten.

Abortkommittén redovisar i sitt betänkande ett förslag till lag om rätt till abortoperation. I lagförslaget anges de omständigheter som skall grunda rätt för kvinna att få abort utförd. Enligt vad som anges i motiven till de sålunda föreslagna bestämmelserna skall dock vid prövningen utgångspunkten vara att kvinna som föredrar abort framför att föda i princip skall få ingreppet utfört. En annan bedömning kan komma i fråga när ingreppet i det enskilda fallet är förenat med sådana risker att abort inte bör äga rum. Någon särskild tidsgräns inom vilken ingreppet skall företas ställs inte upp. Beslut om abort fattas av särskilda lokala nämnder, vilka i viss utsträckning kan delegera beslutanderätten till läkare. Vidare föreslår kommittén att det nuvarande straffrättsliga förbudet mot abort avskaffas. Beträffande de abortförebyggande åtgärderna innehåller betänkandet förslag om såväl förbättrad information och rådgivning om födelsekontroll som ett utbyggt samhällsstöd vid graviditet och föräldraskap.

Det utredningsmaterial och de förslag till reformering av abortlagstift-

ningen som kommittén presenterar har fått ett blandat mottagande av remissinstanserna. Vad först gäller själva utredningsarbetet framhåller socialstyrelsen att kommittén lämnat ett rikt material samt gjort ingående och klarläggande analyser av abortfrågans nuvarande läge i vårt samhälle. Liknande synpunkter förs fram av bl. a. hovrätten över Skåne och Blekinge. I flera yttranden framhålls att de framförda förslagen ansluter väl till den utveckling mot en liberal abortpraxis som har skett under senare år. Andra remissinstanser ställer sig mera kritiska mot det presenterade materialet. Ärkebiskopen framhåller att betänkandet inte kan läggas till grund för ny lagstiftning, eftersom kommittén både i sina motiveringar och i sitt lagförslag åsidosatt de etiska frågeställningar, som är relaterade till fostret som ett självständigt liv. Kompletterande utredningar behöver utföras rörande dels nödvändiga sociala reformer både på det generella planet och vad gäller det enskilda fallet, dels en utbyggnad av samhällets terapeutiska resurser i personliga krissituationer. Att kommittén inte tillfredsställande har behandlat den etiska aspekten på abortfrågan påtalas också av bl. a. Sveriges Läkarförbund, Sveriges Kristna Socialdemokraters Förbund, Svenska Läkaresällskapet och Svenska psykiatriska föreningen. Några instanser anmärker också på att de psykologiska aspekterna på aborter har behandlats ytligt och att demografiska frågor inte har belysts under utredningsarbetet. Från flera håll riktas också kritik mot att kommittén inte har analyserat verkningarna av de föreslagna reglerna eller närmare utrett vilka resurser samhället har att klara av ett ökat antal aborter.

När det gäller själva innehållet i den föreslagna nya lagstiftningen framförs anmärkningar mot såväl den grundläggande tanken bakom förslaget, nämligen kvinnans principiella rätt att själv välja om hon vill fullfölja graviditeten eller avbryta den, som den närmare utformningen av reglerna. Från flera håll framhålls att kommittén inte tillräckligt analyserat den intressekollision som föreligger mellan fostrets rätt till skydd för sitt liv och kvinnans rätt att bestämma över graviditetens förlopp. När det gäller förslagets enskildheter är det framför allt avsaknaden av tidsgränser och det föreslagna beslutsförfarandet som utsätts för allvarlig kritik.

Remissinstanserna understryker genomgående vikten av en samordning av förebyggande åtgärder och en ändring i abortlagstiftningen. Det framhålls bl. a. att de förebyggande åtgärderna måste effektiviseras på ett sådant sätt att abort även i fortsättningen kommer att framstå som en åtgärd av undantagskaraktär. Vad kommittén föreslår i abortförebyggande syfte får i allt väsentligt ett positivt mottagande. Från några håll anmärks dock att förslagen i vissa delar inte är tillräckligt genomarbetade och att kostnaderna för åtgärderna inte har utretts tillfredsställande.

De invändningar som sålunda har riktats mot kommittébetänkandet är av allvarlig karaktär och bör mana till försiktighet när det gäller att lägga utredningen till grund för ny lagstiftning. Emellertid anser jag att kritiken i vissa avseenden är alltför onyanserad. Man får hålla i minnet att flertalet av de frågor som nu är aktuella vid bedömningen av abortfrågan –

däribland det etiska spörsmålet – inte är nya utan mer eller mindre kontinuerligt har varit föremål för utredningar och en livlig offentlig debatt under de senaste decennierna. Till detta kommer att de problem som kommittén enligt remissinstanserna behandlat alltför knapphändigt genomgående har ägnats stort utrymme i remissyttrandena.

När det gäller frågorna om abortutvecklingen och aborternas betydelse för sjukvårdens resurser har underlaget för statsmakternas ställningstagande breddats avsevärt genom det material som har presenterats av den av mig tillsatta arbetsgruppen. Beträffande abortuvecklingen är det av särskilt intresse att notera att den sedan mitten av 1960-talet accelererande ökningen av antalet aborter synes ha brutits i slutet av år 1972. Den kraftiga stegringen av abortfrekvensen har kunnat klaras av utan någon allvarligare belastning på landets samlade sjukvårdsresurser. En eventuell ökning av antalet aborter till följd av ny lagstiftning torde enligt arbetsgruppen få endast marginell betydelse för vårdresurserna, särskilt som ett ökat antal ingrepp beräknas kunna ske som tidigaborter i öppen vård.

Mot den nu angivna bakgrunden anser jag att det numera finns tillräckligt underlag för att bedöma hur en ny abortlagstiftning bör utformas.

Som kommittén har framhållit är abortfrågan bara en del av den större frågan om födelsekontroll. Hur abortlagstiftningen skall utformas kan därför inte bedömas isolerat för sig utan måste bli beroende av hur samhällets åtgärder i övrigt på området utformas. Det råder allmän enighet om att födelsekontrollen måste ske med hjälp av preventiva åtgärder. Vid inträffad graviditet bör samhällets stödåtgärder vara sådana att de ger kvinnan och mannen den grundläggande sociala och ekonomiska trygghet som behövs för att de skall kunna vårda och uppfostra det väntade barnet. Med det sagda vill jag alltså liksom kommittén och remissinstanserna kraftigt betona behovet av preventiva och stödjande åtgärder och understryka att man när det gäller att komma till rätta med icke önskade graviditeter i första hand bör satsa på de förebyggande åtgärderna. Abort bör således även i fortsättningen betraktas som en nödfallsutväg. Med ökade insatser på det förebyggande området bör abortfrekvensen kunna hållas nere på en rimlig nivå.

Den av mig tillsatta arbetsgruppen har även när det gäller den närmare utformningen av de abortförebyggande åtgärderna breddat underlaget för statsmakternas ställningstagande. Chefen för socialdepartementet kommer senare denna dag att på grundval av arbetsgruppens material lägga fram förslag till kraftigt ökade insatser för att på olika sätt förebygga oönskade graviditeter och därmed motverka förekomsten av aborter.

7.2 Förutsättningar för abort

Den nuvarande abortlagstiftningen bygger på reglerna om fosterfördrivning i 3 kap. 4 § brottsbalken. Utanför det straffbara området faller aborter som sker enligt bestämmelserna i 1938 års lag.

För att abort skall vara tillåten fordras för det första att någon av de i

1938 års lag uppställda fem abortindikationerna är uppfylld. Havandeskap får sålunda avbrytas när på grund av sjukdom, kroppsfel eller svaghet hos kvinnan barnets tillkomst skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa (medicinsk indikation) eller när med hänsyn till kvinnans levnadsförhållanden och omständigheterna i övrigt kan antas, att hennes kroppsliga eller själsliga krafter skulle allvarligt nedsättas genom barnets tillkomst och vården av barnet (socialmedicinsk indikation). Vidare tillåts abort när kvinnan har blivit havande genom våldtäkt eller till följd av vissa andra brottsliga gärningar (humanitär indikation) eller när det med skäl kan antas att kvinnan eller det väntade barnets fader genom arvsanlag kommer att på avkomlingen överföra sinnessjukdom eller sinnesslöhet eller också svårartad sjukdom eller svårt lyte av annat slag (eugenisk indikation). Som giltig grund för abort anges slutligen att det med skäl kan antas att det väntade barnet på grund av skada under fosterstadiet kommer att lida av svårartad sjukdom eller svårt lyte (fosterskadeindikation).

Vidare gäller att abort inte får ske efter 20:e havandeskapsveckan. Om synnerliga skäl föreligger kan ingreppet dock få utföras intill utgången av 24:e veckan. För abort på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan gäller ingen särskild tidsgräns.

Kommittén föreslår att kvinnan skall vara tillförsäkrad en i lag inskriven rätt till abort. Den tar emellertid avstånd från att aborten regleras som en beställningsoperation, dvs. att kvinnan opereras på begäran utan hänsyn till de risker som i det enskilda fallet är förbundna med operationen. Kommittén föreslår därför att det i lag under tre särskilda punkter anges vilka omständigheter som grundar rätt för kvinnan att få abort utförd. Sådan rätt skall föreligga när det kan antas att hennes hälsa skulle råka i fara eller hennes krafter allvarligt nedsättas om havandeskapet fortsätter, när det kan antas att barnet kommer att lida av svårartad sjukdom eller svårt lyte eller när det av annan anledning är oskäligt betungande för kvinnan att havandeskapet fortsätter. Enligt vad kommittén anför i anslutning till de sålunda förordade bestämmelserna skall dock utgångspunkten vid den praktiska bedömningen vara att kvinnan inte är skyldig att finna sig i att graviditeten fortsätter. Vill hon ha abort hellre än att ta ansvaret för att föda, skall ingreppet utföras. En annan bedömning kan dock komma i fråga när de risker av fysisk och psykisk natur som är förenade med aborten utgör hinder mot att ingreppet utförs. Några särskilda tidsgränser för ingreppet föreslås inte.

Kommitténs förslag har fått ett blandat mottagande av remissinstanserna. Kritiken gäller såväl den grundläggande principen för förslaget, dvs. kvinnans rätt att själv välja om hon vill fullfölja graviditeten eller avbryta den, som den närmare utformningen av reglerna.

Vad först angår den principiella uppbyggnaden av lagstiftningen har det från flera håll påtalats att kommittén helt bortsett från fostrets rättsskydd och endast tillgodosett kvinnans intresse av att själv få bestämma över havandeskapet. Det framhålls att man vid utformningen

av en ny abortlagstiftning måste ta hänsyn till att det föreligger en intressekollision mellan fostrets och kvinnans rätt. I vissa yttranden föreslås en ändring som kommer att innebära att fostret tillerkänns ett successivt ökande rättsskydd efter hand som graviditeten framskrider. Vidare anmärks mot förslaget att detta är inhumant mot kvinnan genom att det lägger hela ansvaret för abortbeslutet på henne.

Som jag framhållit inledningsvis är abortfrågan ett samhällsproblem av kontroversiell karaktär beroende bl. a. på de etiska värderingarna. I förarbetena till 1938 års lag angavs att lagstiftningen hade sin grund i synsättet att fostret av hänsyn till livets helgd skall skyddas under alla stadier av graviditeten. Detta har ofta uttryckts så att fostret har tillerkänts rättsskydd. Av lagen framgår dock att denna princip inte har kunnat upprätthållas i full utsträckning eftersom fostrets rätt har fått vika i vissa särskilt angivna situationer av hänsyn till kvinnans intressen. Särskilt under de senaste decennierna har det vidare från allt flera håll med ständigt stigande eftertryck hävdats att kvinnan själv bör få bestämma om hon vill föda eller avbryta havandeskapet. Det görs därvid gällande att fostret främst bör betraktas som en del av moderns kropp, över vilken hon själv skall få råda. En mellanståndpunkt intar de som hävdar att fostret bör åtnjuta visst skydd men att detta inte skall vara detsamma under hela graviditeten utan förstärkas allteftersom havandeskapet fortskrider. Avvägningen mellan fostrets och kvinnans intressen kan då komma att ske på olika sätt under skilda stadier av graviditeten.

De förändringar i tänkesätt och värderingar som sålunda har skett under den tid 1938 års lag varit i kraft har successivt vidgat möjligheterna för kvinnan att få abort. De utvidgningar av abortindikationerna som har gjorts under lagens giltighetstid utgör i och för sig ett klart uttryck för förskjutningar i det allmänna betraktelsesättet mot en friare abortlagstiftning. Samma utveckling återspeglas emellertid i ännu högre grad i de förändringar som framför allt sedan mitten av 1960-talet har skett vid tillämpningen av den nuvarande lagstiftningen.

Av abortstatistiken framgår att numera mer än 85 % av samtliga ingrepp utförs på tvåläkarintyg och att socialstyrelsen bifaller uppemot 97 % av de ärenden som kommer under dess prövning. I de fall då en ansökan f. n. avslås är det enligt vad jag har erfarit som regel fråga om ett ingrepp som måste utföras i ett sent stadium av graviditeten eller en sådan situation då kvinnan i själva verket önskar avslag på ansökan eller är ambivalent till ingreppet. Jämförs antalet avslag med totala antalet beviljade abortansökningar under ett år finner man att kvinnan numera vägras abort i endast omkring 0,5 % av fallen. När det gäller tillämpningen av den socialmedicinska indikationen kan det med fog hävdas att de rent sociala aspekterna i allt högre grad kommit att tillmätas en avgörande betydelse. Den praxis som sålunda successivt har utbildats på detta område innebär i realiteten att en kvinna som i dag inte önskar fullfölja sin graviditet är tillförsäkrad abort, om ingreppet kan utföras innan den övre

tidsgränsen har passerats och det inte finns mycket starkt vägande skäl mot aborten.

Den utveckling som sålunda har skett i praxis sammanhänger naturligtvis till en del med den förändrade syn på kvinnan och hennes roll i samhället och på rätten till planerat föräldraskap som successivt har vuxit fram och som numera allmänt omfattas av människorna i vårt land. Men praxis innebär också att av sociala och humanitära skäl hänsyn tas till de påfrestningar av olika slag som en oönskad graviditet och ett icke välkommet barn innebär för kvinnan eller båda föräldrarna. Och praxis utgör slutligen ett uttryck för vår önskan att varje barn som föds skall ha så goda förutsättningar som möjligt för sin uppväxt och utveckling. För detta krävs inte minst att barnet är välkommet.

Utvecklingen i praxis är enligt min mening riktig. Härtill kommer att en återgång till en mera restriktiv linje i abortfrågan skulle medföra risk för ökning av antalet illegala aborter. En sådan utveckling måste ovillkorligen förhindras. En återgång är därför varken önskvärd eller möjlig.

Även om som jag nyss anfört en kvinna som i dag inte önskar fullfölja sin graviditet i realiteten är tillförsäkrad abort med förut angivna undantag, har den nuvarande lagstiftningen med bestämda abortindikationer medfört att handläggningen av abortärendena varierar rätt mycket mellan olika platser i landet och att förfarandet på sina håll inte sällan blir en utdragen, omständlig och många gånger psykiskt påfrestande procedur för kvinnan. En sådan omgång som alltså inte fyller någon reell funktion kan från humanitär synpunkt inte godtas. Ingen kan bättre än den enskilda kvinnan själv bedöma sin situation och sina möjligheter att ta hand om ett barn. En ny lagstiftning bör därför bygga på tilltro till kvinnans förmåga att själv träffa avgörandet. Utgångspunkten bör vara, att om kvinnan efter moget övervägande finner att abort är den lämpligaste lösningen av de problem som en oönskad graviditet medför, hon också skall få abort.

Jag vill emellertid starkt understryka att vad jag har sagt nu inte får ges den innebörden att hela ansvaret för ställningstagandet i frågan om ett havandeskap skall fullföljas eller inte skall vila på kvinnan. I första hand bör det naturligtvis vara en gemensam angelägenhet för kvinnan och mannen att söka uppnå enighet i den frågan. I en del fall framstår det som naturligt att kvinnan även söker råd och stöd hos andra som står henne nära. Jag tänker då särskilt på den insats som föräldrar till unga kvinnor kan göra. Det måste emellertid beaktas att förhållandena i vissa fall kan vara sådana att kvinnan redan från början inte bara har grundad anledning räkna med att ett samråd skulle vara helt meningslöst utan även kan befara att hennes situation eller relation till sin omgivning därigenom skulle allvarligt försämras. Vidare kan det inträffa att det råder olika uppfattningar om hur den uppkomna situationen skall klaras av bäst. Med tanke på dessa fall och mot bakgrund av det förhållandet att en kvinna ofta med anledning av graviditeten befinner sig i en kanske både psykiskt och socialt komplicerad konfliktsituation är det av största

vikt att samhället på ett effektivt sätt kan erbjuda henne all den hjälp och allt det stöd hon behöver för att fatta sitt beslut i abortfrågan.

Den nyss angivna utgångspunkten för lagstiftningen, nämligen om kvinnans principiella bestämmanderätt, får inte heller tolkas så att jag är beredd förorda en lösning som innebär att kvinnan alltid skall ha en ovillkorlig rätt att få abort utförd när hon begär det. Tillbörlig hänsyn måste således i detta sammanhang tas både till det förhållandet att varje abortingrepp är förenat med vissa mer eller mindre allvarliga risker för kvinnan och till att fostret under graviditeten successivt utvecklas till en livsduglig varelse vars rätt till liv måste respekteras.

Riskerna för medicinska komplikationer vid abort har behandlats utförligt av kommittén och belysts ytterligare under remissbehandlingen, bl. a. i de sakkunnigutlåtanden som inhämtats av socialstyrelsen. Sammanfattningsvis kan sägas att sådana risker föreligger vid både tidiga och sena aborter men att mycket talar för att graviditetens längd är den faktor som är av störst betydelse för uppkomsten av negativa följdverkningar. Vissa undersökningar tyder på att risken för medicinska komplikationer i samband med ingreppet är uppemot fyra gånger så hög vid senabort, dvs. ingrepp efter i genomsnitt 12:e graviditetsveckan, som vid tidigabort. När det gäller efterföljande medicinska komplikationer såsom nedsättning av fertiliteten, förtidsbörd och missfall är det ännu ovisst i vilken omfattning de förekommer. I fråga om komplikationer av psykisk art tyder hittills utförda undersökningar på att risk för sådana följdverkningar föreligger framför allt beträffande de psykiatriskt sämst ställda kvinnorna.

Kommittén har föreslagit att abort inte skall få utföras, om läkaren på grund av hälsoriskerna för kvinnan finner vägande skäl mot ingreppet. Förslaget har godtagits eller lämnats utan erinran av i stort sett alla remissinstanser. I några yttranden framhålls dock att de risker av fysisk och psykisk art som kommittén har angett som skäl mot abort i regel likaväl kan tala mot en fortsatt graviditet och förlossning.

Jag delar kommitténs och remissinstansernas uppfattning att varje abort måste föregås av en prövning om det finns några vägande medicinska skäl som talar för att ett ingrepp inte bör företas. Som socialstyrelsen har framhållit i sitt remissyttrande skall som kontraindikation dock inte kunna åberopas enbart de normala risker som är förenade med abortingrepp. Det bör i stället fordras att förhållandena i det enskilda fallet är sådana, att åtgärden på grund av sjukdom hos kvinnan kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Vid prövningen får förutom kvinnans fysiska och psykiska tillstånd beaktas bl. a. graviditetens längd och tillämplig abortmetod.

Av vad som nyss anförts framgår att riskerna för komplikationer på goda grunder kan antas vara betydligt större vid aborter som företas efter i genomsnitt 12 veckors graviditet än vid tidigaborter. Som regel tillämpas också skilda abortmetoder i de olika fallen. Flertalet tidigaborter bör enligt socialstyrelsens rekommendationer kunna utföras i

öppen vård, vilket inte bara innebär påtagliga praktiska fördelar för kvinnan utan även en minskad belastning på tillgängliga sjukvårdsresurser. Mot bakgrund bl. a. av dessa förhållanden kan det finnas anledning ifrågasätta om inte villkoren för abort bör vara mer restriktiva efter utgången av 12:e veckan än före.

Enligt nuvarande lagstiftning är förutsättningarna för abort desamma för hela graviditeten upp till utgången av 20:e veckan. Man måste emellertid då hålla i minnet att det vid lagens tillkomst inte torde ha varit vetenskapligt belagt att tidigabort var förenad med betydligt mindre risker än senabort. Härtill kommer att lagstiftningen i princip bygger på att det i samtliga fall skall ske en noggrann prövning av om det vid sidan av kvinnans egna önskemål föreligger objektiva skäl att medge abort.

Kommittén ställer sig i princip avvisande till en särskild 12-veckorsgräns. Som skäl härför anför den bl. a. att en sådan ordning lätt skulle kunna inge kvinnan den föreställningen att tidigaborter alltid kan utföras med lindrig abortmetod, vilket inte är fallet. Vidare skulle den kunna utgöra en olämplig press på kvinnan genom att hon känner sig tvungen att underkasta sig ingrepp före utgången av 12:e veckan av rädsla för att annars inte få aborten utförd.

Remissinstansernas inställning i frågan skiftar och är naturligtvis i många fall beroende av deras uppfattning om vilka grundläggande värderingar som bör bära upp den nya lagstiftningen. Men även de instanser som delar den grundsyn som jag har anslutit mig till i det föregående har olika uppfattningar. Sålunda finner socialstyrelsen att förutsättningarna för abort bör vara desamma ända upp till den 18:e havandeskapsveckans utgång och att de ökade risker för komplikationer som föreligger vid senaborter skall beaktas vid bedömningen av de medicinska kontraindikationerna. Andra instanser föreslår att det i lagen införs särskilda grunder för senabort. En del remissinstanser godtar i och för sig en ordning som innebär att man har enhetliga förutsättningar för abort men föreslår att själva besluts- och utredningsförfarandet differentieras.

F. n. föregås varje abort av en abortutredning. Förfarandet skall till en del naturligtvis ses mot bakgrund av att abortingrepp enligt 1938 års lag förutsätter att någon av lagens fem abortindikationer är uppfylld. Omfattningen och organisationen av utredningsarbetet skiftar ganska kraftigt från plats till plats men vanligen deltar gynekolog, psykiater och kurator i handläggningen. Kuratorn gör ofta en fullständig utredning angående kvinnans aktuella situation. I vissa fall ges utredningen dock ett mera summariskt innehåll och det inträffar att den vid klara medicinska indikationer utelämnas helt.

Ärenden som behandlas av socialstyrelsen föregås av fullständig kuratorsutredning. Kompletterande utredningar utförs ibland av psykiater och gynekolog men deras befattning med ärendena kan variera mycket. Självfallet måste det dock alltid göras en gynekologisk undersökning av kvinnan bl. a. för att fastställa graviditetstidens längd, före-

komsten av medicinska hinder eller risk för komplikationer. I samband med abortutredning kan kvinnan i regel också få den sociala information och den personliga rådgivning som hon behöver.

Enligt kommittén skall de uppgifter som kvinnan själv är villig att lämna till kurator eller läkare om sin situation utgöra tillräcklig utredning för beslut i abortärendet. Någon skriftlig dokumentation utöver den vanliga journalföringen inom sjukvården skall inte förekomma. I några av de remissyttranden som mera direkt behandlar utredningsförfarandet föreslås obligatorisk kuratorsutredning, i vissa fall dock endast vid aborter efter 12:e veckan. Flera remissinstanser framhåller vikten av att den beslutande läkaren får tillfälle att konsultera annan medicinsk expertis innan han tar slutlig ställning till om abort skall få utföras.

Ett abortingrepp måste som tidigare nämnts alltid föregås av en gynekologisk undersökning av kvinnan. Vid denna skall läkaren ta upp en utförlig redogörelse för kvinnans föregående tillstånd (anamnes) och fastställa graviditetens längd så noga som det är möjligt. Vidare skall kvinnan upplysas om lämplig abortmetod och vad denna innebär för henne. Även spörsmål som rör följdverkningar, smärtlindring, aktuell vårdform och fortsatta preventivmetoder bör behandlas. Frågan är emellertid om en undersökning av detta slag alltid kan antas ge ett tillräckligt underlag för den medicinska bedömningen och då särskilt vad gäller risken för komplikationer av psykisk art eller om det inte i vissa fall generellt kan finnas behov av en mera noggrann utredning angående kvinnans levnadsförhållanden och aktuella situation. Som en del remissinstanser betonat måste det i detta sammanhang också beaktas att det för den medicinska bedömningen ibland även kan framstå som motiverat att infordra ett särskilt utlåtande från psykiater eller annan medicinsk specialist. Jag återkommer närmare till frågan om sådana konsultationer i ett följande avsnitt om förfarandet.

Av den tidigare lämnade redogörelsen framgår att risken för såväl fysiska som psykiska följdverkningar av det slag som bör utgöra hinder mot abort är jämförelsevis obetydlig när ingreppet sker med lindrig abortmetod före utgången av 12:e havandeskapsveckan. Erfarenheten visar också att de medicinska hinder som kan förekomma under ett tidigt skede av graviditeten som regel är av endast övergående natur. Vid sådant förhållande saknas det enligt min mening tillräcklig anledning att som förutsättning för abort som utförs före utgången av 12:e havandeskapsveckans utgång ställa upp ett obligatoriskt krav på särskild utredning om kvinnans personliga förhållanden vid sidan av den genomgång som görs av läkaren i samband med den gynekologiska undersökningen. Vid detta ställningstagande har jag även tagit hänsyn till det förhållandet att f. n. omkring 80 % av alla aborter sker före utgången av 12:e havandeskapsveckan och att erfarenheten tyder på att kuratorsutredning i sådana fall kan undvaras.

När abortingreppet däremot inte kan företas förrän efter utgången av 12:e havandeskapsveckan får i regel en mer ingripande och riskfylld

abortmetod tillgripas samtidigt som faran för komplikationer ökar. Härtill kommer att det i sådana fall oftare än vid tidigabort förekommer att kvinnan är mer eller mindre osäker på om hon vill fullfölja graviditeten eller avbryta den. Man får också räkna med att i fall då kvinnan är utsatt för påtryckning från andra personer, som av skilda anledningar önskar se havandeskapet avbrutet, trycket på henne från omgivningens sida ökar efter hand som graviditeten fortskrider, samtidigt som det blir allt svårare och mer konfliktfyllt för henne att utstå detta tryck och träffa sitt avgörande.

De nu angivna förhållandena gör att de medicinska kontraindikationerna kan få större styrka vid aborter som sker efter 12:e havandeskapsveckans utgång än vid de tidiga aborterna. Generellt sett torde det därför i dessa fall vara motiverat att göra en noggrannare undersökning angående kvinnans aktuella situation, för att därigenom få fram ett säkrare underlag för den medicinska bedömningen av riskerna med ingreppet. Jag vill i detta sammanhang också framhålla att det bl. a. med hänsyn till fostrets utvecklingsgrad i dessa fall framstår som särskilt angeläget att kvinnan till underlag för sitt eget ställningstagande får den mera allsidiga belysning av sin egen situation som en kontakt med en kurator kan ge. Mot denna bakgrund föreslår jag att abort som utförs efter utgången av 12:e veckan skall föregås av särskild utredning om kvinnans personliga förhållanden.

Den skillnad i handläggningsförfarande som sålunda bör göras mellan ingrepp före och efter 12:e veckans utgång kan få till följd en ytterligare förskjutning från sena till tidiga aborter, eftersom det kan antas att många kvinnor vill undvika det särskilda utredningsförfarandet efter 12:e veckan. En sådan utveckling finner jag önskvärd och helt i överensstämmelse med den strävan mot ett förenklat och mindre riskfyllt abortförfarande som bör förverkligas genom den nya lagstiftningen. Vidare vill jag understryka att den föreslagna differentieringen medför att samhällets i dag hårt belastade resurser för abortutredning i betydligt högre grad än som nu är möjligt kan koncentreras till de fall där det oftast föreligger ett reellt behov av sådan utredning, nämligen de sena aborterna.

Kravet på särskild utredning vid sena aborter bör dock inte vara oeftergivligt. Anser läkaren i undantagsfall att sådan utredning av särskilda skäl inte är erforderlig, skall den inte behöva utföras. De fall jag här närmast tänker på är de då lindrig abortmetod kan användas även efter utgången av 12:e veckan.

Det bör emellertid i detta sammanhang ytterligare framhållas att kontakt med kurator i ett abortärende inte bara tjänar syftet att bredda beslutsunderlaget utan även innebär en värdefull möjlighet för kvinnan att få ett behov av närmare information och rådgivning i skilda frågor tillgodosett på ett ibland mera naturligt sätt än som i allmänhet är möjligt i samband med en gynekologisk undersökning. Det torde därför ofta vara ändamålsenligt att söka samordna utredningsverksamheten med den

rådgivning som alltid bör vara tillgänglig för en abortsökande kvinna. Det är vidare angeläget att man vid organisationen av denna verksamhet ser till att en kurator såvitt möjligt knyts till de mottagningar dit kvinnan först vänder sig med en begäran om abort och att förfarandet med särskild utredning eller rådgivning under inga förhållanden får medföra någon onödig tidsutdräkt. Jag avser att senare återkomma till den betydelsefulla frågan om abortrådgivningen men vill redan här betona vikten av att kvinnan så snart hon tar den första kontakten i abortärendet upplyses om vilka möjligheter hon har att få sådan rådgivning.

Jag skall härefter gå över till frågan om det behövs någon övre tidsgräns för abort.

Som jag har nämnt tidigare får abort f. n. inte utföras efter 20:e havandeskapsveckan. Vid synnerliga skäl kan dock socialstyrelsen ge tillstånd till ingrepp intill utgången av 24:e veckan. Syftet med denna övre tidsgräns är att den skall hindra att det tas fram livsdugliga varelser vid abortingrepp. Enligt kommittén finns det inte längre något behov av en sådan tidsgräns. Till stöd för detta ställningstagande anförs bl. a. att den nuvarande gränsen var nödvändig vid lagens tillkomst, eftersom man då hade endast ringa erfarenhet av abortingrepp och det behövdes en norm för läkarnas handlande. Enligt kommittén är dagens situation en annan och man behöver inte längre hysa tvivel om att läkarna kommer att avböja att utföra aborter, om de har den ringaste anledning befara att livsduglighet har inträtt.

Kommitténs förslag har i denna del utsatts för stark kritik av remissinstanserna, vilka nästan genomgående uttalar sig för en övre tidsgräns. Socialstyrelsen framhåller att man visserligen inte behöver hysa några farhågor för att läkarna skulle komma att företa otillåtligt sena aborter om bedömningen överläts helt på dem, men att det är angeläget att skapa alldeles särskilda garantier för att abort inte företas så sent att det finns risk för att fostret är livsdugligt. Andra remissinstanser erinrar om att det inte sällan kan vara mycket svårt att före ingreppet säkert fastställa om ett foster är livsdugligt, eftersom fostrets möjligheter att överleva abortingreppet (viabilitet) inte inträder vid bestämd tidpunkt och det inte alltid går att exakt precisera graviditetens längd. Det påpekas också att risken för komplikationer ökar vid sena aborter. I flera remissyttranden framhålls vidare att mycket sena aborter innebär mentalhygieniska risker för vårdpersonalen på gynekologi- och prematur-avdelningarna. En ytterligare synpunkt som förts fram är att en övre tidsgräns skulle innebära att det mera utvecklade fostret erhåller en form av rättsskydd.

Jag ansluter mig helt till den mycket kraftiga remissopinion som anser att det fortfarande finns anledning skapa särskilda garantier för att abort inte företas så sent att det finns risk för att ingreppen kommer att avse livsdugliga varelser. Jag föreslår därför att det i den nya lagstiftningen anges en gräns efter vilken abort i princip inte får företas.

När det gäller att närmare fixera en sådan tidsgräns har skilda förslag

förts fram under remissbehandlingen. Socialstyrelsen, läkarförbundet och läkaresällskapet föreslår 18 veckor medan andra instanser har stannat för 20, 22 eller 24 veckor.

Som framgått av vad jag nyss anförde är en särskild gräns motiverad framför allt av det skälet att det inte skall tas fram livsdugliga varelser vid abortingrepp. Viabilitet i den mening som avses här torde f. n. inträda någon gång mellan 24:e och 28:e havandeskapsveckan. Emellertid har de senaste årens forskningar gett ökade kunskaper om fostrets livsbetingelser, vilket har fått till följd att möjligheterna att behandla svagt livsdugliga foster så att de överlever stadigt har förbättrats. Med nuvarande 24-veckorsgräns har man inte helt kunnat undgå att oförutsett finna ett viabelt foster vid abortingrepp. En bidragande orsak till detta kan ha varit att kvinnans uppgifter om graviditetens längd varit oriktiga.

Gränsen mellan abort och födelse dras f. n. vid utgången av 28:e havandeskapsveckan. Enligt 30 § folkbokföringsförordningen (1967:198) skall sålunda foster som är äldre än 28 veckor eller som utfört andningsrörelse eller uppvisat annat livstecken efter födelsen anmälas som barn. Utvecklingen inom prematurvården har emellertid medfört att man vid de överläggningar som förts inom världshälsoorganisationen angående nya regler för definition av abort, avsedda att tas in i 1975 års upplaga av den internationella klassifikationen av sjukdomar, har föreslagit att gränsen mellan födelse och abort i fortsättningen skall dras vid en fostervikt av 500 gram, vilket motsvarar cirka 22 veckors graviditet.

I detta sammanhang bör också uppmärksammas att den gravida kvinnan brukar känna de första fosterrörelserna under 18:e–20:e havandeskapsveckan, ibland ett par veckor tidigare. I flera remissyttranden har framhållits att den psykologiska effekten av denna upplevelse i regel är mycket stark oavsett om kvinnans graviditet är önskad eller inte. Vid abortingrepp efter denna tidpunkt kan det därför föreligga en ökad risk för psykiska komplikationer.

När det gäller att fastställa den tidpunkt efter vilken abort i princip inte skall få företas bör man enligt min mening sträva efter att skapa en betryggande säkerhetsmarginal mot ingrepp, där det kan tas fram foster som företer livstecken och som eventuellt kan bringas att överleva med de förbättrade metoder för prematurvård som numera föreligger eller inom en inte alltför avlägsen framtid kan väntas stå till läkarnas förfogande. I huvudsak samma målsättning ligger bakom det förslag till ändring av definitionen av abort som under senare år förts fram i internationella sammanhang. Några absolut säkra metoder att i förväg fastställa om viabilitet föreligger eller hur stort fostret är finns inte f. n., särskilt som det ofta kan vara svårt för läkaren att av kvinnan få de exakta tidsuppgifter han behöver för en sådan bedömning. Detta gör att gränsen mellan abort och tidig födsel även framdeles kommer att vara i viss mån flytande. Mot denna bakgrund men också med hänsyn till de ökade risker för psykiska följdverkningar som inträder i samband med att kvinnan känner fosterrörelser föreslår jag att den särskilda gränsen – i

överensstämmelse med vad bl. a. socialstyrelsen och flera medicinska remissinstanser har förordat — sätts till utgången av 18:e graviditetsveckan.

Av abortstatistiken framgår att f. n. knappt 2 % av aborterna utförs efter utgången av 18:e veckan. Även om det av flera skäl kan förväntas att den nuvarande utvecklingen, som innebär att en allt större andel av ingreppen utförs i ett tidigt stadium av graviditeten, kommer att fortsätta, måste man enligt min mening räkna med att det också i framtiden ibland kan uppstå situationer, där abort efter 18:e veckan kommer att framstå som en angelägen åtgärd. Hit hör t. ex. fall som går in under den nuvarande eugeniska indikationen eller fosterskadeindikationen. Som ytterligare exempel kan nämnas situationer där frågan om abort av skilda orsaker har kommit upp först på ett sent stadium av graviditeten. Jag föreslår därför att abort skall få ske även efter den särskilda gränsen vid utgången av 18:e havandeskapsveckan, om det föreligger synnerliga skäl för åtgärden.

För att abort skall få ske i sådant fall bör dock självfallet som huvudregel gälla att fostret inte har nått en sådan utveckling att det kan leva och vidareutvecklas utanför moderns kropp. Föreligger anledning anta att fostret är livsdugligt, bör abort därför inte få ske annat än då det föreligger mycket starka medicinska skäl för åtgärden, dvs. när fortsatt graviditet på grund av sjukdom eller kroppsfel hos kvinnan skulle medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa. Denna princip angående hinder mot abort i fall då det kan antas att fostret är livsdugligt är enligt min mening så viktig att en särskild bestämmelse därom bör tas in i den nya lagen.

När det gäller den författningsmässiga utformningen av abortreglerna har kommittén valt att i lagtexten precisera de omständigheter som skall föreligga för att abort skall få ske. Denna metod har utsatts för kritik av flera remissinstanser, som anser att den står i mindre god samklang med den av kommittén i motiven hävdade principen att kvinnan skall få abort när hon begär det och medicinska kontraindikationer saknas. Vidare har framhållits att de av kommittén föreslagna tre särskilda grunderna för abort är alltför vagt utformade för att ge stöd och ledning vid den praktiska tillämpningen.

Vad först gäller abort som sker före utgången av 12:e havandeskapsveckan skulle en ordning som innebär att det i lagen ställs upp vissa särskilda grunder för abort enligt min mening komma att stå helt i strid med den tidigare valda utgångspunkten för den nya lagstiftningen, nämligen tilltron till kvinnans förmåga att själv avgöra abortfrågan. Samma förhållanden som tidigare åberopades när det gällde frågan om ett obligatoriskt krav på kuratorsutredning visar också att det för nu avsedda fall inte heller torde finnas något praktiskt behov av sådana särskilda grunder.

Beträffande de fall åter då det är fråga om abort efter utgången av 12:e men före utgången av 18:e havandeskapsveckan skulle det i och för sig

kunna göras gällande att det finns starkare skäl att uppställa särskilda indikationer för ingreppet. De förhållanden som skulle kunna åberopas för en sådan ordning är bl. a. de ökade riskerna för komplikationer och hänsynen till fostrets utveckling. Vad gäller riskerna för komplikationer vid sena aborter vill jag i detta sammanhang till en början erinra om att bl. a. socialstyrelsen under remissbehandlingen uttalat att det inte enbart av denna orsak finns tillräcklig anledning att ställa upp särskilda grunder för sena ingrepp. Den riskökning som inträder efter 12:e havandeskapsveckan bör sålunda i erforderlig utsträckning kunna beaktas vid den prövning av medicinska komplikationer, som alltid skall föregå ett ingrepp. Jag delar denna uppfattning.

Erfarenheterna från tillämpningen av 1938 års lag synes ge vid handen att i varje fall en indikation av innebörd att abort skall få ske så snart "det av annan anledning är oskäligt betungande för kvinnan att havandeskapet fortsätter" i praktiken kan komma att åberopas i snart sagt alla fall då kvinnan är bestämd i sin önskan om abort. Att en sådan tillämpning även måste ha varit förutsedd av kommittén framgår för övrigt av dess i motiven gjorda, nyss återgivna uttalande.

När jag här tidigare förordade en ordning som kommer att innebära att en abort efter utgången av 12:e havandeskapsveckan i princip alltid skall föregås av en särskild utredning framhöll jag att det för dessa fall inte bara gällde att få fram ett bättre underlag för den medicinska bedömningen utan att syftet till en del även var att om möjligt ge kvinnan ett säkrare underlag för hennes eget ställningstagande till frågan om abort. Vid sådant förhållande och mot bakgrund av vad jag i övrigt nyss anfört skulle det enligt min mening inte vara meningsfullt att vid sidan av kravet på en sådan utredning även ange några särskilda grunder för abort efter utgången av den 12:e men före utgången av den 18:e havandeskapsveckan. I lagen bör sålunda även för dessa fall den huvudregeln införas att abort skall ske på kvinnans begäran, om ingreppet inte på grund av sjukdom hos henne kan antas medföra allvarlig fara för hennes liv eller hälsa.

Efter utgången av 18:e graviditetsveckan skall enligt vad jag tidigare har förordat abort få utföras endast om synnerliga skäl talar för åtgärden. Innebörden härav är att kvinnan i detta skede måste ange särskilda skäl för sin begäran och att dessa skäl kommer att underkastas prövning och jämföras med eventuella skäl mot ingrepp. Att i lagtext närmare precisera de omständigheter som här kan vara av betydelse finner jag inte nödvändigt i vidare mån än jag nyss har angett för fall då det kan befaras att fostret vid tiden för aborten är livsdugligt. Frågan hänger naturligtvis delvis samman med hur prövningsförfarandet utformas, något som jag kommer att behandla i följande avsnitt.

Slutligen vill jag i detta sammanhang uppehålla mig något vid frågan, om en lagstiftning som utgår från principen att det är kvinnan själv som under en del av graviditeten avgör om hon önskar avbryta havandeskapet, kan tänkas medföra att abort blir vad kommittén kallar "en ny preventivmetod", dvs. att kvinnan medvetet skulle förlita sig på

möjligheten att få abort framför någon av preventivmetoderna. En sådan utveckling skulle som kommittén och remissinstanserna har framhållit från många synpunkter vara olycklig. Frågan måste naturligtvis bedömas mot bakgrund av att statsmakterna ända sedan 1930-talet satsat på att icke önskade havandeskap skall förhindras med hjälp av preventivmetoder och att vi här i landet sedan lång tid tillbaka har en hög antikonceptionell standard. Som socialstyrelsen har framhållit i sitt remissyttrande torde det inte finnas anledning befara att en förändring av abortlagstiftningen i nu angiven riktning skulle få kvinnorna att i stället för att använda de mindre farliga preventivmetoderna medvetet ta risken av en oönskad graviditet för att om den inträffar underkasta sig det mer riskfyllda och komplicerade ingrepp som abort innebär. För att ytterligare förbättra möjligheten för alla att få preventivmedel och att sprida kunskaperna om deras användning kommer chefen för socialdepartementet senare denna dag att föreslå särskilda åtgärder i fråga om bl. a. preventivmedelsrådgivningen och kostnaderna för preventivmedel.

7.3 Förfarandet

Jag har i det föregående föreslagit en ordning som kommer att innebära att abort får utföras på kvinnans begäran, om ingreppet kan ske före utgången av 12:e havandeskapsveckan och utan allvarlig risk för hennes liv eller hälsa. För abort efter denna tidsgräns men före utgången av 18:e havandeskapsveckan uppställs vidare ett i princip obligatoriskt krav på en särskild utredning. Efter 18:e veckan kommer det att fordras synnerliga skäl för att åtgärden skall få företas. Abort skall dock aldrig få ske när det kan antas att fostret är livsdugligt, såvida det inte är fråga om den nödsituationen att det föreligger allvarlig fara för kvinnans liv eller hälsa. I detta avsnitt avser jag att bl. a. ta upp frågan om vem som skall ta ställning till kvinnans begäran om abort samt spörsmålet om vilken rådgivningsverksamhet som skall föregå prövningen.

Av vad jag har anfört tidigare framgår att en av de allvarligare anmärkningarna mot den nuvarande lagstiftningen är att handläggningen av abortärendena varierar rätt mycket mellan olika platser och att förfarandet på sina håll inte sällan blir en utdragen och omständlig procedur för kvinnan. Jag vill redan här slå fast att en av målsättningarna för den nya lagstiftningen bör vara att handläggningen av abortärendena i görligaste mån skall förenklas och under alla förhållanden göras mera enhetlig. Förfarandet bör avdramatiseras och ges en sådan utformning att det nära ansluter till vad som gäller för annan läkarvård. Så långt det är möjligt bör ett abortärende vara en angelägenhet mellan kvinnan och den läkare hon anlitar. Ett sådant förenklat förfarande står inte bara i bättre överensstämmelse med grundtankarna bakom den förestående reformen utan bör även kunna bidra till att öka andelen tidiga aborter, en utveckling som från såväl de berörda kvinnornas som samhällets synpunkt är angelägen.

Enligt 1938 års lag företas prövningen om det föreligger förutsättningar för abort antingen av två läkare, varav den ene skall vara den som utför ingreppet, eller av socialstyrelsen. Vid tillämpning av den eugeniska indikationen och fosterskadeindikationen samt vid abort efter 20:e veckan skall prövningen alltid göras av socialstyrelsen, närmare bestämt dess socialpsykiatriska nämnd.

Kommittén föreslår att rätten till abort skall fastställas av särskilda nämnder bestående av en gynekolog eller kirurg, en läkare med särskild erfarenhet i psykiatri och en lekman. Nämnden skall i ganska vid omfattning kunna uppdra åt läkare att på nämndens vägnar bevilja abort.

Kommitténs förslag har genomgående fått ett negativt mottagande av remissinstanserna. Mot det föreslagna systemet har framför allt invänts att det är tungrott och kan förorsaka onödiga dröjsmål samt att det kan medföra press och obehag för kvinnan. Vidare har ifrågasatts om den i nämnden ingående psykiatern och lekmannen har en meningsfull uppgift att fylla, eftersom det förutsätts att de regelmässigt inte skall komma i personlig kontakt med den abortsökande kvinnan.

Frågan om vem som skall ta ställning till kvinnans begäran att få avbryta sin graviditet hänger naturligtvis nära samman med vilka förutsättningar som ställs upp för abort. Kräver man som kommittén att kvinnan måste åberopa särskilda grunder för sin ansökan, vilka skall jämföras med eventuella skäl mot ingrepp, kan detta medföra behov av ett mera omständligt prövningsförfarande. Medger man däremot i likhet med vad jag har föreslagit i det föregående att abort fram till utgången av 12:e havandeskapsveckan får utföras om kvinnan begär det och medicinska kontraindikationer saknas, kommer den bedömning som skall föregå ingreppet i princip att avse rent medicinska fakta. Enligt min mening saknas då anledning att för denna prövning tillskapa ett särskilt beslutsorgan med företrädare för olika intressegrupper. I stället bör det kunna anförtros åt vederbörande läkare att själv ta ställning till kvinnans begäran. Härigenom uppnår man den fördel som jag antydde inledningsvis, nämligen att frågan om abort liksom läkarvård i allmänhet blir en fråga mellan patient och läkare.

I fråga om abort efter 12:e veckan men före utgången av 18:e havandeskapsveckan har jag förordat att abort i princip får ske endast efter en särskild kuratorsutredning. Ett av syftena med en sådan utredning är att ge kvinnan ett bättre underlag för hennes eget ställningstagande till frågan om abort. Därutöver gäller det emellertid också att i dessa fall ge läkaren ett bättre underlag för hans prövning av riskerna för medicinska komplikationer och då särskilt av psykisk art. Vid sådant förhållande finns det inte heller för abort under denna period anledning att låta annan än läkaren ta ställning till kvinnans begäran.

Jag återkommer senare till den ordning som bör gälla efter utgången av 18:e havandeskapsveckan.

Vad gäller den redan i föregående avsnitt berörda frågan om den beslutande läkarens möjligheter att konsultera annan expertis så vill jag i

detta sammanhang till en början konstatera att jag helt delar den uppfattning som åtskilliga remissinstanser fört fram, nämligen att abortärendena i detta avseende inte bör skilja sig från vad som gäller vid annan medicinsk verksamhet. Läkaren har således inte bara rätt utan också skyldighet att ta de kontakter han behöver för att kunna träffa ett riktigt avgörande. Häri ligger också en rätt för honom att när han bedömer det erforderligt remittera kvinnan till exempelvis psykiater för ytterligare undersökning. Ett sådant förfaringssätt kan vara nödvändigt t. ex. när det framstår som osäkert om kvinnan verkligen vill ha abort, när det kan misstänkas att hon utsatts för påverkan av någon annan eller när hon befinner sig i ett depressivt sinnestillstånd till följd av graviditeten. Vidare kan det tänkas finnas fall när genetrisk expertis behöver kontaktas. Jag vill emellertid understryka att ett sådant remissförfarande inte får bli en åtgärd som tillgrips rent rutinmässigt. Annan expertis skall kopplas in endast i de fall då det föreligger särskilda problem, som den beslutande läkaren inte anser sig kunna klara av själv. Såvitt jag kan bedöma torde det endast undantagsvis behöva förekomma att abortsökande remitteras för ytterligare undersökning när ingreppet kan ske före utgången av 12:e havandeskapsveckan. Några särskilda lagbestämmelser i frågan anser jag inte behövliga.

Den särskilda kuratorsutredning som i princip alltid skall föregå beslut om abort efter utgången av 12:e men före utgången av 18:e havandeskapsveckan bör ske som en inledande åtgärd i nära anslutning till att kvinnan framställer sin begäran om abort. Det är viktigt att utredningen bedrivs snabbt och objektivt av personal som är väl utbildad och lämpad för uppgiften. I den mån utredningen ger anledning till remiss till annan läkare, t. ex. psykiater, bör sådan åtgärd ske utan dröjsmål. Iakttas vad som sagts nu behöver enligt min mening utrednings- och remissförfarandet vid de sena aborterna inte fördröja ärendena i nämnvärd grad. Detta är naturligtvis av särskild betydelse i de fall graviditeten har fortgått så länge att den övre tidsgränsen är nära.

För det fall att den beslutande läkaren finner att det föreligger så allvarliga kontraindikationer att abortingrepp inte får utföras, uppkommer frågan om kvinnan skall vara skyldig att finna sig i läkarens beslut eller om hon skall kunna få frågan överprövad. Kommittén föreslår att en sådan överprövning skall kunna ske hos socialstyrelsen. För att inte öka påfrestningarna för kvinnan och för att få till stånd en snabb behandling av ärendena föreslår kommittén att avslagsbeslut automatiskt skall hänskjutas till styrelsen för prövning. Förslaget har fått ett i huvudsak positivt mottagande av remissinstanserna. Även jag ansluter mig till det. Genom ett sådant förfarande främjas en för hela landet enhetlig handläggning av abortärendena. Det är angeläget att handläggningen hos socialstyrelsen sker snabbt.

När det gäller abort efter utgången av 18:e veckan är situationen en annan än vid tidigare ingrepp. I sådant fall bör abort enligt vad jag

tidigare förordat få äga rum endast om synnerliga skäl talar för åtgärden. Det blir alltså här fråga om en reell prövning av skälen både för och emot abort. Jag föreslår att avgörandet av dessa ofta komplicerade ärenden i likhet med vad som enligt 1938 års lag gäller för aborter efter 20:e veckan och i överensstämmelse med vad en stor majoritet av remissinstanser har föreslagit sker centralt för hela landet hos socialstyrelsen.

Även i dessa fall bör avgörandet föregås av särskild utredning. Vidare fordras här naturligtvis en skriftlig redogörelse för resultatet av den gynekologiska undersökningen. Närmare bestämmelser om innehållet i den särskilda utredningen och angående omfattningen av den utredning som skall tillställas socialstyrelsen vid dess prövning av abortärenden bör meddelas i administrativ ordning.

Som jag framhållit i föregående avsnitt har den betydelsefulla frågan om abortrådgivningen, inte minst på det organisatoriska planet, ett visst samband med den där också behandlade frågan om abortutredning.

Den kvinna som har blivit gravid men inte vill föda eller är osäker beträffande sina möjligheter att klara av det väntade barnet befinner sig ofta i en situation där hon är i stort behov av stöd och rådgivning från någon utomstående. Som jag har framhållit tidigare gäller detta i särskilt hög grad den kvinna vars personliga och sociala förhållanden är komplicerade när hon har att fatta sitt avgörande i abortfrågan. Det är därför av största vikt att samhället ställer sådana resurser till förfogande att hon utan omgång och med minsta möjliga ekonomiska uppoffringar kan komma i kontakt med kurator, läkare eller annan för ändamålet utbildad person med vilken hon förtroendefullt kan diskutera sina problem och som kan ge henne den information och det stöd som hon behöver. Härigenom förbättras hennes möjligheter att överblicka sin situation och att välja en ändamålsenlig lösning på sina problem. Särskilt viktigt är det att hennes beslut att låta avbryta havandeskapet verkligen ger uttryck för hennes egen önskan. Hur denna rådgivningsverksamhet framdeles skall vara utformad tas senare denna dag upp av chefen för socialdepartementet. Vad jag däremot vill behandla något redan här är frågan om en abortsökande kvinna inte bara skall ha *rätt* att anlita samhällets rådgivande verksamhet utan också ha *skyldighet* att ta sådan kontakt innan abort får utföras.

Naturligtvis är det angeläget att den kvinna som överväger att begära abort utnyttjar de möjligheter till rådgivning som samhället ställer till hennes förfogande. Det bör därför ingå som ett naturligt led i varje abortärende att kvinnan underrättas om sina möjligheter att få rådgivning och att hon bereds tillfälle att ta del av informationen. Sådan underrättelse bör som jag har framhållit tidigare lämnas redan när kvinnan tar den första kontakten i abortärendet, antingen det är med läkare, kurator eller annan personal som har befattning med abortfrågor. I de fall ingreppet skall göras efter 12:e veckan och således i allmänhet föregås av särskild abortutredning torde ett eventuellt behov av rådgivning kunna tillgodoses inom ramen för den kontakt med kurator som ett

sådant förfarande kommer att innebära. Som bl. a. socialstyrelsen, en del medicinska remissinstanser och Svensk kuratorsförening har framhållit bör det emellertid vara kvinnans egen önskan som blir helt avgörande för om eller i vilken omfattning hon skall söka rådgivning. Ingen kvinna skall alltså behöva inställa sig för rådgivning mot sin vilja. För den som har fattat sitt beslut om abort och som inte anser sig ha behov av social information eller annat stöd måste nämligen ett obligatoriskt rådgivningsförfarande framstå som meningslöst. I sådant fall bör det vara tillräckligt om kvinnan vid kontakten med läkaren får erforderliga upplysningar om själva abortingreppet. Jag föreslår därför att det inte införs någon skyldighet för abortsökande kvinna att anlita samhällets rådgivningsverksamhet innan aborten utförs. Innebörden av detta är att en kvinna, som har upplysts om möjligheterna till rådgivning men förklarat att hon inte önskar utnyttja denna, direkt skall kunna få tid för besök hos läkare eller, om ingreppet skall företas efter 12:e veckan, hos kurator för utredning.

7.4 Övriga frågor

En reformering av gällande abortlagstiftning enligt de riktlinjer i fråga om förutsättningarna för och förfarandet vid abort som jag nyss har förordat, bör komma till uttryck genom bestämmelser i en helt ny lag, vilken lämpligen bör ges beteckningen abortlag. Innan jag går in på de enskilda bestämmelserna i lagförslaget vill jag emellertid redan nu ta upp en del ytterligare frågor av mer principiell karaktär. Det gäller här såväl den straffrättsliga aspekten på abort som vissa spörsmål av huvudsakligen medicinsk eller administrativ natur. Sistnämnda frågor har till en del aktualiserats vid remissbehandlingen och har även tagits upp av den särskilda arbetsgruppen inom justitiedepartementet.

Straffbestämmelser om abort eller fosterfördrivning finns f. n. i både brottsbalken och 1938 års lag. Enligt 3 kap. 4 § brottsbalken kan den som med hjälp av invärtes eller utvärtes medel olovligen fördriver eller eljest dödar foster straffas för fosterfördrivning med fängelse i högst två år. Är det kvinnan själv som utför gärningen kan påföljden för henne efterges, om omständigheterna är mildrande. Är fosterfördrivning som förövas av annan än kvinnan att anse som grov, skall straffet bestämmas till fängelse lägst ett och högst sex år. För att avgöra om brottet är grovt skall särskilt beaktas om gärningen har skett vanemässigt eller för vinnings skull eller om den har inneburit särskild fara för kvinnans liv eller hälsa. Fosterfördrivning är enligt 10 § straffbar även på försöksstadiet. Tillämpningen av straffbestämmelserna inskränks när det gäller kvinnan själv av regeln i 11 § att kvinnan får åtalas för fosterfördrivning eller försök därtill endast om åklagare av särskilda skäl finner åtal påkallat från allmän synpunkt.

I 10 § 1938 års lag anges vilka förutsättningar som skall vara uppfyllda för att en abort inte skall vara straffbar som fosterfördrivning. För det första måste någon av lagens fem abortindikationer föreligga, vilket skall

ha konstaterats i den ordning som lagen föreskriver, dvs. av två läkare eller av socialstyrelsen. Vidare fordras att kvinnan har samtyckt till ingreppet och att detta företas innan den övre tidsgränsen har passerats. Föreligger dessa förutsättningar skall inte den omständigheten att andra bestämmelser i 1938 års lag har åsidosatts medföra att ansvar för fosterfördrivning inträder. I vilken omfattning straff i sådant fall kan ådömas framgår av de särskilda ansvarsreglerna i 11–15 §§. En situation som härvid har lämnats straffri är att kvinnan själv företar ingrepp för att avbryta havandeskapet. En sådan åtgärd har, sedan det i behörig ordning förklarats att förutsättningarna för abort föreligger, ansetts ha betydelse endast i den riktningen att den utsätter henne själv för risk till liv eller hälsa. Däremot innehåller lagen i 11 § en straffbestämmelse för det fall aborten verkställs av annan, som inte är legitimerad läkare. Vidare innehåller lagen ansvarsregler för såväl läkare som andra personer, vilka underlåter att iaktta vissa föreskrifter i lagen (12–15 §§).

Kommittén föreslår att det straffhot mot kvinnan som de nuvarande bestämmelserna i brottsbalken innebär tas bort. Däremot bör straffbestämmelser alltjämt finnas beträffande annan som utför abortingrepp utan att vara läkare. Likaså behövs enligt kommittén vissa ansvarsbestämmelser i fråga om läkare. Kommitténs förslag har i dessa delar godtagits av flertalet remissinstanser.

Kommittén har i sitt betänkande lämnat en utförlig redogörelse för bakgrunden till de nuvarande straffbestämmelserna om fosterfördrivning och för de skäl som åberopats till stöd för dem. Jag skall här bara erinra om att redan vid 1946 års ändringar i abortlagstiftningen, då det bl. a. infördes möjlighet att efterge straffet för kvinnan vid mildrande omständigheter samt särskilda regler för åtalsprövning, föredragande departementschefen uttalade att det var uppenbart att straffhotet mot kvinnorna inte motsvarade den då rådande uppfattningen inom stora delar av befolkningen och att det var möjligt att kriminaliseringen var till mer skada än gagn.

Den samhällsutveckling som har ägt rum därefter och som jag redogjort för i det föregående har enligt min mening ytterligare bidragit till att vidga klyftan mellan den gällande lagstiftningen på detta område och de värderingar som råder i samhället. Det har således i allt högre grad kommit att framstå som både inhumant och från allmänpreventiv synpunkt meningslöst att upprätthålla ett straffhot mot kvinnan i förevarande situation. Denna utveckling återspeglas också i det förhållandet att åtal mot kvinnor för fosterfördrivning efterhand har blivit allt ovanligare och sedan åtskilliga år i praktiken helt upphört. Mot denna bakgrund ansluter jag mig till kommitténs förslag att det nuvarande formella straffhotet mot kvinnan avskaffas. Däremot bör det alltjämt vara straffbart för annan än läkare att göra ingrepp på kvinna i fosterfördrivande syfte. Även läkare som underlåter att iaktta sina åligganden i abortärende bör kunna drabbas av straffansvar.

När det gäller den lagtekniska utformningen av straffbestämmelserna har kommittén föreslagit att reglerna om fosterfördrivning utmönstras ur

brottsbalken och att erforderliga bestämmelser i stället tas in i den föreslagna lagen om rätt till abortoperation. Kommitténs förslag har fått ett i huvudsak positivt mottagande.

Även jag anser att de nuvarande bestämmelserna om fosterfördrivning i 3 kap. brottsbalken bör upphävas och att erforderliga straffbestämmelser mot i första hand osakkunniga abortingrepp bör tas in i den föreslagna abortlagen. Jag vill emellertid understryka att den förordade ordningen inte innebär att jag hyser den uppfattningen att enskilda brott mot den nya lagens bestämmelser inte kan vara av mycket allvarlig karaktär. Jag återkommer närmare till denna fråga i specialmotiveringen.

Jag skall härefter ta upp de frågor av huvudsakligen medicinsk eller administrativ natur som aktualiserats vid remissbehandlingen och till följd därav behandlats av justitiedepartementets arbetsgrupp. Frågorna gäller vem som har ansvaret för att abort verkligen blir utförd, vilken skyldighet sjukvårdspersonalen har att medverka vid abort, var ingrepp får äga rum, vem som är behörig att utföra abort samt vilka möjligheter kvinnan har att få åtgärden utförd utanför sitt sjukvårdsområde.

Vad först gäller frågan om vem som skall ha ansvaret för att abort enligt den nya lagens bestämmelser verkligen blir utförd så ankommer det enligt 3 § sjukvårdslagen (1962:242) på sjukvårdshuvudmännen, dvs. landstingen och vissa kommuner, att ombesörja vård för sjukdom, skada, kroppsfel och barnsbörd för dem som är bosatta inom sjukvårdsområdet. Däremot torde sjukvårdshuvudmännen f. n. inte ha någon skyldighet att ta sig an abortfall, men de har frivilligt tagit på sig även denna uppgift. Kommittén har föreslagit att det i den nya abortlagen tas upp en särskild bestämmelse om skyldighet för sjukvårdsstyrelsen, dvs. det organ som utövar ledningen av huvudmannens sjukvårdande verksamhet, att ombesörja att kvinnan får abort utförd.

Enligt arbetsgruppens mening finns det ingen anledning anta annat än att sjukvårdshuvudmännen också i fortsättningen kommer att ansvara för abortverksamheten. Jag instämmer i denna uppfattning och ansluter mig därför även till arbetsgruppens bedömning att det inte i detta sammanhang finns något behov av att särskilt reglera sjukvårdshuvudmännens ansvar vid abort. Frågan bör lämpligen kunna anstå till en eventuell framtida översyn av sjukvårdslagen. Jag vill emellertid understryka vikten av att abortverksamheten likväl kommer att handhas på sådant sätt att den kvinna som uppfyller förutsättningarna för abort enligt den nya lagstiftningen alltid kan påräkna att få ingreppet utfört utan onödigt dröjsmål, oavsett om det gäller ett tidigt ingrepp i öppen vård eller ett ingrepp i så framskridet stadium av graviditeten att det krävs sluten vård.

Frågan om sjukvårdspersonalens skyldighet att medverka vid abort har tagits upp av flera remissinstanser, vilka genomgående framhåller vikten av att det tas hänsyn till personalens önskemål att slippa delta i abortverksamheten. Enligt 13–15 §§ sjukvårdskungörelsen (1972:676) vilar ansvaret för fördelningen av sjukvårdspersonalens arbete i första hand på klinik- och blockchefer. Vid denna fördelning bör man självfallet

inom sjukvården liksom inom arbetslivet i övrigt så långt det är möjligt ta hänsyn till de anställdas intressen och förutsättningar i olika avseenden. Man bör därför undvika att till abortverksamheten binda sådan personal som av exempelvis moraliska eller religiösa skäl har svårt att acceptera sådant arbete. Detta gäller inte minst av hänsyn till den abortsökande kvinnan. Jag vill erinra om att vad jag nu har anfört även kommit till uttryck i det tidigare nämnda cirkuläret (MF 1972:59) från socialstyrelsen med råd och anvisningar rörande tidiga abortingrepp. Några särskilda författningsbestämmelser i ämnet anser jag f. n. inte behövliga.

Vad sedan gäller frågorna om var och av vem abort skall få utföras så gäller enligt 6 § 1938 års lag att ingrepp i allmänhet skall företas på sjukhus av där anställd läkare. Socialstyrelsen kan dock i enskilda fall medge att läkare får utföra abort på annan sjukvårdsinrättning. Kommittén har föreslagit att sådant ingrepp skall företas av läkare och äga rum på allmänt sjukhus eller annan sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänner. I likhet med remissinstanserna och arbetsgruppen ansluter jag mig till förslaget. Genom en sådan föreskrift om var abort skall företas skapas garantier för att ingreppen kommer att ske under betryggande former och med tillgång till erforderliga resurser för t. ex. smärtlindring och behandling av komplikationer i samband med åtgärden. I princip bör den som är behörig att utöva läkaryrket och besitter erforderliga kunskaper om abortingrepp också få utföra sådan åtgärd. I den mån det behövs bör socialstyrelsen dock få meddela särskilda föreskrifter om behörighet att utföra abort.

En fråga som har väckt viss uppmärksamhet under remissbehandlingen rör rätten för kvinna att till samma kostnad få abort utförd på sjukvårdsinrättning utanför det egna sjukvårdsområdet. Som skäl härför åberopas bl. a. behovet av sekretesskydd i vissa situationer. Som arbetsgruppen framhåller får denna fråga till en del anses vara reglerad genom det mellan sjukvårdshuvudmännen träffade s. k. utomlänsavtalet, vilket behandlar ekonomiska frågor vid vård av patienter utanför det egna landstingsområdet. Svenska landstingsförbundets och Svenska kommunförbundets sjukvårdsdelegationsutskott för utomlänsvård, som har att meddela tillämpningsföreskrifter beträffande utomlänsavtalet, har i januari 1971 rekommenderat sjukvårdshuvudmännen att utge ersättning enligt utomlänsavtalet såvitt gäller abort som utförs efter socialstyrelsens tillstånd. Arbetsgruppen förutsätter att utskottet tar upp frågan om en utvidgning av nuvarande bestämmelser när en ny abortlagstiftning genomförs och att det därvid särskilt beaktas den abortsökandes behov av skydd för sin personliga integritet. Mot denna bakgrund anser jag att inte heller denna fråga nu behöver regleras genom särskilda författningsbestämmelser.

8 Upprättade lagförslag

I enlighet med det anförda har inom justitiedepartementet upprättats förslag till

1. abortlag,
2. lag om ändring i brottsbalken,
3. lag om ändring i lagen (1941:282) om sterilisering.

9 Specialmotivering till framlagda lagförslag

9.1 Förslaget till abortlag

1 §

I denna paragraf anges vilka förutsättningar som måste föreligga för att abort skall få utföras före utgången av 12:e havandeskapsveckan. Beträffande motiven för de föreslagna bestämmelserna hänvisas till vad jag har anfört i den allmänna motiveringen.

Kommittén har föreslagit att den nya lagstiftningen begränsas till operativa abortingrepp. Utanför lagens tillämpningsområde faller således enligt kommittén p-piller och s. k. spiral, vilka medel i viss utsträckning torde vara verksamma även efter befruktningen, samt sådana medel vilka är att hänföra under lagen (1967:185) om klinisk prövning av vissa medel för födelsekontroll. Förslaget har kritiserats av några remissinstanser, vilka framhåller att lagens tillämpningsområde har blivit alltför begränsat. Under lagen bör sålunda enligt dessa remissinstansers mening även falla aborter som utförs genom åtgärder vilka inte brukar betecknas som operationer, t. ex. injektioner av läkemedel. I några remissyttranden föreslås att även aborter som framkallas genom användande av farmaceutiska preparat bör omfattas av lagen. Jag delar uppfattningen att den av kommittén föreslagna lagstiftningen har fått en alltför begränsad räckvidd. I princip bör varje framkallad abort oberoende av hur den utförs omfattas av lagstiftningen. Jag föreslår därför att det i abortlagen uttömmande regleras under vilka förutsättningar en kvinna kan få sitt havandeskap avbrutet (abort). Utgångspunkten är härvid att havandeskap föreligger alltifrån befruktningen.

Med en sådan utformning av lagstiftningen skulle det i och för sig kunna uppstå viss tvekan huruvida användande av p-piller och spiral kan komma att betraktas som en åtgärd vilken faller under den föreslagna lagen. Som kommittén har framhållit anses f. n. brottsbalkens straffbestämmelser om fosterfördrivning inte tillämpliga när graviditetens förlopp hindras med dessa medel. Mot bakgrund härav och då nu tillgängliga p-piller och spiraler med hänsyn till såväl användningssätt som tidigare behandling även i andra lagstiftningssammanhang betraktats som enbart preventivmedel framstår det som naturligt att även i fortsättningen låta

dem falla utanför abortlagstiftningen. Några särskilda lagregler härom finner jag inte erforderliga.

Som jag har nämnt tidigare pågår kliniska försök för att få fram födelsekontrollerande medel, vilka skall hindra äggets vidareutveckling efter befruktningen. Försöken bedrivs här i landet med stöd av den nyss nämnda lagen från år 1967. Eftersom det i dessa fall är fråga om medel som direkt tar sikte på förloppet efter befruktningen synes en användning av dem i princip böra jämställas med ett abortingrepp. Å andra sidan kan bl. a. det förhållandet att det här är fråga om farmaceutiska preparat åberopas som skäl för att användningen av medlen såsom kommittén har föreslagit bör regleras i annan ordning än i abortlagstiftningen. Medel av detta slag är emellertid såvitt känt ännu inte tillräckligt prövade för att tas i allmänt bruk här i landet och det kan inte heller med säkerhet bedömas när utvecklingen har nått så långt. Några säkra uppgifter om vilka födelsekontrollerande egenskaper medlen kommer att ha och i vilka stadier av graviditeten de kommer att kunna användas föreligger inte. Mot denna bakgrund anser jag det vara för tidigt att redan i nu föreliggande lagstiftningsärende ta ställning till om det finns anledning att behandla dessa medel annorlunda än övriga abortmetoder. Detta innebär att i den mån sådana medel skall kunna få komma till praktisk användning i vårt land i annat sammanhang än som regleras av 1967 års lag om klinisk prövning av vissa medel för födelsekontroll så får detta ske endast under de förutsättningar som anges i den föreslagna abortlagen. Detta innebär också att om fråga om ändring i detta hänseende framdeles skulle komma upp, så får denna fråga underställas riksdagens prövning.

Enligt 3 § 1938 års lag kan abort företas utan att kvinnan själv har begärt det, om kvinnan på grund av rubbad själsverksamhet saknar förmåga att lämna giltigt samtycke till åtgärden. Kommittén konstaterar att bestämmelsen inte tillämpas längre och föreslår att den avskaffas. Jag delar kommitténs uppfattning att det från humanitär synpunkt numera inte kan godtas att abort får utföras utan kvinnans samtycke. Jag föreslår därför att det som förutsättning för abort i lagen anges att kvinnan har begärt åtgärden. Jag vill i detta sammanhang erinra om att vederbörande läkare vid bedömning av frågan om giltigt samtycke föreligger alltid har möjlighet att vid behov komplettera sin egen medicinska bedömning med utlåtande från någon specialist t. ex. en psykiater. Frågan i vilken utsträckning en abort som är nödvändig av hänsyn till kvinnans liv eller hälsa får företas utan uttryckligt eller presumerat samtycke av kvinnan får lösas efter samma principer som gäller för operativa ingrepp i allmänhet.

2 §

Denna paragraf behandlar förutsättningarna för abort efter 12:e men före utgången av 18:e veckan. Beträffande motiven för de föreslagna bestämmelserna hänvisas till den allmänna motiveringen.

En fråga som skall uppmärksammas något i detta sammanhang är i vilken utsträckning andra personer än kvinnan själv bör höras i ett abortärende. Enligt 5 § 1938 års lag bör när skäl därtill föreligger vissa personer beredas tillfälle yttra sig innan det sker någon prövning av abortförutsättningarna. Detta gäller det väntade barnets fader samt, om kvinnan är under 20 år, den som har vårdnaden om henne, förmyndaren om hon är omyndigförklarad, hennes man om hon är gift samt i fall då hon är intagen på allmän anstalt dennas läkare och föreståndare. I övrigt får yttrande inte inhämtas utan kvinnans medgivande. Enligt kommittén bör de uppgifter som kvinnan själv är beredd att lämna till kurator eller läkare om sin situation utgöra en tillfredsställande utredning. I några remissyttranden har föreslagits att det väntade barnets fader och föräldrarna till underårig kvinna i princip bör höras i abortärenden.

Som jag har framhållit tidigare får det förhållandet att den föreslagna lagstiftningen i stor utsträckning bygger på att kvinnans ställningstagande skall ha avgörande betydelse i abortärendet inte tolkas så att det ansvar som följer med en graviditet skall bäras av kvinnan ensam. Kvinnans beslut i abortfrågan bör naturligtvis i så stor utsträckning som det är möjligt grundas på gemensamma överväganden av henne och i första hand det väntade barnets fader. Många gånger kan även föräldrar och andra närstående lämna kvinnan ett värdefullt bistånd och stöd. I de fall kvinnan också utnyttjar den möjlighet till abortrådgivning som samhället ställer till hennes förfogande, kan det därför framstå som naturligt att man kommer överens om att besöka kurator tillsammans för att på detta sätt få en så allsidig belysning av frågan som möjligt. Kvinnan bör upplysas om möjligheten för henne att ta med sig närstående redan när hon första gången tar kontakt med rådgivningsverksamheten.

När det sedan gäller hörande av andra än kvinnan som ett led i läkarens och, vid abort efter 12:e veckan, kuratorns utredning av förutsättningarna för abort framgår det av kommitténs betänkande att tillämpningen av de nuvarande reglerna om hörande av annan än kvinnan själv skiftar ganska mycket. Allmänt tillämpas den principen att kurator söker kontakt med utomstående endast om kvinnan samtycker till det. Det torde dock förekomma att mannen samt föräldrarna till unga kvinnor kontaktas även mot kvinnans vilja. Det skall inte bestridas att det många gånger kan vara värdefullt att även andra än kvinnan hörs i ett abortärende, eftersom man härigenom kan få en fylligare och mera nyanserad bild av kvinnan och hennes situation. Enligt min mening bör det därför normalt ingå som ett led i ett abortärende att man med kvinnan tar upp frågan huruvida fadern till det väntade barnet och, när kvinnan är omyndig, hennes föräldrar (vårdnadshavare, förmyndare) bör kontaktas i ärendet. Ställer kvinnan sig därvid positiv till en sådan kontakt kan det i vart fall vid abort efter 12:e veckan finnas skäl ge dessa personer tillfälle att yttra sig, om det kan ske utan tidsutdräkt och andra olägenheter av betydelse. Frågan om hörande av andra personer än de nu nämnda bör tas upp med kvinnan endast när utredningen ger vid handen

att en sådan kontakt skulle kunna vara av särskild betydelse för läkarens ställningstagande i abortfrågan. Jag delar emellertid kommitténs uppfattning att det inte bör förekomma att någon hörs i ett abortärende utan att kvinnan har lämnat sitt medgivande till det. En sådan ordning är enligt min mening nödvändig bl. a. av sekretesskäl. Den kvinna som vänder sig till läkare med anledning av inträffad graviditet skall kunna lita på att uppgifter om hennes situation inte förs vidare utan hennes samtycke. En annan ståndpunkt skulle enligt min mening kunna medföra risk för att kvinnan väljer att utföra abort på illegal väg för att därigenom slippa de olägenheter som hon finner vara förenade med att andra personer måste höras under det abortförfarande som samhället ställer till hennes förfogande. En utveckling i sådan riktning måste ovillkorligen förhindras.

När det i övrigt gäller den särskilda utredning som normalt skall föregå abort efter 12:e veckan bör det enligt vad jag har anfört i den allmänna motiveringen ankomma på socialstyrelsen att utfärda närmare anvisningar om dess innehåll och omfattning. Det är därvid viktigt att anvisningarna ges en sådan utformning att det blir möjligt för den som svarar för utredningsförfarandet att anpassa handläggningen efter omständigheterna i det enskilda fallet.

3 §

I denna paragraf behandlas abort efter utgången av 18:e veckan. Sådan åtgärd får vidtas endast efter särskilt tillstånd av socialstyrelsen.

Tillstånd till abort får lämnas endast om det föreligger synnerliga skäl för åtgärden och det inte finns skäl anta att fostret är livsdugligt. Vad detta innebär har jag närmare utvecklat i den allmänna motiveringen. Det bör ankomma på socialstyrelsen att närmare ange vilken utredning som i dessa fall behöver föregå prövningen och vad som i övrigt skall iakttas vid abortansökan. Vad jag har anfört under 2 § angående hörande av annan än kvinnan själv gäller även vid utredning i fall enligt förevarande paragraf.

4 §

Denna paragraf innehåller bestämmelser för det fall kvinna vägras abort före utgången av 18:e havandeskapsveckan. I sådant fall skall frågan omedelbart underställas socialstyrelsens prövning. Läkaren är skyldig att vidta sådan åtgärd utan särskild begäran av kvinnan.

Bestämmelsen tar i första hand sikte på det fallet att läkaren har funnit att det föreligger sådana medicinska kontraindikationer att åtgärden inte får utföras. Situationen kan emellertid ibland också tänkas vara sådan att läkaren inte anser sig kunna avgöra abortfrågan själv, t. ex. därför att bedömningen av kontraindikationer fordrar sakkunskap som han inte besitter eller kan få tillgång till på det lokala planet eller därför att kvinnan vägrar medverka i den omfattning som läkaren finner nödvändig. Paragrafen kan vidare komma att tillämpas i fall då läkaren är osäker om

kvinnan har lämnat ett giltigt samtycke till åtgärden eller om han misstänker att 18-veckorsgränsen har överskridits.

Finner läkaren däremot vid undersökningen av kvinnan utrett att 18-veckorsgränsen har passerats är denna paragraf inte tillämplig. Ärendet skall då behandlas enligt 3 §, vilket bl. a. innebär att kvinnan själv skall ansöka om abort hos socialstyrelsen. Det förutsätts givetvis att kvinnan i sådant fall av läkaren underrättas om sina möjligheter att ta upp frågan i socialstyrelsen och får den hjälp hon behöver för att inge ansökan om tillstånd till abort.

5 §

Kommittén har föreslagit att rätt till abortoperation skall föreligga endast för kvinna som är berättigad till vård enligt sjukvårdslagen. Enligt 3 § nämnda lag är sjukvårdshuvudman skyldig att ombesörja vård för den som är bosatt inom sjukvårdsområdet samt för den som vistas inom området utan att vara bosatt där, om vederbörande är i behov av omedelbar vård. I denna bestämmelse görs inte någon skillnad mellan svenska och utländska medborgare. I fråga om svenska medborgare som inte är bosatta här i landet framhåller kommittén att det beträffande deras vård har träffats särskilda överenskommelser mellan sjukvårdshuvudmännen. Förslaget har inte mött någon erinran under remissbehandlingen.

Enligt min mening bör det komma till direkt uttryck i lagtexten att abort som regel får utföras endast om kvinnan är svensk medborgare eller bosatt i riket. Bosättningsbegreppet bör som kommittén har föreslagit tolkas i överensstämmelse med motsvarande uttryck i 1 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring. För att bosättning i landet skall anses föreligga torde sålunda normalt fordras att kvinnan vistas här stadigvarande eller att hon har för avsikt att stanna här under längre tid.

Emellertid kan det tänkas fall när det framstår som rimligt att även utländsk kvinna som inte är bosatt här i landet skall kunna få abort på svensk sjukvårdsinrättning. De fall jag närmast tänker på är när det föreligger medicinska skäl för abortingrepp, dvs. aborten är nödvändig för att rädda kvinnans liv eller hälsa, samt när kvinnan i något avseende har så nära anknytning till landet att hon skäligen bör kunna få abort i samma utsträckning som svenska kvinnor. I paragrafen har därför tagits in en bestämmelse om att socialstyrelsen när särskilda skäl talar för det kan lämna utländsk kvinna som inte är bosatt i Sverige tillstånd till abort. Sådan abort följer samma regler som i övrigt gäller för abortingrepp.

Frågan huruvida rekvisitet om medborgarskap eller bosättning är uppfyllt avgörs i abortärende enligt 1 eller 2 § av läkaren. Finner denne att det föreligger hinder mot ingrepp på den grund att kvinnan inte är svensk medborgare och inte heller bosatt här i landet, skall frågan enligt 4 § underställas socialstyrelsens prövning.

Paragrafens andra stycke innehåller bestämmelser om vem som får utföra abort och var sådant ingrepp skall ske. Reglerna har behandlats i den allmänna motiveringen. Vem som är behörig att utöva läkaryrket framgår av lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket.

6 §

Förutsättningarna för abort är enligt den föreslagna lagen i princip oberoende av vilket skäl kvinnan har för åtgärden. Föreligger medicinska skäl för abort kan det emellertid som jag har anfört i den allmänna motiveringen inträffa att tillstånd till åtgärden bör lämnas utan hinder av bestämmelsen i 3 § andra stycket om förbud mot abort när det föreligger skäl anta att fostret är livsdugligt. En bestämmelse härom har tagits in i första stycket av denna paragraf. Vidare kan det inträffa att ett iakttagande av bestämmelserna i 3 eller 5 § om socialstyrelsens tillstånd eller om platsen för ingrepp skulle medföra en tidsförlust som innebär en allvarlig risk för kvinnans liv eller hälsa. I sådant fall torde redan enligt reglerna i 24 kap. 4 § brottsbalken om straffrihet på grund av nöd följa att ingreppet får företas av läkare utan att de nyss nämnda bestämmelserna följs. Även om frånvaron av en särskild regel för nödsituationer på grund härav inte kan väntas medföra någon mera påtaglig olägenhet, anser jag att det i enlighet med vad som gäller f. n. av tydlighetsskäl bör tas in en sådan bestämmelse i den föreslagna lagen. Regeln har placerats i andra stycket av denna paragraf. Frågan om nödfall föreligger får avgöras av vederbörande läkare enligt vanliga normer för läkares handlande, dvs. enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Att läkare i fall som avses här kan underlåta att införskaffa utredning enligt 2 § följer redan av innehållet i den paragrafen.

7 §

I denna paragraf föreskrivs att talan inte får föras mot socialstyrelsens beslut i ärende om tillstånd till abort. Härmed avses såväl beslut enligt 3 §, 5 § första stycket och 6 § som beslut i ärende som hänskjutits till styrelsen enligt 4 §. I övrigt kan däremot talan fullföljas mot socialstyrelsens beslut enligt bestämmelserna i 18 § allmänna verksstadgan (1965:600).

8 §

I denna paragraf föreskrivs tystnadsplikt i fråga om enskildas personliga förhållanden som någon har fått kännedom om i samband med abortärende. Såväl uppsåtlig som oaktsam överträdelse av bestämmelsen är belagd med straff. Om målsäganden inte anger brottet till åtal får åtal väckas endast när det är påkallat från allmän synpunkt.

9 §

Denna paragraf innehåller straffbestämmelser för det fall annan än den som är behörig att utöva läkaryrket utför abort. Sådan gärning benämns illegal abort.

Den brottsliga gärningen består i att uppsåtligen utföra abort på annan. Att utföra abort innebär att avbryta ett pågående havandeskap. Förelåg inte havandeskap eller var havandeskapet redan avbrutet, dvs. var fostret redan dött när handlingen företogs, kan ansvar för illegal abort inte inträda. Straffbestämmelsen omfattar alla former av uppsåtligt avbrytande av havandeskap.

Den brottsliga gärningen är uppdelad på två svårhetsgrader. Straffskalan har utformats i överensstämmelse med kommitténs förslag, som lämnats utan erinran av remissinstanserna. Frågan huruvida den som utför illegal abort även ådrar sig straff enligt bestämmelserna i 3 kap. brottsbalken om brott mot liv och hälsa får bedömas enligt allmänna straffrättsliga konkurrensregler.

Det ligger i sakens natur att kvinnan själv inte kan straffas för anstiftan eller medhjälp till illegal abort, som utförs på henne.

10 §

I denna paragraf föreskrivs att läkare som uppsåtligen åsidosätter föreskrift i 4 § eller, om inte annat följer av 6 § andra stycket, i 3 eller 5 § skall dömas till böter eller fängelse i högst sex månader. Av oaktsamhet eller annorledes i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet företagna handlingar kan vid abort liksom vid annan medicinsk behandling beivras enligt 10 § allmänna läkarinstruktionen (1963:341).

Ikraftträdande

Den nya lagstiftningen bör träda i kraft den 1 januari 1975.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att i prop. 1974:44 föreslås att myndighetsåldern och därmed den övre gränsen för vårdnad enligt föräldrabalken sänks från 20 till 18 år. I 5 § 1938 års lag finns en bestämmelse om att, när kvinnan är under 20 år, den som har vårdnaden om henne skall beredas tillfälle till yttrande, om skäl är därtill. Ändringarna i fråga om åldersgränserna föreslås träda i kraft den 1 juli 1974. Jag finner inte skäl att föreslå någon ändring av nämnda bestämmelse i 1938 års lag för den tid därefter som lagen kommer att alltjämt vara i kraft. Genomförs förslaget om sänkning av åldersgränserna, kommer det självfallet inte att finnas någon vårdnadshavare som kan höras, när kvinnan har fyllt 18 år.

9.2 Förslagen till lagändringar

De föreslagna ändringarna i brottsbalken föranleds av förslaget att slopa straffhotet mot kvinnan och att överföra erforderliga straffbestämmelser till abortlagen. Beträffande motiven härför hänvisas till allmänna motiveringen.

Ändringarna i steriliseringslagen är av rent redaktionell natur.

10 Hemställan

Jag hemställer att Kungl. Maj:t i en gemensam proposition

dels föreslår riksdagen att antaga inom justitiedepartementet upprättade förslag till

1. abortlag,
2. lag om ändring i brottsbalken,
3. lag om ändring i lagen (1941:282) om sterilisering,

dels förelägger riksdagen de förslag som framgår av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över socialärenden (bilaga A).

Med bifall till vad föredraganden sålunda med instämmande av statsrådets övriga ledamöter hemställt förordnar Hans Kungl. Höghet Regenten att till riksdagen skall avlåtas proposition av den lydelse bilaga till detta protokoll utvisar.

Ur protokollet:

Britta Gyllensten

Bilaga A

Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför Hans Kungl. Höghet Regenten i statsrådet den 8 mars 1974.

Närvarande: statsministern PALME, ministern för utrikes ärendena ANDERSSON, statsråden STRÄNG, JOHANSSON, HOLMQVIST, ASPLING, LUNDKVIST, GEIJER, BENGTSSON, NORLING, LÖFBERG, FELDT, SIGURDSEN, GUSTAFSSON, ZACHRISSON.

Chefen för socialdepartementet, statsrådet Aspling, anmäler efter gemensam beredning med statsrådets övriga ledamöter fråga om *vissa abortförebyggande åtgärder m. m.* och anför.

1 Inledning

I anslutning till det förslag om ny abortlagstiftning m. m., som chefen för justitiedepartementet anmält tidigare denna dag, vill jag nu ta upp frågan om åtgärder inom socialdepartementets verksamhetsområde för att på olika sätt förebygga oönskade graviditeter och därmed allmänt minska behovet av aborter. Jag avser därvid att föreslå kraftiga insatser för att förstärka preventivmedelsrådgivningen och minska den enskildes kostnader för preventivmedel. I samband härmed kommer jag att ta upp frågan om abortrådgivningens framtida utformning. Jag kommer vidare att lägga fram förslag om ökade insatser för information om familjeplanering.

Min framställning kommer att i huvudsak bygga på det material som sammanställts av justitiedepartementets arbetsgrupp i abortfrågan.

2 Gällande ordning m. m.

2.1 Vissa bestämmelser inom sjukförsäkringen m. m.

Enligt 2 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) utgår sjukvårdsersättning för bl. a. läkarvård vid sjukdom och vid förlossning enligt av Kungl. Maj:t fastställda grunder. I läkarvårdstaxan (1969:657) finns bestämmelser som innebär att sjukvårdshuvudman (staten, landstingskommun eller kommun, som ej tillhör landstingskommun), som ombesörjt läkarvård åt den som är försäkrad enligt AFL, får ersättning från sjukförsäkringen med 48 kr. för varje läkarbesök. Detta gäller under förutsättning att ersättning av den försäkrade vid besök hos läkaren inte tas ut med högre belopp än 12 kr. För hembesök eller rådfrågning per telefon gäller särskilda regler. För läkarvård som meddelats av privatpraktiserande läkare utgår ersättning med tre fjärdedelar av utgifterna till den del de uppgått till vissa maximibelopp, som anges i läkarvårdstaxan. I

fråga om rådgivning innebär dessa regler att ersättning från sjukförsäkringen endast utgår om rådgivningen lämnas av läkare i samband med sjukbesök. Om läkarbesöket endast avser t. ex. abort- eller preventivmedelsrådgivning utgår däremot ingen ersättning från sjukförsäkringen oavsett om rådgivningen tillhandahålls genom sjukvårdshuvudmans försorg eller av en privatpraktiserande läkare.

Enligt förordningen (1954:519) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. är den som är försäkrad enligt AFL berättigad att vid sjukdom erhålla läkemedel kostnadsfritt eller till nedsatt pris. Den som är långvarigt och allvarligt sjuk erhåller i vissa fall läkemedel som förskrivits av läkare eller tandläkare kostnadsfritt. Med läkemedel menas i förordningen sådan vara, på vilken läkemedelsförordningen (1962:701) är tillämplig. I särskild kungörelse (1972:506) finns en förteckning över läkemedel som erhålls kostnadsfritt.

Vad beträffar prisnedsatta läkemedel gäller likaledes att reglerna är tillämpliga endast beträffande läkemedel som förskrivits av läkare eller tandläkare. Det fastställda priset för samtidigt förskrivna och inköpta läkemedel sätts ned med hälften av det belopp varmed det överstiger 5 kr. och med hela det belopp varmed det överstiger 25 kr. Om förskrivningen är avsedd att expedieras mer än en gång (iteration) gäller reglerna vid varje expeditionstillfälle. De nämnda reglerna innebär att den försäkrades utgift för läkemedel kan uppgå till högst 15 kr. vid varje expeditionstillfälle.

Förskrivning av kostnadsfria läkemedel skall ske på särskild receptblankett (läkemedelskort). Prisnedsatta läkemedel förskrivs på därför avsedd receptblankett, som enligt kungörelsen (1954:735) med tillämpningsföreskrifter till förordningen angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. kan itereras högst tre gånger.

2.2 Preventivmedelsrådgivningen

De preventivmedel som i dag förekommer i handeln är i huvudsak: 1) p-piller, 2) spiral (här använt som sammanfattande benämning på olika typer av livmoderinlägg), 3) pessar, 4) kondom, 5) kemiska medel. Samtliga medel utom kondom är avsedda att användas av kvinna. P-piller, spiral och pessar kan till skillnad från övriga preventivmedel endast erhållas efter läkares eller — beträffande spiral och pessar — barnmorskas medverkan.

Möjligheten för sjukvårdshuvudmännen att få statsbidrag för preventivmedelsrådgivning inom mödrahälsovårdens ram infördes år 1945 genom en ändring (1945:862) av dåvarande kungörelsen (1944:396) angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård. Kungörelsen upphävdes (1967:131) i samband med att ett enhetligt statsbidrag till sjukvårdshuvudmännen, avseende vissa vårdgrenar inom hälso- och sjukvård, infördes. Sedan den 1 januari 1973 utgår inte längre något särskilt stimulansbidrag till sjukvårdshuvudmännen för preventivmedels-

rådgivning. Bidraget har upphört i samband med att ersättningen till sjukvårdshuvudmännen från sjukförsäkringen höjdes år 1973 (prop. 1972:104 s. 90 och 99).

I det senaste av socialstyrelsen fastställda normalreglementet för mödra- och barnhälsovården (MF 1969:39) anges att mödrahälsovården omfattar dels förvård, dvs. vård av kvinnan under havandeskapet, dels eftervård, dvs. vård av den nyförlösta kvinnan under tiden närmast efter förlossningen, och dels preventivmedelsrådgivning (7 §). I reglementet framhålls vidare att preventivmedelsrådgivningen där så är lämpligt bör kunna lämnas vid särskilda för ändamålet anordnade mottagningar (11 §).

Familjerådgivningsverksamheten regleras f. n. genom kungörelsen (1960:710) om statsbidrag till försöksvis anordnad familjerådgivning. Anslaget har i årets statsverksproposition (prop. 1974:1 bil. 7 p. F 3) tagits upp med 500 000 kr. Enligt normalinstruktionen för den statsunderstödda familjerådgivningen (MF 1962:94) får denna verksamhet även omfatta sexualrådgivning och rådgivning beträffande förebyggande födelsekontroll inklusive sterilisering. För detta ändamål skall läkare vid familjerådgivningsbyrå anlita gynekologisk konsult.

Preventivmedelsrådgivning förekommer f. n. inom många olika verksamhetsområden. Rådgivning kan sålunda meddelas vid gynekologisk mottagning, gynekologisk eller obstetrisk vårdavdelning, mödravårdscentral, distriktsläkarmottagning, vårdcentral, rådgivningsbyrå i sexualfrågor, familjerådgivningsbyrå, aborträdgivningsbyrå eller genom Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU). Dessutom förekommer rådgivning i vissa skolor. Härutöver förekommer att rådgivning lämnas vid dermatologisk klinik och av privatpraktiserande läkare.

F. n. saknas tillförlitligt underlag för att bedöma hur många personer som årligen får individuell preventivmedelsrådgivning. Detta beror inte enbart på att statistik saknas utan också på att många får rådgivning i samband med att de söker vård för sjukdom eller någon annan form av vård, t. ex. mödravård.

Preventivmedelsrådgivning kan sägas vara obligatorisk i samband med användning av sådana preventivmedel som p-piller, spiral och pessar. En viss uppfattning om rådgivningens omfattning kan man därför få genom att undersöka hur stor förbrukningen av dessa preventivmedel är. Ca 450 000 kvinnor beräknas ha skaffat sig något av dessa preventivmedel under år 1972. Således skulle över 400 000 personer ha sökt preventivmedelsrådgivning enbart för att få dessa preventivmedel. En del av dem har sedan återkommit till preventivmedelsrådgivningen för kontroll eller förnyad rådgivning.

Vid mödravårdscentraler förekommer än så länge preventivmedelsrådgivning utan samband med graviditet eller förlossning endast i mindre utsträckning. Jämfört med nyssnämnda beräkning av antalet kvinnor som varje år använder p-piller, spiral eller pessar kan sålunda nämnas att år 1971 endast 5 800 kvinnor kom till mödravårdscentraler för enbart

preventivmedelsrådgivning. Samma år kom däremot 117 000 kvinnor till mödravårdscentraler för kontroller i samband med graviditet. Något över hälften av dem kom på återbesök efter förlossningen och man kan anta att nästan samtliga av dessa också fick preventivmedelsrådgivning.

Enligt en enkät som gjorts av socialutredningen i samband med ett uppdrag att utreda familjerådgivningens framtida organisation, tillhandahåller endast en familjerådgivningsbyrå i landstingskommunal regi preventivmedelsrådgivning som fristående service. Övriga byråer hänvisar i de flesta fall sina klienter till andra institutioner för preventivmedelsrådgivning.

Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) driver egna kliniker för preventivmedelsrådgivning i Stockholm och Göteborg. Totala antalet patientbesök år 1972 var i Stockholm 7 024 och i Göteborg 5 167. Sammanlagda antalet besök hos RFSU under år 1972 uppgick således till något över 12 000.

Organiserad preventivmedelsrådgivning för ungdom förekommer i några enstaka fall, t. ex. vid Stockholms skoldirektions rådgivningsbyrå och Borlänge kommuns ungdomsmottagning.

Sammanfattningsvis kan sägas att preventivmedelsrådgivning f. n. till övervägande del meddelas vid gynekolog- eller distriktsläkarmottagningar och av privatläkare.

2.3 Kostnaderna för preventivmedel

Preventivmedel anses inte vara läkemedel enligt läkemedelsförordningen (1962:701), vilket bl. a. innebär att de inte omfattas av sjukförsäkringens ersättningsregler. Vissa som p-piller använda medel kan emellertid också användas som läkemedel. I dessa fall omfattas de av sjukförsäkringens ersättningsregler. Om p-piller förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte utgår däremot ingen läkemedelsrabatt, eftersom ersättning från sjukförsäkringen förutsätter att sjukdom föreligger.

Antalet kvinnor som använder p-piller brukar beräknas med utgångspunkt i försäljningen av p-piller och under den förutsättningen att alla p-piller konsumeras samt att kvinnan regelbundet använder p-piller hela året. Följande antal kvinnor beräknas sedan år 1968 ha använt p-piller.

År	*Antal kvinnor*
1968	315 000
1969	390 000
1970	370 000
1971	344 000
1972	348 000
1973	300 000

Antalet kvinnor som år 1973 använde p-piller motsvarade ca 19 % av landets kvinnor i åldern 15—44 år.

P-pillren tillhandahålls av fabrikanterna i förpackningar för i allmänhet en, tre eller sex månaders förbrukning. För ett av de vanligaste p-pillren (Follinyl) var apotekens utförsäljningspris år 1973 för motsvarande

förpackningar 6:10 kr., 14:50 kr. och 26:50 kr. Utöver nämnda priser tar apoteken ut en expeditionsavgift på f. n. 3:50 kr. för varje expeditionstillfälle.

Nedanstående tablå visar patientens kostnad om p-pillren förskrivs med resp. utan läkemedelsrabatt för tre, sex och tolv månaders förbrukning.

Förskrivning av p-piller, antal mån.	Patientens kostnad utan läkemedelsrabatt (kr.)	Patientens kostnad med läkemedelsrabatt (kr.)
3 mån.	18:–	11:50
6 mån.	30:–	15:–
12 mån.	56:50	15:–

För övriga preventivmedel (kondom, pessar, spiral, kemiska medel) saknas samlad statistik över den årliga förbrukningen. Det finns endast uppgifter om hur stort antal som varje år av myndigheterna godkänts för försäljning. Av dessa framgår att det under senare år skett en markant ökning av antalet för försäljning godkända spiraler, medan en kraftig minskning ägt rum under år 1973 beträffande pessar, kemiska medel och kondomer.

Den särskilt under år 1973 kraftigt ökade efterfrågan på spiraler anses bero på att den nya kopparspiralen började marknadsföras under andra halvåret 1972. Försäljningsvärdet av de under år 1973 för försäljning godkända livmoderinläggen (235 040 stycken) kan uppskattas till 5,9 milj. kr. Priset på en kopparspiral är ca 25 kr.

Försäljningsvärdet av de under år 1973 för försäljning godkända pessaren (14 015 stycken) kan uppskattas till ca 225 000 kr. Apoteksbolagets försäljningspris för ett pessar var detta år ca 15 kr. Försäljning av pessar sker vanligen i kombination med spermiedödande salva. Det sammanlagda priset uppgår till mellan 25 och 35 kr.

År 1973 godkändes för försäljning 52 milj. kondomer, av vilka ca 29 % exporterades. Förbrukningen i Sverige beräknas därför under året ha uppgått till ca 37 milj. kondomer. Med ett genomsnittligt försäljningspris av 60 öre per kondom kan försäljningsvärdet av de för Sverige avsedda kondomerna uppskattas till ca 22 milj. kr.

Samma år godkändes 195 010 förpackningar kemiska preventivmedel för försäljning. Försäljningsvärdet av dessa kan uppskattas till ca 2,1 milj. kr. Kostnaden för en förpackning skumpreparat ligger på ca 20 kr., medan en spermiedödande salva säljs för 6–10 kr. per förpackning.

Sammanfattningsvis kan värdet år 1973 av de för Sverige godkända preventivmedlen kondom, pessar, spiral och kemiska medel enligt Apoteksbolagets försäljningspriser uppskattas till ca 36 milj. kr. inkl. moms. Om härtill läggs försäljningsvärdet av de p-piller som apoteken köpt in under år 1973, nämligen 18 milj. kr. uppgår sammanlagda värdet av år 1973 för konsumtion inom Sverige avsedda preventivmedel till 54 milj. kr.

2.4 Abortrådgivningen

För denna verksamhet saknas f. n. en för hela landet enhetlig organisation. Flera sjukvårdshuvudmän har anordnat särskilda abortrådgivningsbyråer. Statsbidrag för anordnande och upprätthållande av abortrådgivning vid sådana byråer utgår till kommunal sjukvårdshuvudman med stöd av kungörelsen (1945:863) om statsbidrag till viss verksamhet för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte. Till rådgivningsbyråerna skall vara knutna legitimerade läkare och kvinnliga kuratorer. Bidraget utgår till avlöning av läkare och kurator samt till vissa resor. Instruktion för utövandet av verksamheten skall fastställas av vederbörande landsting resp. kommun utanför landsting. Till grund för sådan instruktion skall ligga en av socialstyrelsen utfärdad normalinstruktion. Sådan har utfärdats år 1967 (MF 1967:21). Här anges syftet med den statsunderstödda abortförebyggande verksamheten vara att på ett personligt sätt ta sig an kvinnor som vid oönskad graviditet söker abort. Detta bör ske genom förmedling av hjälp, i förekommande fall genom andra samhälleliga organ. Om indikation för abort föreligger och kvinnan vill ha abort, skall hon få hjälp med sin abortansökan. Rådgivningen skall vara avgiftsfri.

Abortrådgivning kan också lämnas vid vissa familjerådgivningsbyråer, av kuratorer vid sjukhusens kvinnokliniker m. m. Statsunderstödd abortrådgivning inom familjerådgivningsverksamheten anordnas med stöd av kungörelsen (1960:710) om statsbidrag till försöksvis anordnad familjerådgivning. Sådan verksamhet skall utövas vid öppen mottagning antingen vid särskilda familjerådgivningsbyråer eller i anknytning till lasarettsklinik, central för psykisk barna- och ungdomsvård eller rådgivningsbyrå inom den abortförebyggande verksamheten. Till verksamheten bör knytas dels som konsulter två eller flera läkare, av vilka minst en skall vara gynekolog och minst en psykiater, och dels två eller flera kuratorer. Bidraget utgår till kostnaderna för läkares och kurators avlöning och resor i tjänsten. Det utgår endast under förutsättning att rådgivning och behandling, som ingår i verksamheten, lämnas avgiftsfritt.

Den statsunderstödda abortrådgivningsverksamheten omfattade i juli 1973 24 abortrådgivningsbyråer, vilka hade organiserats av sammanlagt 14 sjukvårdshuvudmän. Abortrådgivning bedrevs dessutom inom den försöksvis anordnade familjerådgivningen på sex orter i landet.

Antalet avslutade ärenden vid abortrådgivningsbyråerna uppgick under år 1972 till 20 668. Av de sökande fick senare 17 926 abort, vilket motsvarade 87 % av ärendena. Av det totala antalet kvinnor som fick abort år 1972 (24 170) hade 74 % varit i kontakt med abortrådgivningsbyråerna.

För budgetåret 1973/74 beräknas statsbidrag till abortförebyggande åtgärder utgå med ca 1,1 milj. kr.

2.5 Preventivmedelsinformationen

Det är i huvudsak två instanser i samhället som kontinuerligt arbetar med preventivmedelsinformation, socialstyrelsen och RFSU. Styrelsen bedriver verksamheten genom sin nämnd för hälsoupplysning (f. d. socialstyrelsens hälsovårdsupplysningsdelegation). Sedan år 1956 förekommer också preventivmedelsinformation i samband med den obligatoriska sexualundervisningen i skolorna.

Utredningen rörande sexual- och samlevnadsfrågor i undervisnings- och upplysningsarbetet (USSU) väntas under våren 1974 lägga fram ett betänkande som bl. a. kommer att beröra preventivmedelsinformationen inom skolans område.

Till socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning har Kungl. Maj:t för budgetåret 1973/74 anvisat 470 000 kr. för preventivmedelsinformation. Tidigare har nämnden såvitt angår sexualrådgivning främst bedrivit information om könssjukdomar, varför nämnden nu fått ett vidare informationsområde. Nämnden har i sitt arbete lagt huvudvikten vid följande målgrupper:

1. Ungdomar.
2. Informatörer och rådgivare (läkare, skolhälsovårdspersonal, fritidsledare, föräldrar, lärare, barnmorskor m. fl.).
3. Massmedia.

Åtgärder riktade till ungdomar omfattar bl. a. tryckt material i form av broschyrer och affischer, teaterpjäser m. m. För informatörer och rådgivare har bl. a. getts ut basskriften "Fakta om preventivmedel". Nämnden bedriver också kursverksamhet och har en kontinuerlig kontakt med massmedia. Till nämndens arbete med preventivmedelsinformation har i 1974 års statsverksproposition (prop. 1974:1 bil. 7 p. F 8) tagits upp 600 000 kr. för budgetåret 1974/75.

RFSU har i huvudsak tre verksamhetsgrenar; en för preventivmedelsrådgivning (Stockholm och Göteborg), en för kurser samt en försäljningsorganisation.

Kursverksamheten omfattar kurser i sexologi för lärare, läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, socialarbetare och andra med uppgift att meddela sexualrådgivning eller sexualundervisning. Vidare brukar RFSU anordna föreläsningar i sexologi i första hand för sjukvårdspersonal men också för kandidater från lärarseminarier av olika slag.

Informationsmaterial utges regelbundet av RFSU. De senaste åren har RFSU börjat ge ut en serie broschyrer med preventivmedelsinformation: "Frågor och svar om p-piller", "Frågor och svar om kondomer" etc. Serien kommer att behandla alla i dag förekommande preventivmedel och beräknas vara färdigställd om något år. RFSU-bulletinen utges med sex nummer per år och vänder sig till samma kategorier som ovan nämnts.

Den verksamhet riktad till invandrare som RFSU bedriver innebär kurser för invandrarfunktionärer (lärare, präster, invandrarbyråernas

folk), studiecirklar bland invandrade finländare, ett forskningsprojekt om invandrarbarnens och deras föräldrars inställning till den svenska sexualundervisningen m. m. Målsättningen under kurserna och studiecirklarna har varit att vidga förståelsen för och kunskapen om olika synsätt när det gäller samlevnad och sexualmoral.

En stor del av det material som används i sexualundervisningen i skolan är producerat av Sveriges Radio och Utbildningsförlaget. Utbildningsförlaget har bl. a. framställt ett undervisningspaket, bestående av bildmaterial (stordiaserie), lärar-PM, lärobok och elevhäfte. I regel behandlas sexual- och samlevnadsfrågor i särskilda avsnitt i de läromedel som av statens läroboksnämnd uppförts på läroboksförteckningen. Vid sidan av dessa läromedel finns på marknaden s. k. supplerande material, som inte granskas centralt, t. ex. bredvidläsningsböcker, småskrifter, bildserier och filmer.

Skolöverstyrelsen har för lärare producerat ett omfattande fortbildningsmaterial för sexual- och samlevnadsundervisningen i skolan. Det omfattar dels ett tryckt material dels olika ljudbildband.

Massmedia bedriver kvantitativt sett en omfattande information inte minst genom läkarspalter i dags- och veckopress.

Läkemedelsföretagen ger ofta ut broschyrer, bildband, skrifter m. m., vilka vänder sig dels till patienter, dels till läkare, barnmorskor, sköterskor och lärare. Utformningen varierar från produktinformation till redogörelse för existerande preventivmetoder i en mer generellt upplagd information. Via sina konsulenter bedriver företagen en ganska omfattande informationsverksamhet främst till olika berörda yrkeskategorier.

Invandrarverket ger på olika språk ut sexualupplysningsbroschyrer för invandrare. Dessutom kan nämnas kommittén för television och radio i utbildningen (TRU), sexualforskningsinstitutet, bokförlag m. fl.

Flertalet landstingskommuner ger i broschyrer, som delas ut till de enskilda hushållen, upplysningar om bl. a. var preventivmedelsrådgivning meddelas. Sådan information förekommer också i form av annonsering bl. a. i telefonkatalogen. Många större kommuner lämnar också genom broschyrer upplysningar till hushållen om sociala förmåner och social service. Sådan information sker också genom annonsering och är inte så vanlig i mindre kommuner. Inom Kommunförbundet pågår därför f. n. arbete på att skapa ett socialt informationspaket, som kan utnyttjas för den kommunala informationen. Skrivelser har gått ut till samtliga kommuner. I dessa har förbundet förklarat sig villigt att hjälpa till att utforma en kommunal information om social service m. m. Förbundet kommer att inrikta sitt arbete på att stimulera alla kommuner till sådan informationsverksamhet.

En översyn pågår av den av socialdepartementet år 1970 utgivna socialkatalogen. En ny upplaga beräknas föreligga i april 1974. Katalogen omfattar förutom sådana upplysningar som berör barnfamiljer, nyblivna mödrar, kvinnor i abortsituation m. m. även upplysningar om vart man skall vända sig för preventivmedelsrådgivning. Katalogen sänds ut till alla hushåll i Sverige.

3 Abortkommitténs förslag

1965 års abortkommitté har i sitt betänkande bl. a. lagt fram förslag till en lag om abortoperation. Kommittén har i samband därmed föreslagit olika åtgärder för att förbättra informationen om preventivmedel och den individuella preventivmedelsrådgivningen. I ett särskilt kapitel har kommittén behandlat samhällets stöd vid graviditet och föräldraskap. Kommittén har vidare lagt fram förslag till ny organisation av abortrådgivningsverksamheten.

Kommittén har rekommenderat ökade insatser från samhällets sida i vad avser upplysning och kunskaper om sexuallivet samt saklig preventivmedelsinformation. Sålunda bör sexualundervisningen och informationen om preventivmedel i skolan utökas och en saklig och informativ upplysning i form av preventivmedelsinformation lämnas till allmänheten, varvid bl. a. massmedia bör användas efter det att en försöksverksamhet först anordnats vid de större sjukhusens kvinnokliniker med modern informationsteknisk utrustning, såsom intern television och film. Lämpligt upplysningsmaterial för allmänheten bör kunna utarbetas av socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning i samarbete med RFSU. Kommittén finner det väsentligt med fortlöpande upplysning som uppmuntrar till användning av förebyggande metoder, så att ännu fler människor utnyttjar den kunskap de redan har på området. Det är vidare enligt kommittén väsentligt att den upplysning som meddelas är så ingående och saklig som möjligt så att den klargör de olika metodernas fördelar och nackdelar, att olika metoder ofta med fördel kan användas i olika samlevnadssituationer eller i skilda åldrar och att metoderna ger individen större trygghet ju mera konsekvent de används.

Kommittén konstaterar, att resurserna i dagens samhälle när det gäller att tillgodose behovet av individuell vägledning i preventivteknik och kvinnans efterfrågan på medicinsk service för födelsekontroll är otillräckliga samt att de begränsade resurser som finns inte är särskilt väl samordnade. Användningen av p-piller och livmoderinlägg (spiral) ställer dessutom avsevärt större krav på preventivmedelsrådgivning än tidigare preventivmedel. Till skillnad mot kondom och i viss mån pessar medför användningen av dessa skyddsmedel behov av fortlöpande och högt kvalificerad medicinsk service.

För att förbättra servicen på detta område anser kommittén det vara väsentligt att sjukvårdshuvudmännen avdelar ett tillräckligt antal läkartimmar för preventivmedelsrådgivning och att allmänheten underrättas om att den har rätt till denna rådgivning.

Abortkommittén föreslår vidare en utbyggnad av mödrahälsovården med mottagningar för preventivmedelsrådgivning, varvid kommittén anser det önskvärt att dessa i varje fall lokalmässigt inte är bundna till sjukhusen. Mottagningarna bör stå öppna både för män och kvinnor samt om möjligt ha kvällsöppet någon gång i veckan. Vidare förordar kommittén att nyförlösta kvinnor får möjlighet till rådgivning redan på

kliniken lika väl som att kvinnor som vårdas där efter abort får preventivmedelsrådgivning.

Även rådgivningen vid oplanerad graviditet bör enligt kommittén samordnas med mödrahälsovården. Kvinnan skall inte behöva hänvisas till olika kliniker, fristående byråer etc. utan kunna lita till mödrahälsovården vid oplanerad likaväl som vid planerad graviditet och bör få tillgång till kuratorshjälp antingen hon vill föda eller är beredd att bli opererad för att slippa det. Mödrahälsovården bör därigenom bättre än hittills kunna fungera som ett vård- och serviceorgan när det gäller preventivteknik, graviditetsrådgivning och råd åt blivande eller nyblivna föräldrar. Den utvidgade verksamheten föreslås bli kallad familjehälsovården.

All preventivmedelsrådgivning som lämnas i samhällets regi bör enligt kommittén vara kostnadsfri. De kostnader som sjukvårdshuvudmännen åsamkas genom att tillhandahålla fri rådgivning bör staten bidra till genom ökade anslag. Det nuvarande statsbidraget till abortförebyggande verksamhet bör enligt kommitténs mening upphöra. Vidare bör samhällets möjligheter att lämna ekonomiskt stöd för besök hos privatläkare för preventivmedelsrådgivning genom återbäring från försäkringskassan snarast utredas liksom möjligheten att tillhandahålla kostnadsfria skyddsmedel. Abortkommittén framhåller att de kostnader som den enskilde har för födelsekontrollen inte är obetydliga och att utgifterna är kännbarare ju lägre vederbörandes inkomst är.

4 Övriga utredningsförslag m. m.

4.1 Preventivmedelsrådgivningen

4.1.1 Socialstyrelsens arbetsgrupp 1968

Socialstyrelsen tillsatte i juni 1968 en arbetsgrupp för att utreda frågan om en särskild organisation för preventivmedels- och sexualrådgivning. Arbetsgruppen redovisade i december 1971 sina överväganden i en stencil, kallad "Förslag till organisation av preventivmedelsrådgivning". Yttranden över förslaget har inkommit från bl. a. skolöverstyrelsen (SÖ), Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska barnmorskeförbundet och RFSU.

Arbetsgruppen konstaterade att det, i avvaktan på en fullständig utbyggnad i landet av större vårdcentraler, i första hand var mest praktiskt och ekonomiskt att knyta preventivmedelsrådgivningen till mödrahälsovårdsorganisationen. Resurserna inom mödrahälsovården borde därför förstärkas såväl centralt som regionalt och lokalt inom nu existerande verksamhet och genom att särskilda mottagningar anordnades för dem som på eget initiativ och utan samband med havandeskap eller förlossning söker preventivmedelsrådgivning. Dessa särskilda mottagningar skulle lokalmässigt lämpligen kunna knytas till kvinnoklinik, öppen vårdcentral eller mödravårdscentral. Gruppen föreslog vidare bl. a. att

preventivmedelsrådgivningen gjordes särskilt tillgänglig för vissa målgrupper, t. ex. nyförlösta kvinnor och kvinnor som nyligen genomgått abort.

Arbetsgruppen ansåg att det borde ankomma på sjukvårdens huvudmän att organisera den verksamhet som behövdes för att tillfredsställa det ännu inte täckta behovet av preventivmedelsrådgivning. Detta borde ske genom att tillräckliga resurser ställdes till mödravårdscentralernas förfogande. I samband därmed föreslog gruppen att överläkare vid kvinnoklinik eller — där sådan tjänst fanns inrättad — mödrahälsovårdsläkare skulle vara huvudansvarig för verksamheten.

Enligt arbetsgruppen borde man sträva efter att förbättra rådgivningens innehåll samtidigt som tillgängliga läkarresurser användes på ett mera adekvat sätt. För att närmare studera i vilken omfattning icke-läkare kan användas inom preventivmedelsrådgivning har gruppen delat upp rådgivningen i olika moment och anger i en sammanställning vilka personalkategorier som kan svara för de olika momenten.

Beträffande personalresurserna för den föreslagna rådgivningsverksamheten framhöll arbetsgruppen att det sannolikt blir svårt att helt tillgodose läkarbehovet de närmaste åren. Enligt gruppen finns det däremot en personalreserv bland icke yrkesarbetande barnmorskor och sjuksköterskor med gynekologisk erfarenhet. Denna reserv borde kunna utnyttjas efter viss vidareutbildning.

Arbetsgruppen framhöll vidare bl. a. att undervisning i preventivmedelsfrågor i ökad omfattning bör ingå i utbildningen av medicinsk och socialmedicinsk personal så att denna i större utsträckning än hittills kan delta i den rådgivande verksamheten. Socialstyrelsen har också under budgetåret 1972/73 startat en sådan kursverksamhet för överläkare/bitr. överläkare vid kvinnoklinik och för barnmorskor.

Syftet med läkarkurserna är att läkarna efter genomgången kurs skall kunna svara för undervisningen på landstingsnivå av allmänläkare och industriläkare m. fl. samt av barnmorskor, skolsköterskor och kuratorer m. fl., som är engagerade i antikonceptionell rådgivning.

Syftet med kurserna för barnmorskor är att de efter en tvåveckorskurs med teoretisk och praktisk undervisning och efterföljande handledd praktik (inskolning) på hemorten självständigt skall kunna sköta informations- och rådgivningsverksamhet t. ex. på speciella mottagningar för preventivmedelsrådgivning.

Den av socialstyrelsen uppgjorda läroplanen för fortbildningen av barnmorskor i preventivmedelsrådgivning har av skolöverstyrelsen från den 1 juli 1973 tagits in i läroplanen för barnmorskeutbildningen, vilket innebär att alla efter den 1 juli 1973 antagna barnmorskeelever kommer att få utbildning i preventivmedelsrådgivning.

4.1.2 Övriga utredningar m. m.

Socialstyrelsen redovisade år 1968 ett principprogram för den öppna sjukvården ("Socialstyrelsen redovisar" 1968:3), där styrelsen framhöll

att mödrahälsovården och den gynekologiska hälsokontrollen och preventivmedelsrådgivningen bör anknytas till kliniker med specialistutbildade gynekologer.

Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut (Spri) har i sin rapport 14/72 Den öppna vårdens organisation redovisat ett material avsett för huvudmännens planeringsarbete inom den öppna hälso- och sjukvården. En viktig utgångspunkt har därvid varit socialstyrelsens principprogram för den öppna sjukvården.

I Spris rapport framhålls att hälsovårdens framtida omfattning och inriktning är av betydelse för den öppna vårdens organisation och för resursfördelningen inom hälso- och sjukvårdssektorn. Spri redogör därvid bl. a. för vissa utvecklingstendenser som påverkar mödrahälsovården.

Enligt rapporten kan antalet barnaföderskor antas bli ca 117 000 per år under 1970-talet. Befolkningsunderlaget för en mödrahälsovård av nuvarande karaktär skulle således inte undergå några större förändringar under den närmaste tioårsperioden. I fråga om en utbyggd och effektiviserad preventivmedelsrådgivning framhålls i rapporten att en sådan hälsovårdande och abortförebyggande verksamhet har en naturlig anknytning till mödrahälsovårdens arbetsområde och med fördel kan organiseras i anslutning till en decentraliserad öppen vård. En hel del tidskrävande men rutinbetonade arbetsmoment i detta sammanhang bör kunna utföras av distriktsbarnmorskor eller specialutbildade sjuksköterskor.

Den angivna inriktningen mot en utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen anges kräva ökade tidsinsatser av såväl läkare som barnmorskor/sjuksköterskor. Antalet barnmorskor med heltidstjänst på mödravårdscentral, distriktsbarnmorskor och mödravårdsutbildade distriktssköterskor uppgår enligt rapporten till omkring 500, vilket innebär i genomsnitt en befattningshavare på 16 000 invånare. Enligt Spri borde man inom en utbyggd mödrahälsovård på sikt kunna räkna med en sänkning av befolkningsunderlaget till kanske 10 000 invånare per befattningshavare. Inom en befolkning av i runt tal 10 000 invånare med en genomsnittlig ålders- och könsfördelning kan tidsåtgången för sådan verksamhet enligt Spri beräknas till omkring sju timmar per vecka, varav tre timmar för mödrahälsovård och fyra timmar för preventivmedelsrådgivning.

I Spris rapport görs också en bedömning av den framtida tillgången på personal för öppen vård. Sammanfattningsvis framhåller Spri att det förefaller som om personaltillgången inte skulle komma att sätta speciellt snäva gränser för utbyggnadsmöjligheterna.

I en nyligen av socialstyrelsen redovisad utredning ("Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Förslag till ett principprogram.") lade styrelsen fram ett förslag till struktur för hälso- och sjukvårdsverksamheten. I utredningen framhålls att de föreslagna funktionerna för primärvård i allt väsentligt överensstämmer med socialstyrelsens principprogram för öppen vård och Spris rapport 14/72 om den öppna vårdens organisation.

Förslaget innebär att hälso- och sjukvården byggs upp på tre huvudelement, vilka benämns primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Primärvården skall ansvara primärt för hälsotillståndet inom ett givet betjäningsområde, normalt med 25 000–50 000 invånare. Primärvårdsuppgifterna föreslås omfatta all hälsovård och i princip all sjukvård som kan bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem. Läkarstabens storlek inom ett primärvårdsområde kommer att medge viss specialisering mellan läkarna. Enligt utredningen synes det möjligt att utom i utpräglade glesbygder organisera mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning och gynekologisk sjukvård för större delen av befolkningen genom särskilda distriktsgynekologer och distriktsbarnmorskor.

Landstingsförbundet har i en promemoria med förslag till avgifter för viss läkarvård utanför försäkringskassornas betalningsskyldighet (bilaga I till Landstingsförbundets cirkulär nr AC 55/73) rekommenderat sjukvårdshuvudmännen att fr. o. m. den 1 januari 1973 inte ta ut någon avgift av patienter som utan att sjukdom föreligger söker preventivmedelsrådgivning vid gynekolog- eller allmänläkarmottagning. Den preventivmedelsrådgivning som eventuellt sker vid läkarbesök i samband med sjukdom omfattas däremot inte av rekommendationen. Rådgivning inom mödrahälsovården och vid sexualrådgivningsbyråer är kostnadsfri oberoende av rekommendationen.

Landstingsförbundets rekommendation innebär att preventivmedelsrådgivning, förskrivning av antikonceptionspreparat, insättning, kontroll eller avlägsnande av antikonceptionsspiral samt utprovning eller kontroll av pessar skall vara utan avgift för den sökande. Avgiftsfriheten omfattar också gynekologisk hälsoundersökning och cytologprov om dessa ingår i preventivmedelsrådgivningen. Däremot omfattar rekommendationen inte kostnaden för preventivmedel.

Avgörande för om avgift skall tas ut eller ej skall enligt Landstingsförbundet vara det motiv för besöket som den sökande uppger vid tidsbeställningen. Den som söker gynekologisk hälsoundersökning betalar således enligt gällande taxa och den som uppger sjukdom betalar 12 kr. enligt läkarvårdstaxan, medan den som söker preventivmedelsrådgivning inte erlägger någon avgift. Vad gäller "12-kronan" erinrar Landstingsförbundet emellertid om sjukvårdshuvudmännens rätt att sätta ned denna avgift utan att förlora rätten till ersättning från den allmänna försäkringen.

4.2 Abortrådgivningen

En av socialstyrelsen i mars 1972 tillsatt arbetsgrupp med uppgift att utreda möjligheterna att föra över en del av abortverksamheten till den öppna vården har bl. a. lämnat förslag till lämplig organisation och resursdimensionering för den tidiga abortverksamheten. Arbetsgruppen har därvid uppmärksammat det utredningsförfarande som enligt nuvarande bestämmelser föregår abort. Gruppen konstaterar att såväl gynekolog

som psykiater och kurator vanligen deltar i utredningsarbetet. Medan läkare medverkar i skiftande omfattning medverkar kurator mera regelbundet. Gravid kvinna, som ansökt om abort, kommer som regel först i kontakt med kurator eller gynekolog eller parallellt med båda. Kurators utredning utgör oftast en väsentlig del av beslutsunderlaget. Dessutom görs vanligen en kompletterande utredning av den psykiater som utfärdar tvåläkarintyget. På några håll förekommer det att en gynekolog vid helt klara abortindikationer efter sin undersökning skriver tvåläkarintyg tillsammans med annan läkare på kliniken (operatören). På vissa sjukhus hålls regelbundna konferenser gynekolog—psykiater—kurator. På en del håll kan dessa konferenser bestå av enbart telefonsamtal. På andra håll åter deltar inte gynekologen i den utredning som föregår abortbeslutet, utan går före sitt ställningstagande endast igenom de handlingar som upprättats av psykiater och kurator. På vissa håll har distriktsläkare engagerats i verksamheten.

Antalet kuratorsbesök varierar enligt arbetsgruppen dels från patient till patient, dels från sjukhus till sjukhus. Som regel bedöms dock ett eller två besök vara tillräckligt. Kuratorn gör ofta en fullständig socialutredning men i vissa fall görs den ganska kortfattad. Vid klara medicinska indikationer förkommer ofta ingen kuratorsutredning.

I ärenden som skall behandlas av socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd görs alltid fullständig utredning av kurator. I övrigt överensstämmer handläggningen på det lokala planet med den handläggning som föregår tvåläkarintygen.

Om abortkommitténs förslag accepteras kommer enligt arbetsgruppen ett beslut som leder fram till abort som regel att fattas i samråd mellan den abortsökande kvinnan och gynekologen. Annan läkare kommer inte att behöva konsulteras utom när gynekologen bedömer detta vara motiverat. Vanligen torde det då komma att röra sig om psykiatrisk konsultmedverkan. Den sannolika gången blir enligt arbetsgruppen att abortbeslutet fattas i samband med den preoperativa konsultationen för abortoperation. Även fortsättningsvis förutsätts vid behov medverkan av kurator i abortverksamheten.

4.3 Preventivmedelsinformationen

Den i 4.1.1 nämnda arbetsgruppen inom socialstyrelsen framhöll i "Förslag till organisation av preventivmedelsrådgivning" att väl utformade informationsbroschyrer om preventivmedel och deras användning borde finnas tillgängliga inom mödrahälsovården, på gynekologavdelningar osv. Sådana broschyrer skulle lämpligen kunna utformas inom socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning i samråd med RFSU och sjukvårdshuvudmännen. För att göra denna information tillgänglig även för invandrare borde broschyrerna översättas till olika utländska språk. Nyblivna mödrar borde informeras om preventivmedel redan på förlossningsavdelningen genom exempelvis självspelande ljudband och intern TV.

Arbetsgruppen framhöll vidare vikten av att allmänheten informeras om var preventivmedelsrådgivning tillhandahålls. Enligt gruppen är det också av stor vikt att olika målgrupper direkt informeras om var preventivmedelsrådgivning finns att tillgå, oavsett vem som meddelar den. Ansvaret för att delge invånarna denna information bör åvila sjukvårdshuvudmännen. Dessutom bör särskild information om lokal och öppethållandetider för preventivmedelsrådgivningen distribueras på kvinnokliniker, mödravårdscentraler samt inom skolväsendet.

5 Remissyttranden

5.1 Remissyttranden över abortkommitténs förslag

Abortkommitténs förslag har såvitt gäller abortförebyggande åtgärder genomgående fått ett positivt mottagande av remissinstanserna. Man understryker allmänt vikten av en samordning av de abortförebyggande åtgärderna och ändringarna i abortlagstiftningen. Det framhålls bl. a. att de förebyggande åtgärderna måste effektiviseras på ett sådant sätt att abort även i fortsättningen kommer att framstå som en åtgärd av undantagskaraktär. — Enligt *Landstingsförbundet* är det synnerligen angeläget att såväl staten som de kommunala huvudmännen på olika sätt verkar för att abortförebyggande åtgärder får större utrymme inom hälso-, sjuk- och socialvårdens resursramar. Särskilt betydelsefull är en förstärkning av mödravårdscentralerna. Frågan hur en ändamålsenligt anordnad organisation för preventivmedelsrådgivningen närmare skall utformas måste emellertid enligt förbundet lösas av huvudmännen själva utifrån deras skilda lokala förutsättningar. Det är, menar förbundet, av stor vikt att den i sammanhanget ytterst väsentliga preventivmedelsrådgivningen får en så snabb och bred effekt som möjligt. Vidare anser förbundet det angeläget att även andra personalkategorier än läkarna tar del i verksamheten bl. a. för att förkorta förekommande väntetider. *Socialstyrelsen* hävdar att en ökning av antalet aborter motverkas av en målmedveten satsning på förbättrad preventivmedelsrådgivning. Om en ökning inträder torde den enligt styrelsen bli endast måttlig och sannolikt inträffa under de närmaste åren, varefter antalet aborter torde stabiliseras på en relativt konstant nivå eller minska. — Förslaget att abortrådgivningen skall överföras till mödrahälsovården kritiseras av *medicinska fakulteten vid Linköpings högskola, Fredrika-Bremer-förbundet* och *Yrkeskvinnors klubbars riksförbund.* Dessa remissinstanser anser det mindre lämpligt att föra samman gravida kvinnor som inte önskar föda med övriga.

5.2 Remissyttranden till socialstyrelsen över förslaget till organisation av preventivmedelsrådgivningen

Landstingsförbundet framhåller i sitt remissvar att det framlagda organisationsförslaget bör hälsas med stor tillfredsställelse, varför förbun-

det i allt väsentligt ansluter sig till detsamma. Takten i utbyggnaden av preventivmedelsrådgivningen måste dock självfallet bli beroende av de resurser som kan ställas till förfogande. *Svenska kommunförbundet* tillstyrker förslaget bl. a. mot bakgrund av det ökade antalet aborter. Kommunförbundet framhåller, liksom även Landstingsförbundet, att organisationsplanen för rådgivningsverksamheten inte bör göras bindande utan att det bör stå öppet för huvudmännen att välja den för det enskilda sjukvårdsområdet mest lämpade organisationsformen. *Sveriges läkarförbund* tillstyrker i väsentliga delar förslaget till förstärkning av resurserna för antikonceptionell rådgivning. Enligt Läkarförbundet är det ändamålsenligt att rådgivningen organiseras av sjukvårdshuvudmännen samt att det sker i anslutning till de vårdcentraler för öppenvård som är planerade och som i viss omfattning redan är under utbyggnad. Vidare anser Läkarförbundet det naturligt att huvudansvaret för preventivmedelsrådgivningen kommer att vila på gynekologerna. Utbildningsfrågorna anser förbundet angelägna och understryker att en intensifierad undervisning om antikonception bör komma till stånd för alla läkarkategorier som arbetar med preventivmedelsrådgivning. *Svensk sjuksköterskeförening* finner det riktigt att resurserna för preventivmedelsrådgivningen förstärks inom den nuvarande mödrahälsovårdens ram och genom att det anordnas särskilda mottagningar knutna till kvinnoklinik, öppenvårdscentral eller mödravårdscentral. *Svenska barnmorskeförbundet* instämmer helt i förslaget. Förbundet framhåller att barnmorskorna i dagens läge ofta har större kunnande inom obstetrik och gynekologi än de flesta icke specialiserade läkare. *Skolöverstyrelsen* (SÖ) anser att man inte generellt kan ålägga den medicinska personalen inom skolan speciella uppgifter på detta område. SÖ framhåller att den av arbetsgruppen föreslagna organisationen bör väl tillgodose behovet av sådan rådgivning för olika grupper i samhället. Förslaget att anordna särskilda ungdomsmottagningar eller särskilda mottagningstider för ungdomar på befintliga mottagningar stöds av SÖ. Vidare ansluter sig SÖ till det förslag som lagts fram för utbildning och kompletterande utbildning av olika personalkategorier samt den föreslagna arbetsfördelningen mellan läkare och barnmorska resp. sjuksköterska.

Efter remissbehandlingen har socialstyrelsen i skrivelse till Kungl. Maj:t framhållit att styrelsen i stort sett ansluter sig till förslaget. Styrelsen konstaterar att det i huvudsak råder enighet om förslaget att principiellt förankra preventivmedelsrådgivningen inom mödrahälsovårdsorganisationen. Styrelsen delar Landstingsförbundets och Kommunförbundets åsikt att preventivmedelsrådgivningen inte bör bindas till en för alla enhetlig organisation utan att organisationsformen skall kunna anpassas till de lokala förutsättningarna.

6 Departementschefen

6.1 Inledning

De sociala aspekterna på abortfrågan har under de senaste decennierna kommit att bli alltmer uppmärksammade. Samhällets insatser när det gäller att genom såväl individuell rådgivning som allmän information vägleda allmänheten i fråga om preventivmedlen och deras användning har successivt utökats. Då en icke önskad graviditet inträffar har kvinnan genom aborträdgivningen möjlighet att få hjälp med att besluta om hon skall söka abort eller ej.

1965 års abortkommitté har bl. a. lagt fram förslag angående samhällets stöd vid graviditet och föräldraskap. Frågor om ekonomiska och andra åtgärder till hjälp för barnfamiljerna har behandlats i ett flertal andra sammanhang. Jag går därför nu inte närmare in på dessa frågor men vill i korthet erinra om de insatser som på senare tid gjorts på ifrågavarande område.

Under de senaste åren har det ekonomiska stödet till barnfamiljerna byggts ut kraftigt. En av de viktigaste målsättningarna har därvid varit att rikta stödet till de grupper av barnfamiljer som är i störst behov av stöd och med sikte på de situationer i barnfamiljens liv när behovet är störst.

Fr. o. m. den 1 januari 1974 har en föräldraförsäkring införts som ersätter den tidigare moderskapspenningen och tilläggssjukpenningen vid barnsbörd. En av de principiellt viktiga nyheterna i föräldraförsäkringen är den garantinivå för stödet på 25 kr. per dag som tillkommit. Denna bör ha störst betydelse för de allra yngsta mödrarna som ännu inte hunnit ut i förvärvslivet och för de föräldrar som är hemarbetande bl. a. på grund av att de har äldre barn. Enligt förslag i prop. 1974:15, som godkänts av riksdagen den 6 mars i år, kommer ersättningstiden att från och med den 1 januari 1975 förlängas till sju månader. I den nya föräldraförsäkringen ingår också en rätt till sjukpenning för förvärvsarbetande föräldrar som behöver stanna hemma för vård av sjukt barn under förutsättning att barnet är under 10 år.

I det fortlöpande ekonomiska stödet till barnfamiljerna har de allmänna barnbidragen stor betydelse. Barnbidragen utgår fr. o. m. den 1 januari 1974 med 1 500 kr. per barn och år. Därutöver har stödet de senaste åren alltmer inriktats på att hjälpa låginkomsttagargrupperna bland barnfamiljerna genom förstärkningar av de statliga och statskommunala bostadstilläggen. Möjligheterna att få en god bostad är naturligtvis av stor betydelse när föräldrarna bedömer om de har möjlighet att ta hand om ett barn. Bostadstilläggen har gett barnfamiljerna möjlighet att dels förbättra sin allmänna konsumtionsstandard, dels skaffa sig en god bostad till rimlig kostnad. Utvecklingen har visat att barnfamiljerna genom det stora bostadsbyggandet och genom bostadstilläggen kunnat förbättra sin bostadssituation högst avsevärt.

En annan grupp för vilka samhällsstödet kraftigt förstärkts är de ensamstående föräldrarna. Bidragsförskotten höjdes år 1971 till 40 % av basbeloppet, vilket f. n. innebär 3 240 kr. per barn och år. Samtidigt höjdes åldersgränsen till 18 år. F. n. utgår bidragsförskott med ca 270 kr. per månad. Fr. o. m. den 1 januari 1974 har reglerna för barnpensionen ändrats så att de till stora delar motsvarar reglerna för bidragsförskott.

Det är emellertid inte bara det ekonomiska stödet som är av betydelse för familjernas möjligheter att skaffa sig det antal barn de önskar utan också andra förhållanden spelar in. Bostadens betydelse har redan berörts. En avgörande roll har naturligtvis familjens möjligheter att försörja sig. Tillgång till arbete, utbildning och barntillsyn är avgörande faktorer för småbarnsföräldrarnas möjligheter att förvärvsarbeta. Betydande satsningar har skett och sker på alla dessa områden och antalet förvärvsarbetande kvinnor med små barn har ökat mycket kraftigt de senaste åren. När det gäller barnomsorgerna i daghem har antalet platser i heldagstillsyn (daghem och familjedaghem) ökat från ca 20 000 år 1965 till ca 114 000 år 1974. Statsbidragen till den kommunala daghemsverksamheten har höjts med korta mellanrum så att de nu täcker en betydande del av både drifts- och anläggningskostnaderna.

Chefen för justitiedepartementet har tidigare denna dag betonat behovet av preventiva och stödjande åtgärder och understrukit att man bör satsa på åtgärder som förebygger icke önskade graviditeter och att abort även i fortsättningen bör betraktas som en nödfallsutväg. Det är därför angeläget att samtidigt som en ny abortlagstiftning genomförs den abortförebyggande verksamheten byggs ut kraftigt. Jag kommer i det följande att behandla den framtida organisationen av preventivmedelsrådgivningen, aborträdgivningen och preventivmedelsinformationen och att föreslå ökade resurser för samhällets insatser på dessa områden. Vidare kommer jag att lägga fram förslag i syfte att minska den enskildes kostnader för preventivmedel. För att bredda underlaget för ett ställningstagande i dessa frågor har abortkommitténs förslag kompletterats med det arbete som utförts inom den av chefen för justitiedepartementet tillsatta arbetsgruppen i abortfrågan. Mina överväganden bygger huvudsakligen på det material som arbetsgruppen ställt samman.

6.2 Preventivmedelsrådgivningen

Med preventivmedelsrådgivning avser jag individuell information om olika metoder för planerat föräldraskap.

Rätten att själv få bestämma när man vill ha barn och hur många framstår för allt fler människor i dag som en självklarhet. Kunskap om och tillgång till olika metoder för födelsekontroll blir då i samma mån ett berättigat krav. Möjligheterna att få preventivmedelsrådgivning är dock f. n. begränsade och motsvarar inte den alltmer ökade efterfrågan. Denna ökande efterfrågan beror främst på att sådana preventivmedel som p-piller och spiral, vilka började användas under senare delen av 1960-talet,

för sin användning kräver kvalificerad medicinsk rådgivning. Av svaren på enkäter som Landstingsförbundet och justitiedepartementets arbetsgrupp tillställt sjukvårdshuvudmännen har framgått, att det på många håll i landet är långa väntetider för preventivmedelsrådgivning. Väntetider på upp till ett år är inte ovanliga. Jag anser därför att en omedelbar och kraftig upprustning av den individuella preventivmedelsrådgivningen är utomordentligt angelägen.

Statsbidrag utgår i dag till preventivmedelsrådgivning endast i den mån den anordnas inom familjerådgivningens ram. Preventivmedelsrådgivning förekommer emellertid inom många olika verksamhetsområden, huvudsakligen i sjukvårdshuvudmännens regi. Denna rådgivning ingår inte bland de skyldigheter, som enligt sjukvårdslagstiftningen åvilar sjukvårdshuvudmännen, utan bygger på frivilliga åtaganden av dessa. Rådgivningen meddelas till övervägande del vid gynekolog- eller distriktsläkarmottagningar. Utanför sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde meddelas preventivmedelsrådgivning av privatläkare, av Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU) samt på vissa orter inom ramen för skolhälsovården. Det måste anses värdefullt att ifrågavarande rådgivning på detta sätt även i fortsättningen kan bedrivas också av andra än sjukvårdens huvudmän. Emellertid bör sjukvårdshuvudmännen liksom hittills ha huvudansvaret för att preventivmedelsrådgivning kommer till stånd i önskvärd omfattning. Rätten till bidrag för verksamheten bör regleras i lag. Härtill återkommer jag i det följande.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att den nyligen tillsatta skolhälsovårdsutredningen enligt sina direktiv har att analysera skälen för och emot ett samlat huvudmannaskap för skolhälsovården och övrig hälso- och sjukvård bl. a. med hänsyn till möjligheterna till organisatorisk och resursmässig samordning.

Vad angår organisationen av den preventivmedelsrådgivning, som meddelas av sjukvårdshuvudmännen, har abortkommittén föreslagit en utbyggnad av mödrahälsovården med särskilda mottagningar för preventivmedelsrådgivning. Den utvidgade verksamheten bör enligt kommitténs mening bedrivas så att den bättre än den nuvarande fungerar som ett vård- och serviceorgan när det gäller preventivteknik, graviditetsrådgivning och råd åt blivande eller nyblivna föräldrar. Även den av socialstyrelsen 1968 tillsatta arbetsgruppen ansåg att preventivmedelsrådgivningen av praktiska och ekonomiska skäl borde knytas till mödrahälsovårdsorganisationen i avvaktan på en fullständig utbyggnad av större vårdcentraler. Särskilda mottagningar borde anordnas för dem som på eget initiativ och utan samband med havandeskap eller förlossning sökte preventivmedelsrådgivning. Rådgivningen borde göras särskilt tillgänglig för t. ex. nyförlösta kvinnor och kvinnor som nyligen genomgått abort.

Som framhållits från flera håll bör ansvaret för preventivmedelsrådgivningen läggas på sjukvårdshuvudmännen och det bör ankomma på varje sjukvårdshuvudman att anpassa organisationen av rådgivningen inom sitt område till de lokala behoven. För egen del vill jag dock förorda att

rådgivningsverksamheten får sin organisatoriska förankring i mödrahälsovården. Härom har i stort sett rått enighet under remissbehandlingen av det av socialstyrelsens arbetsgrupp angivna förslaget. En sådan lösning ligger också i linje med de synpunkter som framförts i bl. a. socialstyrelsens år 1968 redovisade principprogram för den öppna sjukvården och Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstituts (Spri) rapport 14/72 om den öppna vårdens organisation. Preventivmedelsrådgivningen bör även i fortsättningen utgöra en integrerad del av den gynekologisk-obstetriska verksamheten. Som också framhållits under remissbehandlingen faller det sig då naturligt att det medicinska huvudansvaret för rådgivningen får bäras av gynekologerna. Liksom hittills torde dock en betydande del av verksamheten komma att handhas av allmänläkare vid vårdcentraler eller av privatläkare m. fl. Mina förslag innebär också att man inom en kommun kan anordna en särskild, till skolan knuten preventivmedelsrådgivning. Inom ett sjukvårdsområde bör den medicinskt-administrativa ledningen av preventivmedelsrådgivningen skötas av mödrahälsovårdsöverläkare eller av sjukvårdshuvudmannen utsedd överläkare vid kvinnoklinik.

Jag vill emellertid, som också betonats under remissbehandlingen, framhålla att det av psykologiska skäl skulle vara lättare för t. ex. män och ungdomar att söka preventivmedelsrådgivning om rådgivningen inte alltför nära kopplas samman med mödravårdscentralernas huvudsakliga arbete. Den preventivmedelsrådgivning som ges åt nyförlösta kvinnor bör emellertid även i fortsättningen ingå i mödravårdscentralernas uppgifter. Det bör vidare enligt min mening vara möjligt att utnyttja mödravårdscentralernas lokaler och personal även för sådan preventivmedelsrådgivning som bedrivs skild från mödravårdscentralernas huvudsakliga arbete. Det torde ibland kunna vara svårt att rekrytera personal enbart för arbete med preventivmedelsrådgivning. Det kan därför vara lämpligt att personalen får alternera mellan vanliga uppgifter inom mödrahälsovård och preventivmedelsrådgivning. Detta torde enklast kunna ordnas om preventivmedelsrådgivningen får utnyttja mödrahälsovårdens resurser.

Jag vill betona, att det är angeläget att preventivmedelsrådgivningen görs lätt tillgänglig för kvinnor som fått abort. Socialstyrelsen har i cirkulär med råd och anvisningar rörande tidiga abortingrepp (MF 1972:59) tagit ett viktigt steg för att förhindra upprepade aborter. Där framhålls att en kvinna, som skall få abort, bör erbjudas möjlighet att i samband med abortoperationen få spiral insatt. Så torde redan f. n. ske i stor utsträckning.

Frågan om preventivmedelsrådgivningen inom skolan är under behandling av utredningen rörande sexual- och samlevnadsfrågor i undervisnings- och upplysningsarbete (USSU). Förslag från denna utredning väntas under april månad i år. Jag vill också erinra om att skolhälsovårdsutredningen enligt sina direktiv skall ta upp frågan om innehållet i den framtida elevhälsovården. Jag vill framhålla, att en särskild rådgivningsverksamhet för ungdom har en viktig uppgift att fylla i det abortförebyggan-

de arbetet. Enligt tillgänglig abortstatistik har under de senaste åren närmare en fjärdedel av aborterna utförts på kvinnor under 20 år.

Vad angår personalresurserna för den föreslagna rådgivningsverksamheten har socialstyrelsens arbetsgrupp framhållit, att det sannolikt kommer att bli svårt att helt tillgodose behovet av läkare de närmaste åren. Enligt arbetsgruppen finns det emellertid en personalreserv bland icke yrkesarbetande barnmorskor och sjuksköterskor med gynekologisk erfarenhet. Denna reserv borde kunna utnyttjas efter viss vidareutbildning. Under remissbehandlingen har uttalats att det bl. a. för att förkorta förekommande väntetider är angeläget att även andra personalkategorier än läkare tar del i verksamheten. Det har även framhållits att barnmorskorna i dagens läge ofta har större kunnande inom obstetrik och gynekologi än de flesta icke specialiserade läkare. Spri har i sin nyss nämnda rapport anfört, att en hel del tidskrävande men rutinbetonade arbetsmoment inom preventivmedelsrådgivningen bör kunna utföras av distriktsbarnmorskor eller specialutbildade sjuksköterskor. Spri framhåller också att tillgången på personal i öppen vård inom den närmaste framtiden inte torde sätta några speciellt snäva gränser för utbyggnaden av denna vård.

Enligt här redovisade uppgifter torde tillgången på personal under 1970-talet således inte utgöra hinder för den utbyggnad av preventivmedelsrådgivningen, som enligt vad jag anfört i det föregående är önskvärd. Av flera skäl är det därvid angeläget att föra över en del av läkarnas uppgifter inom preventivmedelsrådgivningen till barnmorskor. En förutsättning för att så skall kunna ske är att barnmorskorna får erforderlig utbildning. Socialstyrelsen har under budgetåret 1972/73 startat en kursverksamhet för överläkare/bitr. överläkare vid kvinnoklinik samt för barnmorskor i antikonception och preventivmedelsrådgivning. Syftet med kurserna för barnmorskor är att dessa efter en två veckors kurs med teoretisk och praktisk undervisning och efterföljande handledd praktik (inskolning) på hemorten självständigt skall kunna sköta informations- och rådgivningsverksamhet t. ex. på speciella mottagningar för preventivmedelsrådgivning. Vidare har antikonception och preventivmedelsrådgivning fr. o. m. den 1 juli 1973 beretts ökat utrymme i utbildningen av sjuksköterskor/sjukskötare samt barnmorskor, vilket innebär att alla blivande barnmorskor numera erhåller utbildning på detta område. — Läkare som genomgått sådan kurs som nyss nämnts avses kunna svara för undervisningen på landstingsnivå av allmänläkare och industriläkare m. fl. samt av t. ex. barnmorskor, skolsköterskor och kuratorer, som är engagerade i antikonceptionell rådgivning. Som Läkarförbundet framhållit i sitt remissyttrande bör en intensifierad undervisning om antikonception komma till stånd för alla kategorier läkare som arbetar med preventivmedelsrådgivning. Detta synes angeläget inte minst för att allmänläkare i glesbygdsområden skall bli bättre lämpade att meddela sådan rådgivning.

Enligt abortkommitténs förslag bör all preventivmedelsrådgivning som lämnas i samhällets regi vara kostnadsfri för den enskilde. Vidare bör enligt kommittén samhällets möjligheter att lämna ekonomiskt stöd för

besök hos privatläkare för preventivmedelsrådgivning snarast utredas liksom möjligheten att utan samband med rådgivning tillhandahålla kostnadsfria skyddsmedel. Till sistnämnda fråga återkommer jag i följande avsnitt.

Landstingsförbundet har i en promemoria år 1972 med förslag till avgifter för viss läkarvård utanför försäkringskassornas betalningsskyldighet rekommenderat sjukvårdshuvudmännen att fr. o. m. den 1 januari 1973 inte ta ut någon avgift av patienter som utan att sjukdom föreligger söker preventivmedelsrådgivning vid gynekolog- eller allmänläkarmottagning. Enligt rekommendationen bör avgift inte heller tas ut för förskrivning, utprovning eller kontroll m. m. av vissa preventivmedel. Vid sådan rådgivning som eventuellt sker i samband med sjukbesök skall däremot liksom tidigare utgå avgift med 12 kr. Inte heller omfattar rekommendationen den kostnadsfria rådgivningen inom mödrahälsovården och vid sexualrådgivningsbyråer.

För att preventivmedelsrådgivningen skall kunna byggas ut i önskvärd omfattning och effektiviseras måste verksamheten stödjas ekonomiskt. Stödet bör anordnas så att det stimulerar såväl huvudmän som andra, t. ex. kommuner och privata organisationer, till att snabbt bygga ut verksamheten och uppmuntrar den enskilde att utnyttja möjligheterna till rådgivning. Den som svarar för rådgivningen bör därför ges möjlighet att få en betydande del av sina kostnader för verksamheten täckta. Rådgivningen bör samtidigt vara kostnadsfri för den enskilde.

Det är av stor betydelse att ett ersättningssystem konstrueras så att det blir administrativt lätthanterligt. Ur denna synpunkt synes en anknytning till sjukförsäkringen medföra många fördelar. F. n. utgår ersättning från sjukförsäkringen endast om rådgivningen lämnas av läkare i samband med sjukbesök. I sådant fall utgår ersättning för läkarbesöket. Om läkarkonsultationen endast avser rådgivning om födelsekontroll utgår däremot ingen ersättning från sjukförsäkringen oavsett om rådgivningen tillhandahålls genom sjukvårdshuvudmans försorg eller på annat sätt, t. ex. av en privatpraktiserande läkare. För att i första hand sjukvårdshuvudmännen skall stimuleras att bygga ut rådgivningen bör ersättning utgå från den allmänna försäkringen enligt ett system liknande det som gäller för den öppna läkarvården. Ersättningen bör omfatta även den rådgivning som bedrivs av vissa organisationer, t. ex. RFSU. Även till privatpraktiserande läkare som meddelar preventivmedelsrådgivning bör ersättning utgå. Regeringen bör ges befogenhet att fastställa grunder för ersättningen till privatläkarna. Frågan i vad mån ersättning bör utgå till privatläkare kommer att tas upp i samband med prövningen av förslaget om nya regler för ersättningen från sjukförsäkringen för privatläkarvård (Ds S 1973:5). Rätten till ersättning bör fastställas i en särskild lag. Jag föreslår att lagen kallas lag om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m. Efter kontakter med företrädare för Landstingsförbundet har ersättningen t. v. beräknats böra utgå med 45 kr. för varje personligt besök för rådgivning. Detta belopp har räknats fram med utgångspunkt i en upp-

skattning av olika personalkategoriers medverkan i rådgivningsverksamheten och den genomsnittliga tidsåtgången för ett besök. I beloppet ingår också ersättning för de preventivmedel och för utfärdandet av de recept på p-piller som i samband med rådgivningen tillhandahålls den försäkrade. Beloppet innefattar vidare ersättning till sjukvårdshuvudmännen för ökade informationsinsatser från deras sida och för avlösning av det nu utgående anslaget Abortförebyggande åtgärder. Därvid har förutsatts att landstingen även i fortsättningen skall ställa kuratorer och annan personal till förfogande för de utredningar i abortärenden som i regel skall äga rum da fråga uppkommer om abort efter 12:e havandeskapsveckan. Ett villkor för att ersättning skall utgå bör vara att både rådgivning och preventivmedel tillhandahålls kostnadsfrit för den enskilde. Redan nu är rådgivningen enligt Landstingsförbundets rekommendationer kostnadsfri för den enskilde. Det nu föreslagna ersättningssystemet avses göra det möjligt för sjukvårdshuvudmännen att snabbt bygga ut preventivmedelsrådgivningen och minska väntetiderna. För den enskilde innebär förslaget vidare en avsevärd reducering av utgifterna för preventivmedel.

Ersättningens storlek bör dock inte anges i den föreslagna lagen utan bestämmas av regeringen i administrativ ordning.

Det förutsätts att sjukvårdshuvudmännen i sin rådgivningsverksamhet gör särskilda insatser för personer och grupper som har ett markerat behov av rådgivning och hjälp t. ex. ungdom, kvinnor som fått abort och invandrare. I detta sammanhang vill jag understryka att männen lika väl som kvinnorna bör ha tillgång till ifrågavarande rådgivning.

Ersättningen till sjukvårdshuvudmän m. fl. för preventivmedelsrådgivning bör betalas av de allmänna försäkringskassorna. Kassornas utgifter för dessa kostnader bör finansieras på samma sätt som utgifterna för den obligatoriska sjukförsäkringen. Dessa utgifter täcks enligt gällande regler till en tredjedel av statsbidrag, till ca 40 % av arbetsgivaravgifter och till återstoden (drygt 25 %) av avgifter från de försäkrade.

Den föreslagna metoden för finansiering av kostnaderna medför ändringar i 19 kap. 4, 6 och 7 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Jag återkommer i ett följande avsnitt till en beräkning av kostnaderna för samtliga föreslagna åtgärder.

Angående den närmare innebörden av lagförslagen hänvisar jag till specialmotiveringen.

6.3 Kostnaderna för preventivmedel

Prisnedsättning vid inköp av preventivmedel medges enligt förordningen (1954:519) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. endast om preventivmedlet är läkemedel och förskrivs vid sjukdom. Om medlet förskrivs enbart i födelsekontrollerande eller annat förebyggande syfte får patienten betala hela kostnaden själv.

Värdet av för försäljning i Sverige godkända preventivmedel utom

p-piller har med ledning av Apoteksbolagets försäljningspriser uppskattats till ca 36 milj. kr. för år 1973. Därtill kommer försäljningsvärdet av ett års beräknad förbrukning av p-piller, ca 18 milj. kr.

I den allmänna debatten har förts fram förslag om att preventivmedel borde tillhandahållas helt kostnadsfritt eller att i varje fall samhället kraftigt borde bidra till kostnaderna. Abortkommittén har framhållit att den enskildes kostnader för födelsekontroll inte är obetydliga och att utgifterna är kännbarare ju lägre vederbörandes inkomst är. Att jämställa alla slags preventivmedel med läkemedel skulle emellertid enligt min mening innebära ett alltför stort avsteg från nuvarande principer för rabattering av läkemedel inom den allmänna försäkringen. Det skulle vidare särskilt vad gäller kondomer kräva läkares medverkan i en icke önskvärd utsträckning. När det gäller distributionen av kondomer skulle en sådan ordning dessutom kunna få den icke önskvärda effekten att den vittförgrenade distributionsapparat som nu finns på detta område skulle brytas sönder.

Vad gäller p-piller omfattas dessa redan nu i vissa fall av de regler som gäller för prisnedsättning på läkemedel, nämligen då p-piller förskrivs som medel mot sjukdomstillstånd. En undersökning visar att 37 % av förskrivna p-piller inom ett visst område var läkemedelsrabatterade. Det synes mig ej vara motiverat att låta olika regler gälla beroende på vilken orsak till förskrivningen som anges. Att låta reglerna om läkemedelsrabattering gälla även i de fall där p-piller förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte är enligt min mening en rimlig lösning av kostnadsfrågan vid denna form av antikonception. Jag föreslår därför att p-piller i samtliga fall får omfattas av läkemedelsrabatteringen. Förordningen angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. bör därvid förses med ett tillägg som innebär att bestämmelserna om prisnedsättning för läkemedel som förskrivs vid sjukdom skall äga motsvarande tillämpning på p-piller som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte.

Detta förslag innebär att ingen skall behöva betala mer än 15 kr. vid varje inköp av p-piller som samtidigt skrivits ut enbart i födelsekontrollerande syfte. För att motverka en överförskrivning av ifrågavarande medel bör socialstyrelsen utfärda rekommendationer om förskrivningens storlek. Därvid bör riktmärket vara att p-piller för högst ett års förbrukning skall kunna inköpas vid samma expeditionstillfälle.

Kostnaderna för rabattering av p-piller som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte bör bestridas av sjukförsäkringen i samma ordning som kostnaderna för övriga prisnedsatta läkemedel.

Vad gäller övriga preventivmedel anser jag att det finns anledning att i viss utsträckning tillhandahålla den försäkrade sådana medel utan kostnad i samband med preventivmedelsrådgivning. Spiral och pessar med därtill hörande första behov av kemiska medel bör alltid tillhandahållas och även insättas eller inprovas gratis av den som står för rådgivningen. Däremot bör kemiska medel samt kondomer endast tillhandahållas i begränsad omfattning i samband med rådgivningen.

Dessa överväganden har legat till grund vid den i föregående avsnitt nämnda beräkningen av ersättning till sjukvårdshuvudmännen för preventivmedelsrådgivning. Jag utgår sålunda från att de föreslagna principerna kommer att tillämpas vid rådgivningen.

6.4 Abortrådgivningen

Med abortrådgivning avser jag personlig rådgivning om möjligheterna att vid icke önskad graviditet erhålla abort samt personlig information om samhällets stödåtgärder vid graviditet m. m.

Abortrådgivning bedrivs f. n. huvudsakligen av sjukvårdshuvudmännen vid särskilda abortrådgivningsbyråer och vid vissa familjerådgivningsbyråer. Statsbidrag kan utgå till båda dessa former av rådgivningsverksamhet. Med nu gällande abortlagstiftning har abortrådgivningsbyråerna till huvudsaklig uppgift att bidra med den utredning som måste göras innan beslut fattas i ett abortärende. Vid sidan härav går rådgivningsverksamheten ut på att bistå kvinnan med social information, personlig rådgivning och psykologiskt stöd.

Inom sjukvårdsområden med särskilt organiserade abortrådgivningsbyråer torde kvinnor, som vill ha upplysning om möjligheterna att få abort, i relativt stor utsträckning vända sig direkt till byrån. Det vanligaste torde emellertid vara att kvinnan först vänder sig till en läkare – privatpraktiserande eller tjänsteläkare – eller till öppen mottagning vid ett sjukhus, vanligen en kvinnoklinik. Det förekommer också att den första kontakten tas med mödravårdscentral, med distriktssköterska eller barnmorska, med socialvårdsmyndighet eller med RFSU.

I det utredningsarbete, som enligt nuvarande bestämmelser föregår abort, deltar vanligen såväl gynekolog som psykiater och kurator. Kuratorns utredning utgör oftast en väsentlig del av beslutsunderlaget. Vanligen görs en kompletterande utredning av den psykiater som utfärdar det s. k. tvåläkarintyget. Som regel brukar ett eller två besök hos kuratorn anses vara tillräckligt. Kuratorn gör ofta en fullständig social-utredning, medan utredningen i vissa fall är mindre omfattande. Vid klara medicinska indikationer för abort förekommer ofta ingen kuratorsutredning. I ärenden som skall behandlas av socialstyrelsens socialpsykiatriska nämnd görs alltid en fullständig utredning av kurator.

Abortkommittén har framhållit att kvinnan inte skall behöva hänvisas till särskilda rådgivningsinstanser i en abortsituation utan skall kunna anlita mödrahälsovården såväl vid oplanerad som planerad graviditet. Enligt kommittén bör därför abortrådgivningen samordnas med mödrahälsovården.

Enligt det förslag till abortlagstiftning som chefen för justitiedepartementet har lagt fram kommer beslut om abort i regel att fattas efter samråd mellan kvinnan och en gynekolog. Ett i princip obligatoriskt krav på särskild kuratorsutredning föreslås gälla endast för de fall då aborterna skall ske efter utgången av 12:e havandeskapsveckan. Som en följd härav

torde omfattningen av kuratorernas utredande verksamhet komma att minska rätt avsevärt jämfört med vad som gäller f. n. Därigenom blir det möjligt att koncentrera deras verksamhet till de ofta mera komplicerade sena abortärendena. Jag vill betona angelägenheten av att utredningsförfarandet anpassas efter förhållandena i det enskilda fallet och att förfarandet under inga förhållanden får orsaka onödigt uppskov med själva abortbeslutet. Detta gäller naturligtvis i särskilt hög grad när graviditeten har framskridit så långt att 18-veckorsgränsen är nära förestående.

Som chefen för justitiedepartementet vidare har framhållit tjänar kontakten med en kurator i ett abortärende inte bara syftet att bredda underlaget för läkarens ställningstagande utan den innebär också en värdefull möjlighet för kvinnan att få social information samt personlig rådgivning och psykologiskt stöd i den ofta komplicerade situation som föreligger vid oönskad graviditet. Behov av sådan rådgivning kan naturligtvis ofta förekomma även i fall då det inte finns något obligatoriskt krav på en kontakt med kurator. Det är således uppenbart att samhället måste se till att det finns en ändamålsenligt utformad och smidigt fungerande rådgivningsverksamhet som kan tas i anspråk så snart den kan fylla en meningsfull uppgift, dvs. när kvinnan frivilligt vill ta dess tjänster i anspråk. Det är därför av största vikt att det ställs sådana resurser till förfogande för aborträdgivning att kvinnan utan omgång och med minsta ekonomiska uppoffringar kan komma i kontakt med kurator eller annan för ändamålet utbildad person för att gå igenom sina problem.

Enligt min mening bör alltjämt sjukvårdshuvudmännen ha det huvudsakliga ansvaret för att aborträdgivning tillhandahålls. Det bör få ankomma på huvudmännen själva att med utgångspunkt i lokala behov och förutsättningar organisera rådgivningsverksamheten. Jag vill framhålla att det är synnerligen önskvärt att kuratorerna knyts till de mottagningar dit kvinnan vänder sig för att få abort. Som justitieministern betonat är det vidare viktigt att kvinnan redan vid den första kontakten i ett abortärende upplyses om möjligheterna till aborträdgivning. Härigenom vinner man att kvinnan kan få sitt önskemål om rådgivning tillgodosett på ett snabbt och smidigt sätt. Vidare torde det ofta framstå som naturligt att rådgivningsverksamheten samordnas med det nyss nämnda utredningsförfarandet vid abort efter 12:e veckan.

Jag delar abortkommitténs uppfattning att det statsbidrag till abortförebyggande åtgärder som f. n. utgår bör upphöra. Ersättning till sjukvårdshuvudmännen för aborträdgivning bör i stället utgå i samma ordning som jag förordat för preventivmedelsrådgivningen. Som jag har framhållit tidigare förutsätter jag att landstingen även i fortsättningen ställer kuratorer och annan personal till förfogande för sådan kostnadsfri utredning i abortärende som i regel skall föregå abort efter 12:e havandeskapsveckan. Jag vill i detta sammanhang åter betona att abort i framtiden lika litet som hittills får betraktas som en form av födelsekontroll.

6.5 Preventivmedelsinformationen

Allmän preventivmedelsinformation kan lämnas dels som information om preventivmetoder, dels som upplysning om existerande individuell preventivmedelsrådgivning.

Abortkommittén betonade i sitt förslag det väsentliga i fortlöpande upplysning som leder till användning av förebyggande metoder. Det var vidare enligt kommittén angeläget att den upplysning som meddelades var så ingående och saklig som möjligt så att den klargjorde, att varje preventivmetod har fördelar och nackdelar, att olika metoder ofta med fördel kan användas i olika samlevnadssituationer eller i skilda åldrar och att metoderna ger större trygghet ju mera konsekvent de används.

Den i avsnitt 6.2 nämnda arbetsgruppen inom socialstyrelsen föreslog att preventivmedelsinformation till allmänheten borde äga rum genom informationsbroschyrer om preventivmedel och deras användning. Broschyrerna borde lämpligen utformas inom socialstyrelsens hälsovårdsupplysningsdelegation (numera socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning) i samråd med RFSU och sjukvårdshuvudmännen och finnas tillgängliga inom mödrahälsovården, på gynekologavdelningar, vårdenheter etc. De borde översättas till olika utländska språk. Nyblivna mödrar borde informeras om preventivmedel redan på förlossningsavdelningen. Arbetsgruppen framhöll också vikten av att allmänheten informeras om var preventivmedelsrådgivning tillhandahålls. Det borde åligga sjukvårdshuvudmännen att ombesörja sådan information, dels direkt till vissa grupper av människor, dels genom distribution på kvinnokliniker, mödravårdscentraler och inom skolväsendet. Jag vill för min del instämma i dessa uttalanden.

Inom den samhälleliga sektorn är det, vid sidan om skolan, i huvudsak socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning som har till uppgift att bedriva preventivmedelsinformation. I årets statsverksproposition (prop. 1974:1 bil. 7 p. F 8) föreslås att nämnden för budgetåret 1974/75 skall anvisas 600 000 kr. för detta ändamål. I den informationsverksamhet som nämnden redan bedrivit på preventivmedelsområdet har tyngdpunkten lagts vid ungdomsgrupperna.

Inom socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning har utarbetats ett förslag till långsiktigt handlingsprogram för preventivmedelsinformationen i landet. Förslaget omfattar, i överensstämmelse med vad jag tidigare sagt, inte informationsinsatser på skolans område.

Nämndens förslag avser en tidsperiod på i första hand fem år. I handlingsprogrammet anges olika målgrupper som nämnden anser det särskilt viktigt att nå. Hit räknas beslutsfattare, informatörer – rådgivare och opinionsbildare. Ytterligare målgrupper som bör prioriteras är enligt nämnden ungdomar, nyblivna föräldrar, kvinnor som fått abort och invandrare. Angående den direkta informationen till vissa grupper anges i förslaget bl. a. dels att den utöver en rent teknisk rådgivning också måste omfatta det större området sexualitet och samlevnad, dels ge ökad

kunskap om preventivmedel, dels framhålla att aborten inte får betraktas som ett preventivmedel.

Det är min uppfattning att socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning kan göra betydelsefulla insatser när det gäller att initiera och samordna åtgärder för en effektiv informationsverksamhet om olika abortförebyggande åtgärder. Jag vill därför förorda att nämnden får sådana resurser att den kan genomföra en långsiktig informationsverksamhet av nu angivet slag bl. a. i nära kontakt med folkrörelserna. För detta ändamål bör ökade medel ställas till nämndens förfogande för preventivmedelsinformation. Jag beräknar härför 1 milj. kr. under ettvart av de närmaste fem budgetåren.

Särskilt angeläget är det enligt min mening att informationen når ut till ungdomen, såväl den studerande som den förvärvsarbetande. Här bör bl. a. ungdomsorganisationerna ha stora förutsättningar att göra en insats som garanterar att informationen får en bred spridning. Även olika kvinnoorganisationer bör kunna göra väsentliga insatser när det gäller preventivmedelsinformationen. Jag föreslår därför att ett belopp på 2 milj. kr. anvisas för budgetåret 1974/75 för en särskild informationsverksamhet genom nyssnämnda organisationer. Beloppet bör ställas till socialstyrelsens förfogande för fördelning mellan de olika organisationer som är villiga att delta i informationsverksamheten. Socialstyrelsen bör därvid, såvitt avser ungdomsorganisationerna, samråda med skolöverstyrelsen och med statens ungdomsråd.

Jag bedömer det vidare som angeläget att så många som möjligt snabbt kan nås med information om vad en ny abortlag innebär. Jag föreslår därför att 1 milj. kr. ställs till förfogande för information genom massmedia i samband med att den nya abortlagstiftningen träder i kraft.

Socialstyrelsens informationsinsatser kommer att följas upp regionalt genom den informationsverksamhet som bedrivs av sjukvårdshuvudmännen och som kan förutsättas få vidgad omfattning. Det torde ligga i huvudmännens intresse att bedriva en information som kan bidra till att minska antalet aborter. Som jag nämnt i avsnitt 6.2 har också behovet av ökade informationsinsatser beaktats vid beräkningen av den ersättning som skall utgå till sjukvårdshuvudmännen för preventivmedelsrådgivningen.

6.6 Kostnadsberäkningar

Som framgår av avsnitten 6.2 och 6.3 har jag föreslagit att kostnaderna för ersättning för preventivmedelsrådgivningen och för rabatteringen av de p-piller som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte ersätts genom sjukförsäkringen.

Sjukförsäkringens kostnader för preventivmedelsrådgivningen kommer att bero dels på antalet ersättningsgrundande besök, dels på det ersättningsbelopp som kommer att fastställas för varje besök.

Under år 1972 kan över 400 000 personer beräknas ha sökt preventiv-

medelsrådgivning enbart för att erhålla p-piller, spiral eller pessar. En del av dessa har sedan återkommit för kontroll eller förnyad rådgivning. Det torde därför vara realistiskt att nu räkna med ungefär 500 000 besök per år under ett inledningsskede. Med den tidigare beräknade ersättningen till sjukvårdshuvudman per besök, 45 kr., skulle detta betyda en merkostnad för den allmänna försäkringen under första året på ca 22 milj. kr.

Kostnadsökningen för den utvidgade läkemedelsrabatteringen av p-piller uppskattar jag till 9 milj. kr. per år. Den totala årskostnaden för p-piller kan beräknas till 18 milj. kr. under år 1973. En tredjedel av p-pillren förskrivs i dag med läkemedelsrabatt. Återstående belopp, 12 milj. kr., skall därefter reduceras med den kostnad på 15 kr. för varje expeditionstillfälle som stannar på den enskilde och som kan beräknas till ca 3 milj. kr.

De sammanlagda merkostnaderna för sjukförsäkringen för preventivmedelsrådgivning m. m. och läkemedelsrabatt för p-piller kan alltså beräknas till ca 30 milj. kr. för helt år, varav en tredjedel bestrids av statsmedel över förslagsanslaget till bidrag till sjukförsäkringen. De nya bestämmelserna avses träda i kraft den 1 januari 1975. Det nämnda anslaget beräknas sålunda för budgetåret 1974/75 komma att belastas med ca 5 milj. kr. utöver vad som föreslagits i årets statsverksproposition.

Då kostnaderna för abortförebyggande åtgärder innefattas i sjukförsäkringens finansieringsåtaganden kan det särskilda statsbidragsanslaget till abortförebyggande åtgärder upphöra. Detta kan dock ske först fr. o. m. budgetåret 1975/76, eftersom bidragen utbetalas i efterskott.

Den i avsnitt 6.5 föreslagna satsningen på allmän information i abortförebyggande syfte medför att ökade resurser bör ställas till förfogande för socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning. För att det inom nämnden utarbetade förslaget till en långsiktig informationskampanj om preventivmedel och andra abortförebyggande åtgärder skall kunna genomföras bör ett medelsbehov av 1,6 milj. kr. per år under en femårsperiod beräknas. I 1974 års statsverksproposition har föreslagits att 600 000 kr. av reservationsanslaget Hälsovårdsupplysning under budgetåret 1974/75 skall användas för preventivmedelsinformation. Mitt förslag innebär att, utöver de redan beräknade medlen för budgetåret 1974/75, ytterligare 1 milj. kr. ställs till nämndens förfogande för nämnda budgetår.

För information bör vidare, som framgått av föregående avsnitt, anvisas dels 2 milj. kr. för informationsverksamhet genom ungdoms- och kvinnoorganisationer, dels 1 milj. kr. för information genom massmedia om innehållet i en ny abortlagstiftning.

Kostnaden till följd av de nu redovisade förslagen kan för budgetåren 1974/75 och 1975/76 beräknas uppgå till följande belopp.

	1974/75	1975/76
Preventivmedelsrådgivning och information m. m.	11 000 000	22 000 000
Utvidgad läkemedelsrabattering av p-piller	4 500 000	9 000 000
Socialstyrelsens nämnd för hälsoupplysning	1 000 000	1 000 000
Informationer i massmedia om ny lagstiftning	1 000 000	
Information genom ungdoms- och kvinnoorganisationer	2 000 000	
Avgår:		
Nuvarande anslag till Abortförebyggande åtgärder, ca		−1 000 000
Summa kostnader	19 500 000	31 000 000

6.7 Upprättade lagförslag

I enlighet med det anförda har inom socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.,
2. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
3. lag om ändring i förordningen (1954:519) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m.

7 Specialmotivering

Förslaget till lag om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.

Rubriken

Med viss födelsekontrollerande verksamhet avses här information som utan samband med sjukdom eller efterkontroll av nyförlösta kvinnor lämnas om olika metoder för planerat föräldraskap.

1 §

Paragrafens första stycke innehåller bestämmelser om den rätt till ersättning för preventivmedelsrådgivning som behandlats i avsnitt 6.2 i den allmänna motiveringen. Ersättningen skall utgå för rådgivning till den som omfattas av sjukförsäkring enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Ersättning skall i första hand utgå till staten, landstingskommun eller annan kommun. Den kan emellertid också utgå till organisation som bedriver preventivmedelsrådgivning under förutsättning att socialstyrelsen godkänt verksamheten. Härmed avses i första hand föreningar och stiftelser som t. ex. RFSU.

Enligt andra stycket kan ersättning för preventivmedelsrådgivning utgå till privatpraktiserande läkare enligt grunder som regeringen fastställer. Frågan i vad mån ersättning även skall kunna utgå till privatpraktiserande läkare för sådan rådgivning kommer att tas upp i samband med prövningen av förslaget om nya regler för ersättning från sjukförsäkringen för privatläkarvård (Ds S 1973:5).

Tredje stycket i paragrafen knyter an till avsnitt 6.4 i den allmänna motiveringen och innehåller bestämmelsen om att ersättning för abortrådgivning skall utgå i samma ordning som ersättning för preventivmedelsrådgivning.

2 §

Paragrafen innehåller en fullmakt för regeringen att fastställa den ersättning som skall utgå för rådgivning enligt 1 §. Som framgår av avsnitt 6.2 bör ersättningen t. v. utgå med 45 kr. för varje rådgivningstillfälle, dvs. varje personligt besök för rådgivning. Det förutsätts att ersättningen även skall omfatta kostnaderna för preventivmedel som lämnas ut vid sådant besök. Som framgår av avsnitt 6.3 bör spiral och pessar med därtill hörande första behov av kemiska medel alltid tillhandahållas gratis. Däremot bör kemiska preventivmedel, som inte lämnas ut i samband med inprovning av pessar, samt kondomer som regel endast tillhandahållas i begränsad omfattning. Det är dock angeläget att den som svarar för preventivmedelsrådgivningen tillhandahåller kondomer eller kemiska medel även vid återbesök i särskilda fall då den enskildes situation motiverar detta.

3 §

Paragrafen innehåller det viktigaste villkoret för att ersättning skall utgå till den som anordnar rådgivning, nämligen att rådgivningen och i anslutning därtill utlämnade preventivmedel tillhandahålls den försäkrade kostnadsfritt. Syftet med denna bestämmelse är att minska den enskildes kostnader för födelsekontroll.

Vad angår rabatteringen av den försäkrades kostnader för p-piller hänvisas till vad som anförs i det följande i anslutning till förslaget om ändring i förordningen (1954:519) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m.

4 §

I överensstämmelse med vad som framhållits i avsnitt 6.2 i den allmänna motiveringen innehåller paragrafen bestämmelsen om att ersättningen till huvudmännen skall betalas av de allmänna försäkringskassorna. Försäkringskassornas utgifter skall i sin tur finansieras på samma sätt som utgifterna för den obligatoriska sjukförsäkringen m. m. Detta medför de här nedan berörda ändringarna i lagen om allmän försäkring.

Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Försäkringskassornas kostnader för bl. a. läkemedel hänförs i vad avser finansieringen till sjukförsäkringen. Ändringarna i lagen medför att detsamma skall gälla kassornas kostnader för rådgivning i födelsekontrollerande syfte m. m.

Förslaget till lag om ändring i förordningen (1954:519) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m.

3 a §

Paragrafen innehåller bestämmelser om att medel på vilket läkemedelsförordningen är tillämplig och som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte (p-piller) skall omfattas av läkemedelsrabatteringen på samma sätt som läkemedel som förskrivs vid sjukdom. Bestämmelserna anknyter till avsnitt 6.3 i den allmänna motiveringen.

Enligt 3 § får bl. a. den som är omfattad av sjukförsäkring enligt lagen om allmän försäkring vid inköp av läkemedel åtnjuta nedsättning av fastställt pris för samtidigt förskrivna och inköpta läkemedel med hälften av det belopp, varmed priset eventuellt överstiger 5 kr. och med hela det belopp, varmed det överstiger 25 kr. Om förskrivning är avsedd att expedieras mer än en gång, skall nedsättningen hänföra sig till varje expedition.

P-piller används ofta för att behandla vissa gynekologiska sjukdomstillstånd och är då att anse som läkemedel enligt läkemedelsförordningen. De här föreslagna bestämmelserna innebär att samma regler som för läkemedel i allmänhet får gälla beträffande p-piller som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte. Detta medför, som nämnts i den allmänna motiveringen, att ingen skall behöva betala mer än 15 kr. vid varje inköp av p-piller. Vid beräkning av prisnedsättningen bör kostnader för sådana medel som skrivits ut enbart i födelsekontrollerande syfte inte få räknas samman med kostnader för läkemedel som samtidigt kan ha skrivits ut på grund av sjukdom. Rabatten på andra vid samma tillfälle eventuellt förskrivna läkemedel skall alltså beräknas särskilt.

För att tillämpningen av sistnämnda bestämmelse skall underlättas bör recept på medel som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte utfärdas på särskild receptblankett. Bestämmelser härom torde få utfärdas i administrativ ordning.

8 Hemställan

Jag hemställer att Kungl. Maj:t föreslår riksdagen att

dels antaga förslagen till

1. lag om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.,
2. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
3. lag om ändring i förordningen (1954:519) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m.,

dels till *Information om vissa abortförebyggande åtgärder m. m.* för budgetåret 1974/75 under femte huvudtiteln anvisa ett reservationsanslag av 4 000 000 kr.

Vad föredraganden sålunda med instämmande av statsrådets övriga ledamöter hemställt bifaller Hans Kungl. Höghet Regenten.

Ur protokollet:
Britta Gyllensten

Bilaga 1

Abortkommitténs förslag till
Lag om rätt till abortoperation

1 §

Med abortoperation förstås i denna lag operativt ingrepp, som kvinna underkastar sig för att slippa föda och som läkare utför i syfte att hindra att hennes havandeskap fortsätter.

2 §

Kvinna som är berättigad till vård enligt sjukvårdslagen (1962:242) har rätt till abortoperation

1. när det kan antas att hennes hälsa skulle råka i fara eller hennes krafter allvarligt nedsättas om havandeskap fortsätter;
2. när det kan antas att det barn, som hon sannolikt skulle föda om hennes havandeskap fortsätter, kommer att lida av svårartad sjukdom eller svårt lyte;
3. när det av annan anledning är oskäligt betungande för henne att hennes havandeskap fortsätter.

3 §

Kvinnan opereras så tidigt som möjligt och alltid med för henne skonsammast möjliga metod.

4 §

Kvinnan opereras på allmänt sjukhus eller på annan sjukvårdsinrättning, som socialstyrelsen godkänner.

5 §

Rätten för kvinnan att undergå operation fastställs av nämnd inom den gynekologiska sjukvården. Nämnd finns vid sjukhus, där läkare med specialistkompetens i kvinnosjukdomar och förlossningar ansvarar för sådan vård och vid annat sjukhus som socialstyrelsen bestämmer.

6 §

Nämnd består av ordförande, som är läkare vid sjukhuset och har specialistkompetens i gynekologi och obstetrik, en läkare som är särskilt kunnig i psykiatri och en person med erfarenhet i allmänna värv.

Finns vid sjukhuset ej läkare med specialistkompetens i gynekologi och obstetrik, är läkare med motsvarande kompetens i allmän kirurgi

ordförande i nämnden.

För ledamot av nämnden finns en eller flera ersättare. Bestämmelserna om ledamot gäller även ersättare. Ersättare för ordföranden tjänstgör vid förfall för honom som ordförande.

7 §

Ledamöterna i nämnden utses av sjukvårdsstyrelsen i den landstingskommun eller primärkommun som driver sjukhuset. De utses för högst tre år i sänder.

Avgår ledamot före tidens utgång, utses ny ledamot för återstående tid.

8 §

I nämnds beslut deltar samtliga ledamöter. Som nämndens beslut gäller den mening som omfattas av flertalet.

Nämnd får uppdra åt ordföranden och ersättare för honom att fastställa rätt för kvinnan att undergå operation i brådskande fall samt i fall då det är uppenbart, att sådan rätt föreligger enligt någon av de i 2 § 1 och 3 angivna grunderna och kvinnan inte har varit havande längre tid än omkring tre månader.

Efter socialstyrelsens hörande får nämnd lämna sådant uppdrag som sägs i andra stycket till annan läkare än ordföranden och ersättare för honom.

9 §

Finner nämnd att det är erforderligt, inhämtar den yttrande från socialstyrelsen, innan kvinnans rätt att undergå operation på den i 2 § 2 angivna grunden fastställs.

10 §

Beslut av nämnd att kvinnan ej har rätt att undergå operation underställs omedelbart socialstyrelsens prövning.

Mot socialstyrelsens beslut får talan ej föras.

11 §

Har för kvinnan fastställts rätt att undergå operation, ombesörjer sjukvårdsstyrelsen att hon blir opererad.

12 §

Läkare som bryter mot vad som sägs i 4 § döms till böter eller fängelse i högst sex månader.

Den som utan att vara läkare utför ingrepp på kvinna i syfte att hindra att hennes havandeskap fortsätter döms till böter eller fängelse i högst ett år. Är brottet grovt, döms till fängelse, lägst sex månader och högst fyra år. Vid bedömande huruvida brottet är grovt skall särskilt beaktas, om gärningen skett vanemässigt eller för vinnings skull eller inneburit särskild fara för liv eller hälsa.

För försök till gärning som sägs i andra stycket döms till ansvar enligt 23 kap. brottsbalken.

13 §

Ledamot av nämnd och ersättare för denne får ej obehörigen yppa vad han erfarit om enskilds personliga förhållanden.

14 §

Vad som sägs i denna lag om sjukvårdsstyrelse gäller i fråga om statligt sjukhus dess direktion.

15 §

Närmare bestämmelser om tillämpningen av denna lag meddelas av Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, av socialstyrelsen.

Denna lag träder i kraft den , då lagen (1938:318) om avbrytande av havandeskap upphör att gälla.

Innehållsförteckning

Propositionen 1
Propositionens huvudsakliga innehåll 1
Lagförslag 3
1. Förslag till abortlag 3
2. Förslag till lag om ändring i brottsbalken 5
3. Förslag till lag om ändring i lagen (1941:282) om steriliseringen . . 6
4. Förslag till lag om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m. 7
5. Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring 8
6. Förslag till lag om ändring i förordningen (1954:519) angående kostnadsfria och prisnedsatta läkemedel m. m. 11

Utdrag av protokollet över justitieärenden den 8 mars 1974 12
1 Inledning 12
2 Allmänt om preventiv- och abortmetoder 14
2.1 Inledning 14
2.2 Preventivmetoder 15
2.3 Abortmetoder 15
3 Nuvarande abortlagstiftning 19
3.1 Lagregler 19
3.2 Statistiska uppgifter 21
3.2.1 Abortutvecklingen 21
3.2.2 Aborter efter tvåläkarintyg – tillstånd av socialstyrelsen 22
3.2.3 Aborternas regionala fördelning 23
3.2.4 Abortindikationer 24
3.2.5 Graviditetens längd vid ingreppen 25
3.2.6 Tidigare förlossningar och aborter 26
3.2.7 Kvinnornas ålder 26
3.3 Abortlagstiftningen i övriga nordiska länder 27
4 Abortkommitténs förslag till abortlagstiftning 28
4.1 Allmänt om födelsekontroll 28
4.2 Kriminaliseringen av abort 29
4.3 Behov av lagstiftning om abort 30
4.4 Grunder för rätt till abort 32
4.5 Tidpunkten för abort 43
4.6 Beslutsförfarande 45
4.7 Reservationer m. m. 46
5 Remissyttranden över kommitténs förslag till abortlagstiftning 48
6 Justitiedepartementets arbetsgrupp 49
7 Departementschefen 53
7.1 Inledning 53
7.2 Förutsättningar för abort 58

7.3 Förfarandet 70
7.4 Övriga frågor 74
8 Upprättade lagförslag 78
9 Specialmotivering till framlagda lagförslag 78
9.1 Förslaget till abortlag 78
9.2 Förslagen till lagändringar 85
10 Hemställan 85

Bilaga A Utdrag av protokollet över socialärenden den 8 mars 1974 86
1 Inledning 86
2 Gällande ordning m. m. 86
2.1 Vissa bestämmelser inom sjukförsäkringen m. m. 86
2.2 Preventivmedelsrådgivningen 87
2.3 Kostnaderna för preventivmedel 89
2.4 Abortrådgivningen 91
2.5 Preventivmedelsinformationen 92
3 Abortkommitténs förslag 94
4 Övriga utredningsförslag m. m. 95
4.1 Preventivmedelsrådgivningen 95
4.1.1 Socialstyrelsens arbetsgrupp 1968 95
4.1.2 Övriga utredningar m. m. 96
4.2 Abortrådgivningen 98
4.3 Preventivmedelsinformationen 99
5 Remissyttranden 100
5.1 Remissyttranden över abortkommitténs förslag 100
5.2 Remissyttranden till socialstyrelsen över förslaget till organisation av preventivmedelsrådgivningen 100
6 Departementschefen 102
6.1 Inledning 102
6.2 Preventivmedelsrådgivningen 103
6.3 Kostnaderna för preventivmedel 108
6.4 Abortrådgivningen 110
6.5 Preventivmedelsinformationen 112
6.6 Kostnadsberäkningar 113
6.7 Upprättade lagförslag 115
7 Specialmotivering 115
8 Hemställan 118

Bilaga 1 Abortkommitténs förslag till lag om rätt till abortoperation 119

Göteborgs Offsettryckeri AB, Stockholm 74.4 687 S